

Escola Superior de Saúde de Santarém

DISTÚRBIOS ALIMENTARES NA GRAVIDEZ

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ksénia Stoyanovskaya

Orientação:

Teresa Margarida Inácio Silva Carreira

Junho, 2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, com profundo carinho e agradecimento à minha família, pelo amor, paciência e apoio constante ao longo desta jornada.

Ao meu querido marido, à minha filha e ao meu filho, que, mesmo sentindo a minha ausência em muitos momentos, nunca deixaram de me apoiar, compreender e encorajar. Este trabalho também é vosso.

Aos meus pais, pelo suporte e presença ao longo desta etapa.

Às minhas enfermeiras orientadoras, pelo apoio incondicional, orientação altruísta e dedicação constante ao longo deste percurso académico e pessoal.

Às minhas colegas de curso, que, tal como eu, viveram com coragem e resiliência as dificuldades deste percurso.

E, em especial, à colega Cláudia Couto, que sempre teve para mim palavras de incentivo e confiança, mesmo nos momentos mais desafiantes.

Aos meus professores orientadores, pelo acompanhamento atento e pela orientação valiosa ao longo de todo o percurso académico.

E, especialmente, a todas as mulheres que enfrentam os desafios da gravidez com coragem, em especial aquelas que silenciosamente convivem com transtornos alimentares. Que este trabalho possa ser uma voz a favor do cuidado, da empatia e da humanização na saúde materna.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AN – Anorexia nervosa

APA – *American Psychiatric Association*

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APGAR – Aparência, Pulso, Gesticulação, Atividade e Respiração

BN – Bulimia nervosa

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

CTG – Cardiotocografia

DA – Distúrbio(s) alimentar(es)

DGS – Direção-Geral da Saúde

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España

FCF – Frequência cardíaca fetal

FUC – Ficha da Unidade Curricular

HPP – Hemorragia Pós-parto

IMC – Índice de massa corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSantarém – Instituto Politécnico de Santarém

JBI – Joanna Briggs Institute®

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PF – Planeamento familiar

PP – Plano de Parto

PQCEESMO – Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMO – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RN – Recém-nascido

SCEGO – Serviço de Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia

SGO – Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

SR – *Scoping review*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TCA – Transtorno da compulsão alimentar

TP – Trabalho de parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCEP – Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Os distúrbios alimentares são muito comuns entre mulheres jovens em idade fértil, afetando mais de 4% das mulheres entre 18 e 30 anos, e cerca de 1 em cada 10 mulheres ao longo da vida. Esses distúrbios têm impacto amplo: fisiológico, emocional e nas relações sociais. Como tal, causam crescente preocupação no âmbito da saúde materno-fetal. Este relatório é decorrente do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e tem como objetivo analisar os distúrbios alimentares na gravidez de forma a serem implementadas intervenções de enfermagem de qualidade. Assim foi realizada uma *Scoping Review* de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute*, partindo da questão: “Quais os distúrbios alimentares em mulheres grávidas?” Efetuada pesquisa nas bases de dados eletrónicas EBSCOhost Web® (CINAHL Complete®, MEDLINE Complete®) e PubMed® bem como teses de repositórios científicos. Analisados os artigos obtidos da *Scoping Review* dos quais se conclui que a Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno da Compulsão Alimentar são os distúrbios alimentares mais prevalentes na gravidez e representam uma preocupação crescente devido aos impactos consistentes na saúde materna e fetal. Como estratégias sugere-se a intervenção precoce e cuidados personalizados às grávidas com distúrbios alimentares, com uma abordagem multidisciplinar que envolva os cuidados de enfermagem em saúde materna e obstétrica, o apoio psicológico e a orientação nutricional.

Palavras-chave: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Distúrbio alimentar, Gravidez, Mulher grávida.

ABSTRACT

Eating disorders are very common among young women of childbearing age, affecting more than 4% of women between 18 and 30 years old and about 1 in 10 women over their lifetime. These disorders have a broad impact: physiological, emotional and on social relationships. As such, they are a growing concern in the field of maternal-fetal health. This report results from the Master's program in Maternal Health and Obstetric Nursing and aims to analyze eating disorders in pregnancy in order to implement quality nursing interventions. A Scoping Review was therefore conducted according to the Joanna Briggs Institute guidelines, based on the question: "What are the eating disorders in pregnant women?" The search was conducted in the electronic databases EBSCOhost Web® (CINAHL Complete®, MEDLINE Complete®) and PubMed®, as well as scientific repository theses. The articles obtained through the Scoping Review show that Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder are the most prevalent eating disorders in pregnancy and represent a growing concern due to their consistent impacts on maternal and fetal health. As strategies, early intervention and personalized care for pregnant women with eating disorders are suggested, using a multidisciplinary approach involving maternal and obstetric health nursing, psychological support, and nutritional guidance.

Keywords: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Eating disorder, Pregnancy, Pregnant women.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	12
2. METODOLOGIA	18
2.1. <i>SCOPING REVIEW</i>	18
2.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	20
2.3. PRINCIPAIS CONCLUSÕES DA <i>SCOPING-REVIEW</i>	23
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	24
3.1. PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	26
3.2. ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE.....	32
3.3. ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ, GINECOLOGIA E PUERPÉRIO	37
3.4. ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA NEONATOLOGIA	44
3.5. ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS	48
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Síntese Registo de Atividades Práticas	81
APÊNDICE II – Projeto individual de estágio. Enfermagem de saúde materna e obstétrica na comunidade.....	83
APÊNDICE III – Projeto individual de estágio. Enfermagem de saúde materna e obstétrica na gravidez, ginecologia e puerpério.....	102
APÊNDICE IV – Projeto individual de estágio. Enfermagem de saúde materna e obstétrica em neonatologia	119
APÊNDICE V – Projeto individual de estágio. Estágio e relatório em enfermagem de saúde materna e obstétrica na sala de partos.....	130

APÊNDICE VI – Quadro: Descritores MeSH® e PubMed® Subject Headings identificados para a questão de pesquisa.....	148
APÊNDICE VII – Prisma 2020 Flow Diagram.....	150
APÊNDICE VIII – Síntese das principais descobertas dos estudos incluídos (N=5).....	152
APÊNDICE IX – Sessão de preparação para o nascimento – “Sexualidade na gravidez”.156	
APÊNDICE X – Sessão de educação para a saúde escolar – “Afetos e Educação para a Sexualidade”.....	173
APÊNDICE XI – Folheto Informativo “Enxoval” em língua russa.....	194
APÊNDICE XII – Folheto Informativo “Diabetes Gestacional” em língua russa.....	197
APÊNDICE XIII – UCEP: revisão de artigo científico.	200
APÊNDICE XIV – Póster eletrónico “Distúrbios alimentares na gravidez”	213

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Participação no 5ª Conferência Online: parto e nascimento humanizados	216
ANEXO II – Certificado de Apresentação de póster “Distúrbios alimentares na gravidez”.....	219

ÍNDICE

Lista de quadros

Quadro 1 – Expressão de pesquisa EBSCOhost Web® (CINAHL Complete®, MEDLINE Complete®) e PubMed®19

INTRODUÇÃO

Os distúrbios alimentares (DA) referem-se a alterações persistentes nos hábitos alimentares e no comportamento relacionado com a alimentação, comprometendo negativamente a saúde física e social do indivíduo. Os DA frequentemente coexistem com outras perturbações psiquiátricas, sendo que, o diagnóstico dessas condições é mutuamente exclusivo, o que implica que cada paciente pode ser diagnosticado apenas com um tipo de DA (*American Psychiatric Association [APA], 2014*).

Os DA estão entre os distúrbios psiquiátricos mais frequentes em mulheres jovens em idade fértil, com prevalência superior a 4% na faixa etária entre 18 a 30 anos. Aproximadamente uma em cada dez mulheres poderá apresentar algum episódio ao longo da sua vida (Cândido et al., 2014).

Os DA afetam diferentes esferas da vida da pessoa: fisiológica, psicodinâmica-afetiva e relacional. Na dimensão fisiológica evidenciam-se alterações metabólicas significativas; na dimensão psicodinâmica-afetiva, observa-se a restrição da satisfação oral relacionada ao ato de comer; enquanto que na dimensão relacional, as interações sociais são afetadas devido à importância dada aos alimentos em detrimento das relações interpessoais (Dalgalarondo, 2019).

Durante a Unidade Curricular Estágio com Relatório em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), integrada no 2º ano do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) do Instituto Politécnico de Santarém (IPSantarém), que decorreu de 18 de setembro de 2023 a 12 de julho de 2024, observei que mulheres grávidas e puérperas frequentemente manifestavam preocupações em relação às mudanças na imagem corporal, sem, contudo, receberem respostas ou apoio adequado por parte dos profissionais de saúde, tanto nos cuidados de saúde primários, como hospitalares.

Como exemplo, no estágio realizado na sala de partos, prestei cuidados a uma parturiente com diagnóstico estabelecido de bulimia nervosa, acompanhada por uma equipa multidisciplinar e sob tratamento medicamentoso. Por outro lado, assisti também outra parturiente que apresentava um peso corporal pré-gestacional de 43 kg (com índice de massa corporal de 15,73) e 48 kg no dia do parto. Tive contacto com esta mulher em duas ocasiões: a primeira durante a sua admissão por risco de parto pré-termo, e a segunda durante o trabalho de parto (TP) e parto propriamente dito. Durante toda a sua permanência no serviço, a parturiente recusou insistentemente a ingestão de alimentos.

Essa vivência despertou em mim um profundo interesse pelo estudo dos DA na gravidez, evidenciando a relevância do problema e a necessidade de maior atenção por parte dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Neste contexto, a mulher é reconhecida como destinatária dos cuidados de enfermagem especializados, tanto numa perspetiva individual enquanto ser integral, inserida em relações significativas e num ambiente composto por fatores humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, como numa perspetiva coletiva, sendo membro de um grupo-alvo constituído por mulheres em idade fértil que partilham condições e interesses comuns (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019c). De forma a aprofundar conhecimentos sobre a temática recorreu-se a realização de uma *Scoping Review (SR)*, de acordo com a metodologia defendida pelo *Joanna Briggs Institute*® (*JBI*®) e que respondesse à seguinte questão de investigação “Quais os distúrbios alimentares em mulheres grávidas?”. Destacando, o papel fundamental dos EEESMO como elos de ligação entre a mulher/ casal/ família e a equipa multidisciplinar, contribuindo para um cuidado mais humanizado e sensível.

Deste modo, o presente relatório de estágio tem como objetivo descrever, analisar e refletir criticamente acerca das experiências vivenciadas, as atividades práticas desenvolvidas (APÊNDICE I), bem como sobre a aquisição de competências comuns e específicas ao longo do percurso formativo, com vista à obtenção do título de EEESMO (OE, 2019b). O documento elaborado tem por base os Descritores de Dublin, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO), com base nos objetivos propostos nos projetos de estágio elaborados para cada contexto de cuidados (APÊNDICE II, III, IV, V).

A composição do relatório tem por base o Regulamento dos Mestrados do IPSantarém (Despacho n.º 6945/2020), as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Santarém e as orientações do Guia para a elaboração de citações e referências bibliográficas da 7ª Edição do Manual de Publicação da *American Psychological Association*.

Quanto a sua organização o relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo aborda o enquadramento teórico e concetual baseado em evidência científica que sustenta o tema abordado. O segundo capítulo apresenta a metodologia da SR realizada. Quanto ao terceiro capítulo, este contempla a análise reflexiva e crítica das atividades desenvolvidas ao longo do estágio. E por último, o quarto capítulo refere-se às considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Os distúrbios alimentares (DA) são condições extremamente heterogêneas, o que significa que, independentemente do diagnóstico, as pessoas divergem significativamente em termos de sintomas apresentados, mecanismos causais subjacentes, fatores de risco e seu desenvolvimento. Entre os DA, a anorexia nervosa (AN) afeta aproximadamente uma em cada 100 mulheres em idade reprodutiva e caracteriza-se pela incapacidade de manter um peso normal, mais frequentemente devido ao medo intenso de ganhar peso (Eskildsen et al., 2020). Embora a AN seja classificada como uma perturbação psiquiátrica, causa frequentemente uma série de consequências físicas, tais como, desequilíbrio eletrolítico, amenorreia secundária a desequilíbrio hormonal, hematopoiese prejudicada e diminuição do volume da massa cinzenta no cérebro (Kimmel et al., 2016).

Os DA estão associados a maior morbidade e mortalidade entre as doenças mentais, e estima-se que cerca de 10% da população em geral, seja afetada pelos mesmos e comportamentos relacionados (Hay et al., 2015). Os mais comuns e bem reconhecidos são a AN, a bulimia nervosa (BN) e o transtorno da compulsão alimentar (TCA). Para os indivíduos com AN, a percepção de estômago vazio dá geralmente uma sensação de realização, autoestima e autocontrole. A depressão e as perturbações de ansiedade são comorbidades comuns da AN, o que pode dificultar o seu tratamento e a recuperação. Por sua vez, tanto a BN como o TCA envolvem a compulsão alimentar e, na BN, estes são seguidos de comportamentos compensatórios como vômitos induzidos, ingestão de medicamentos diuréticos e laxantes ou exercício físico excessivo (APA, 2014).

Devido à amenorreia secundária a desequilíbrio hormonal que pode ocorrer em mulheres com os DA, inicialmente considerava-se rara a ocorrência de gravidez nesta população (Tierney et al., 2011). No entanto, um número crescente de estudos contradiz esta afirmação, e confirma que não só a gravidez pode ocorrer na presença de um DA, como a sua ocorrência é mais comum do que se pensava (Cardwell, 2013; Easter et al., 2013).

A AN é um dos distúrbios de comportamento alimentar, que se caracteriza por uma percepção distorcida do próprio corpo, um medo intenso de ganhar peso e a incapacidade de manter um peso corporal mínimo adequado por meio de restrição da ingestão calórica. Trata-se de uma perturbação psiquiátrica grave e potencialmente fatal. Caracteriza-se pela cronicidade e por um padrão de recaída ou remissão, com uma prevalência em indivíduos do sexo feminino durante a idade fértil (APA, 2014; Ante et al., 2020). O índice de massa

corporal (IMC) determina a gravidade da doença, sendo que um IMC de 17-20 kg/m² é considerado ligeiro, 16-17 kg/m² moderado, 15-16 kg/m² grave e menos de 15 kg/m² extremo (DSM-5, 2013). No entanto, esta classificação de gravidade, desenvolvida por APA (2014), tem uma capacidade preditiva limitada da gravidade da doença em estudos efetuados em vários países, como Portugal, Itália, EUA (Machado et al., 2017; Gianini et al., 2017; Dakanalis et al., 2018). Embora anteriormente se considerasse que a gravidez só ocorria em mulheres com AN em remissão, as evidências atuais indicam que essa premissa não é necessariamente válida, demonstrando que a concepção pode ocorrer mesmo na ausência de remissão (Ante et al., 2020).

Existe, assim, um equívoco comum de que as mulheres com AN ativa não podem conceber devido a irregularidade do ciclo menstrual ou amenorreia. Em resposta a uma ingestão energética severamente restrita, o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal pode produzir padrões de secreção hormonal semelhantes aos da pré-puberdade ou puberdade precoce (Kasahara et al., 2018). A produção da hormona luteinizante em mulheres com AN tende a ter uma baixa amplitude em geral, o que pode resultar em amenorreia. No entanto, a AN tem um desenvolvimento flutuante com períodos de recuperação parcial e recaída (Mantel et al., 2020), pelo que, algumas mulheres com AN têm padrões menstruais irregulares em vez de amenorreia, o que se deve provavelmente à flutuação da ingestão de energia ao longo do tempo. E assim, durante a fase de recuperação parcial, um breve aumento da ingestão de energia pode reverter a alteração do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal e causar ovulações ocasionais que levam à gravidez (Ante et al., 2020). Como tal, alguns estudos estimam que não há diferença nas taxas de fertilidade entre as mulheres com AN e as que não têm (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2017). A ideia errada sobre a infertilidade das mulheres com AN ativa pode explicar uma taxa mais elevada de gravidezes não planeadas nessas mulheres. Assim, um estudo norueguês conclui que, até 50% das gravidezes em mulheres com AN não foram planeadas, em comparação com 18,9% da população em geral (Bulik et al., 2010).

A AN na gravidez está também associada a uma elevada taxa de depressão e ansiedade maternas, incluindo depressão perinatal, bem como outras comorbilidades de saúde mental (Linna et al., 2014). Por exemplo, um estudo realizado no Japão com mulheres com DA recuperados no período pós-parto, incluindo aquelas que recuperaram da AN, relata que 12 (50%) de 24 mulheres desenvolveram depressão no período puerperal (Makino et al., 2020). Os mesmos autores referem que a AN na gravidez está associada a baixas taxas de aleitamento materno, concluindo que as mulheres tinham uma probabilidade significativamente menor de amamentar aos três meses após o parto, do que as mulheres sem AN. Todavia, os mesmos autores salientam que a causa das taxas de amamentação mais baixas não está ainda muito clarificada, mas mencionam que existem

provavelmente razões biológicas e psicológicas, incluindo as perturbações da imagem corporal e o desconforto com a imagem corporal, com a exposição das mamas para amamentar e com a intimidade do processo de amamentação, bem como os desafios para manterem os requisitos nutricionais calóricos para preservar a amamentação (Makino et al., 2020).

Importa também referir que a BN pode estar associada a um aumento de peso inadequado na gravidez, a défices nutricionais e ao stress materno. No entanto, o conhecimento dos riscos maternos e neonatais associados à BN durante a gravidez permanece limitado (Trahan et al., 2022). Com base nesta realidade, os mesmos autores realizaram um estudo para avaliar os resultados da gravidez em mulheres com BN, a partir de dados populacionais. Das 9.096.788 gravidezes incluídas na coorte, 260 tinham BN (2,86/100.000 gravidezes). Os bebés nascidos de mulheres com BN tinham maior probabilidade de serem pequenos para a idade gestacional do que os bebés nascidos de mulheres sem BN (OR, 3,35; IC 95%, 1,85-6,09). Não houve diferenças estatisticamente significativas no risco de hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional ou parto pré-termo entre os grupos. Trahan et al. (2022), face aos resultados encontrados, referem que, contrariamente a estudos anteriores de menor dimensão, encontraram um risco acrescido dos fetos serem pequenos para idade gestacional entre as mulheres grávidas com BN. Por conseguinte, recomendam uma maior vigilância do crescimento fetal nas mulheres com DA durante a gravidez.

Os DA são mais comuns do que se pensa nas mulheres em idade reprodutiva. A BN é mais comum do que a AN e afeta um grupo etário ligeiramente mais velho, com uma prevalência de 0,5-1% em mulheres em idade reprodutiva (Trahan et al., 2022). Os DA atípicos (DA não especificados) são provavelmente ainda mais comuns, mas pouco se sabe sobre a sua prevalência. As pessoas no grupo dos DA atípicos têm um comportamento alimentar anormal, mas não preenchem os critérios de diagnóstico para AN ou BN (Trahan et al., 2022). Um estudo retrospectivo anterior por questionário com 454 mulheres, três a sete meses após o parto, relatou uma prevalência de 11,5% de algum tipo de PA, com uma predominância de mulheres mais jovens afetadas (*The ESHRE Capri Workshop Group*, 2006).

Como os DA estão geralmente associados a preocupações com o controlo, incluindo o controlo do próprio corpo, falta de segurança interior e a autorregulação enfraquecida contribuem frequentemente para o sentimento de desconformidade, insucesso e falta de controlo satisfatório (Robinson et al., 2018). A gravidez é um período da vida em que a mulher está cada vez mais fora de controlo do seu próprio corpo, que muda sem que ela possa fazer muito a esse respeito. Além disso, em certa medida, as preferências alimentares, pensamentos e sentimentos podem mudar e ser vividos como

fora de controlo. Para além disso, a grávida necessita de lidar com as mudanças emocionais, psicológicas e relacionais que acompanham o processo gravídico e o facto de se tornar mãe. E quando os DA manifestam-se na gravidez, estão associados a resultados negativos tanto para a mãe como para o bebé, incluindo aborto espontâneo, parto pré-termo e anomalias no desenvolvimento fetal, como crescimento fetal insuficiente ou malformações (Watson et al., 2017; Janas-Kozik et al., 2021).

Portanto, a própria gravidez pode ser um período stressante e gerador de elevados níveis de ansiedade para algumas mulheres, especialmente para as que sofrem de DA. Consequentemente, o aumento de peso e a mudança na forma do corpo podem levar à recaída ou agravamento da PA. Por outro lado, o DA pode melhorar devido à preocupação da mulher com os seus efeitos adversos no feto. As evidências sugerem um percurso variável das grávidas com DA passados ou atuais. Dois estudos prospetivos concluíram que os sintomas podem melhorar em mulheres com BN, enquanto as que sofrem de AN têm maior probabilidade de recaída após o parto. Outro estudo prospetivo de caso-controlo confirmou, que a gravidez pode levar a uma recaída em mulheres com antecedentes de DA, muito provavelmente nos primeiros seis meses após o parto (Blais et al., 2000; Rocco et al., 2005).

Tendo em conta a prática clínica, mais concretamente o Estágio na Sala de Partos, onde se teve contacto com duas situações de grávidas com DA, tendo uma delas BN diagnosticada e a segunda utente apresentava completa recusa alimentar ao longo de mais de 24 horas (evidências sugestivas de presença de AN), como já tinha referido anteriormente. Emergiu a necessidade de aprofundar conhecimento na área e mapear evidência científica recente que permitisse explorar os DA durante a gravidez, com vista a aplicar posteriormente a evidência científica mais atual nos cuidados de enfermagem prestados, no caso concreto à mulher grávida com DA.

Nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (2020), tendo em conta as recomendações da OMS (2017), a importância dos cuidados pré-natais é destacada no Objetivo Três: Assegurar uma vida saudável e promover a saúde e o bem-estar em todas as idades, com enfoque na redução da mortalidade materna, da mortalidade neonatal e das taxas de mortalidade de menores de cinco anos. O mesmo objetivo também visa questões não diretamente relacionadas com os cuidados pré-natais, como a redução da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis. Em muitos países, os EEESMOS tendem a ter níveis relativamente elevados de contacto e continuidade de cuidados com as mulheres grávidas, em comparação com outros profissionais de saúde. Por conseguinte, estão entre os profissionais mais bem habilitados para dar às mulheres apoio contínuo e aconselhamento sobre o estilo de vida durante a gravidez. Este facto é apoiado por mulheres grávidas que consideram o EEESMO como o profissional de saúde

de referência para aconselhar sobre os estilos de vida saudáveis (Abayomi et al., 2020). Como tal, o seu contributo torna-se essencial para atingir os objetivos de melhoria do bem-estar materno-fetal, em todo o mundo. No entanto, muitas mulheres grávidas referem que não receberam este aconselhamento e apoio de forma consistente durante a gravidez ou que o aconselhamento recebido cria nelas sensação de desconforto e julgamento por parte dos profissionais de saúde (Walker et al., 2020). Além disso, apenas de um terço a metade de todas as mulheres grávidas recebem aconselhamento sobre estilos de vida para otimizar a saúde materno-fetal (Walker et al., 2020). Tendo em consideração que, ao longo do estágio verificou-se que as mulheres grávidas estão recetivas aos conteúdos de educação para a saúde e às mudanças positivas de comportamento no estilo de vida, é importante que essas oportunidades sejam aproveitadas pelos EEESMO que lhes prestam cuidados diretos, fornecendo aconselhamento e apoio individualizado e com foco na grávida/ casal/ família sobre os estilos de vida, no caso concreto sobre comportamento alimentar.

Neste âmbito refere-se que as grávidas com DA necessitam de motivação, experiência e competência para adotar comportamentos necessários que lhes permitam manter e melhorar a saúde materno-fetal e, conseqüentemente a sua qualidade de vida, estando todos estes elementos enraizados no conceito de autocuidado. Assim, a Teoria Geral de Enfermagem proposta por Dorothea Orem (2001) é composta por um modelo que integra três teorias interdependentes: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Todas essas vertentes têm como elemento central o conceito de autocuidado. No entanto, é por meio da Teoria dos Sistemas de Enfermagem que Orem estabelece o nível de necessidade de intervenção da enfermagem, tendo em conta o grau de autonomia ou dependência da pessoa em relação ao seu autocuidado. O autocuidado, por sua vez, é considerado como as atividades em que as pessoas se envolvem para manter, restaurar ou melhorar a sua saúde sobre a qual têm responsabilidade. Para a autora, os enfermeiros não podem considerar as pessoas como inativas, meras recetoras de serviços de saúde. Pelo contrário, devem considerá-las como fortes, responsáveis e capazes de tomar decisões cuidando da sua saúde de forma adequada.

Na sua Teoria dos sistemas de Enfermagem, Orem (2001) considera três classificações possíveis: (1) Sistema de enfermagem totalmente compensatório; (2) Sistema de enfermagem parcialmente compensatório e (3) Sistema de enfermagem Apoio-educação. Essa tipologia estabelece a função da enfermagem em relação ao do utente, de acordo com o seu nível de capacidade para realizar o autocuidado. E como tal, o Sistema de Apoio-Educação caracteriza-se pela necessidade de desenvolvimento de competências por parte do utente, sendo fundamental a sua capacitação para o desempenho do

autocuidado. Neste sistema, a atuação da enfermagem concentra-se na facilitação do processo de aprendizagem, oferecendo suporte, informação e orientação, de modo a promover a autonomia e a tomada de decisões conscientes relativas à própria saúde (Feijão et al., 2009). Deste modo, a teoria de Orem torna-se particularmente útil na área de ESMO, pois a gravidez requer da mulher/ casal/ família **requisitos de autocuidado**, em que a mulher necessita adaptar hábitos e comportamentos para proteger a sua saúde e a do feto. Neste contexto, V. A. Silva and D'Elboux (2012), referem que, o enfermeiro atua sobretudo em sistemas de **apoio-educação**, promovendo a capacitação da grávida para o autocuidado, fornecendo informação, apoio emocional e estratégias para a gestão de sintomas, nutrição adequada, vigilância do bem-estar fetal e preparação para o parto.

A conceção e a implementação de intervenções educativas de autocuidado, baseadas nas necessidades das grávidas com DA, juntamente com a promoção de capacidades, de oportunidades e de motivação, podem ser eficazes para ajudar esta população a melhorar a sua saúde e do seu futuro filho a curto, médio e longo prazo.

No que se refere às mulheres com DA durante a gravidez, para prestar cuidados os EEESMO têm de desenvolver um plano de cuidados individualizado, através da cooperação e troca de opiniões com a mulher grávida/família e com os restantes profissionais de saúde, ou seja, uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional, relativamente ao melhor método possível de tratamento e cuidados. Desta forma, as necessidades destas mulheres podem ser identificadas e os planos para as satisfazer podem ser articulados (Linna et al., 2014).

Os cuidados individualizados que constituem a base da filosofia holística, valores e códigos éticos de enfermagem incluem o planeamento e a prática de cuidados de enfermagem de acordo com as características individuais, requisitos, preferências, experiências, sentimentos, perceções e opiniões da pessoa cuidada e a sua inclusão em todo o processo (Suhonen et al., 2014).

No seu exercício profissional, o EEESMO assume intervenções autónomas no cuidado à mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo, bem como intervenções interdependentes nas situações de risco, no cuidado à mulher que vivência processo patológico no seu ciclo reprodutivo (OE, Regulamento n.º 391/2019, 3 de maio de 2019c). É importante, assim, identificar quais são os DA durante a gravidez descritos na evidência científica. Estes dados poderão vir a ser úteis para formar estratégias de suporte e oportunidades de implementação das intervenções autónomas, e conjuntas com a equipa multidisciplinar, que possam promover a identificação precoce e apoiar estas mulheres/ casais/ famílias.

Face ao descrito, apresenta-se, como ponto de partida, a seguinte questão de pesquisa: “Quais os distúrbios alimentares em mulheres grávidas?”.

2. METODOLOGIA

Atualmente, garantir a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde é uma prioridade fundamental. Nesse cenário, a incorporação de evidências científicas na prática clínica tornou-se essencial para todos os profissionais de saúde. Na Enfermagem, essa prática se consolidou por meio da Enfermagem Baseada em Evidência (EBE), que tem fortalecido a tomada de decisões clínicas. Ao utilizar a Enfermagem Baseada em Evidência, o enfermeiro garante cuidados mais seguros e eficazes, guiados por estudos atualizados e relevantes. A combinação entre essas evidências, o saber técnico e a experiência acumulada pelo profissional, resulta em intervenções mais precisas e em melhores resultados para a saúde dos utentes (Cardoso et. al., 2021).

Deste modo, com o **objetivo** de mapear a evidência científica disponível sobre os DA em mulheres grávidas recorreu-se à estratégia de SR, com vista a contribuir para o tema em estudo, melhorando a qualidade dos cuidados prestados por EEESMO.

2.1. SCOPING REVIEW

As SR são uma forma cada vez mais comum de apresentação de síntese de conhecimento científico. São utilizadas para responder a questões de investigação amplas e para mapear a evidência proveniente de uma variedade de fontes. Pelo que se tornam uma forma útil de síntese de evidência para os profissionais de enfermagem e obstetrícia, e apresentam oportunidades para os investigadores analisarem uma vasta gama de fontes de informação disponíveis (Pollock et al., 2021).

A presente SR foi realizada seguindo a metodologia de *Joanna Briggs Institute*[®] (JBI), respeitando a estrutura e etapas para a realização da mesma (Peters et al., 2024), com vista a responder a seguinte questão de pesquisa: “Quais os distúrbios alimentares em mulheres grávidas?”.

Foram definidos como critérios de inclusão todos os tipos de estudos, na língua portuguesa e inglesa, com friso cronológico entre 2018-2025, e a mnemónica P(População), C (Conceito), C (Contexto). **População:** mulheres grávidas; **Conceito:** distúrbio alimentar, anorexia, bulimia, transtorno da compulsão alimentar; **Contexto:** Todos os contextos em que se prestam cuidados à mulher grávida.

Esta revisão considerou estudos quantitativos, qualitativos e mistos. Foram excluídos resumos de comunicações, comentários, editoriais e cartas. Foram excluídos estudos referentes a grávidas que não apresentassem DA.

Assim, foi realizada uma pesquisa inicial limitada à PubMed© e MEDLINE®, via EBSCOhost Web®, para identificar artigos sobre o tema, seguida pela análise das palavras chave do texto contidas nos títulos e resumos, e dos termos de índice usados para descrever esses artigos. Este primeiro passo permitiu esclarecer o desenvolvimento de uma estratégia de pesquisa, incluindo as palavras-chave identificadas e os termos indexados que foram ajustados para cada fonte de pesquisa.

Posteriormente foi realizada uma pesquisa sistematizada usando todas as palavras-chave e termos indexados nas bases de dados eletrônicas EBSCOhost Web® (CINAHL Complete®, MEDLINE Complete®) e PubMed©. Foi realizada a pesquisa de teses de doutoramento e dissertações de mestrado dos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Foram definidos os termos de pesquisa, pelos conceitos incluídos na pergunta de revisão. Recorreu-se aos descritores controlados do *Medical Subject Headings* (MeSH Browser®) e da PubMed® Subject Headings, bem como, linguagem natural (APÊNDICE VI).

Chegou-se, assim, ao seguinte conjunto de palavras que constituíram a seguinte expressão de pesquisa, apresentada esquematicamente no (Quadro 1).

Quadro 1. Expressão de pesquisa EBSCOhost Web® (CINAHL Complete®, MEDLINE Complete®) e PubMed©

EBSCOhost Web® (CINAHL Complete®, MEDLINE Complete®)	PubMed©
("pregnancy" OR "pregnant women" OR "Prenatal" OR "Antenatal" AND "feeding and eating disorders" OR "eating disorders" OR "anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa")	("pregnancy"[MeSH Terms] OR Pregnancy [Text Word] OR "pregnant women"[MeSH Terms] OR Pregnant women [Text Word] AND "feeding and eating disorders"[MeSH Terms] OR Eating disorders [Text Word] OR "anorexia nervosa"[MeSH Terms] OR Anorexia nervosa [Text Word] OR "bulimia nervosa"[MeSH Terms] OR Bulimia nervosa [Text Word])

A pesquisa foi realizada entre 5 de dezembro e 22 de dezembro de 2024 e, repetiu-se novamente com a mesma expressão de pesquisa em 01/04/2025.

Com a pesquisa efetuada nas bases de dados mencionadas foram identificados 323 artigos. Os artigos foram sujeitos a uma primeira leitura dos títulos com o objetivo de verificar a existência de artigos duplicados, sendo que 197 foram excluídos por essa razão. De seguida, realizou-se a leitura do título e do resumo de cada artigo e com o intuito de verificar a presença dos critérios de inclusão relativamente ao participante e presença de pelo menos um conceito, tendo sido excluídos 114 artigos. Desta seleção resultaram 12 artigos que foram lidos na íntegra por todos os revisores para avaliar a qualidade metodológica dos mesmos: foram excluídos 7 artigos por não apresentar contributo para a questão de revisão (razão 1). Assim, foram incluídos 5 artigos (APÊNDICE VII).

Resultados

Com a expressão de pesquisa utilizada resultaram 5 artigos para análise final, tratando-se de um estudo quantitativo (com origem na China), três revisões sistemáticas da literatura (Austrália, Espanha e Polónia) e um de revisão integrativa de literatura (Indonésia).

2.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentação dos resultados

De forma a responder à questão de investigação e objetivo a que esta *SR* se propôs, elaborou-se uma representação esquemática sobre as categorias (DA) em estudo, acompanhadas por resumos narrativos que descrevem como os resultados se relacionam com a questão de revisão. Foi usada uma tabela (APÊNDICE VIII), que reporta sobre: a distribuição de estudos por ano ou período de publicação, países de origem, objetivo/ propósito dos estudos, participantes, métodos de pesquisa e principais conclusões relacionadas com a questão da *SR* e resultados da pesquisa.

Análise das evidências

A interpretação dos dados procurou responder à questão de revisão e objetivo formulado. Para tal, a perspetiva interativa e de comparação com as fontes primárias guiou a procura de padrões e temas, relações e variabilidade dos DA apresentados por mulheres grávidas, numa lógica de abstração do conhecimento primário para fazer emergir a síntese de novos resultados. Termina-se a revisão com a identificação de conclusões, eventuais necessidades de aprofundamento na investigação para o desenvolvimento de estratégias por parte de EEESMO com vista a apoiarem na sua prática, as mulheres grávidas com DA.

Discussão dos resultados

A discussão dos resultados dos estudos apresentados pode abordar as diversas dimensões dos DA durante a gravidez e os impactos tanto para as mães como para o feto, com base nas conclusões de cada pesquisa. Embora os estudos se concentrem em contextos e populações distintas (Austrália, Espanha, China, Polónia e Indonésia), os resultados indicam padrões semelhantes no que diz respeito à prevalência, consequências e fatores de risco dos DA na gestação. A componente indutiva de análise das evidências permitiu agrupar os resultados selecionados em temas emergentes:

1. Prevalência e tipos de DA

Nos estudos analisados, a prevalência de DA nas gestantes varia, com destaque para a BN, AN e a TCA não especificado. Por exemplo, o estudo de Fogarty et al. (2018) aponta uma prevalência significativa de DA como a AN (n=33) e a BN (n=17) em mulheres grávidas. Já o estudo de Martínez-Olcina et al. (2020) estima uma prevalência menor, mas igualmente preocupante, com 0,5% de AN e 1,8% de DCA. Esses dados sugerem que, apesar da variabilidade, os DA ainda afetam uma

parcela significativa das grávidas em diversos países, o que justifica uma maior prudência por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente EEESMO, na deteção precoce dos DA em gestantes.

2. Consequências para a saúde materno-fetal

As consequências dos DA durante a gravidez são amplamente reconhecidas como graves para a saúde materno-fetal. Chan et al. (2019) e Khoirinda (2024) destacam que os DA estão associados a resultados adversos, como maior risco de cesariana, aborto espontâneo, nascimentos prematuros e baixo peso ao nascer. Mulheres com AN, por exemplo, apresentam maior risco de ter RN com muito baixo peso para a idade gestacional, enquanto aquelas que têm BN ou TCA tendem a ter recém-nascidos (RN) com peso mais elevado. Estas evidências reforçam a necessidade de monitorização contínua durante a gravidez e implementação de medidas terapêuticas específicas para reduzir os riscos.

3. Impacto na saúde mental

Outro aspeto importante que emerge desses estudos é o impacto emocional dos DA durante a gravidez. Fogarty et al. (2018) destacam a complexidade emocional vivenciada pelas mulheres grávidas com DA, muitas das quais relatam um retorno aos comportamentos alimentares prejudiciais que tinham tentado controlar antes da gestação. A ansiedade, a depressão e a baixa autoestima, identificadas em Chan et al. (2019), são fatores que agravam o quadro clínico das mulheres grávidas, criando um círculo vicioso de sofrimento emocional que afeta a saúde materno-fetal.

4. Fatores de Risco

Os fatores de risco identificados nos estudos são diversos e incluem desde histórico prévio de DA até fatores psicossociais como a depressão, a ansiedade e a insatisfação com a imagem corporal. Martínez-Olcina et al. (2020) identificam uma forte relação entre os DA e sintomas de ansiedade e depressão durante a gestação, o que é corroborado por Khoirinda (2024), que também associa a cessação tabágica e os sintomas de depressão como fatores contribuintes para o agravamento dos DA. Além disso, o estudo de Janas-Kozik et al. (2021) destaca que a AN durante a gestação é uma condição de risco particularmente alta, com sérias consequências para a saúde materno-fetal.

5. Intervenção e necessidade de mais estudos

A necessidade de mais estudos focados em intervenções terapêuticas eficazes para mulheres grávidas com DA é uma conclusão comum entre os estudos. Fogarty et al. (2018) sugerem a importância de uma intervenção precoce e de estratégias que abordem a saúde mental e a física das mulheres, ajudando-as a lidar com a ansiedade e com as alterações na imagem corporal durante a gravidez. Martínez-

Olcina et al. (2020) também chamam a atenção para a falta de estudos sobre a eficácia de abordagem multidisciplinar direcionada para as mulheres grávidas com DA, o que cria uma lacuna crítica na literatura e que precisa ser abordada.

As evidências dos estudos incluídos na presente SR corroboram a literatura, segundo a qual a gravidez consiste num período de intensas transformações biopsicossociais, que envolvem mudanças físicas, emocionais e sociais. Essas transformações, muitas vezes acompanhadas pela preocupação em manter um peso adequado e atender às expectativas culturais sobre a imagem corporal, podem aumentar o risco de desenvolvimento de distúrbios psicológicos. Tais distúrbios, como a AN, BN e o TCA, representam sérios riscos para a saúde materno-fetal e têm sido cada vez mais reconhecidos à medida que se torna mais evidente o impacto das pressões sociais sobre a estética corporal, muitas vezes exacerbadas pelos meios de comunicação social e por questões culturais (Cardwell, 2013; Minnick et al., 2024).

Historicamente, os DA eram considerados raros durante a gravidez, mas, com o aumento da pressão para alcançar um ideal de magreza “perfeita”, muitas mulheres grávidas têm adotado comportamentos alimentares prejudiciais, como a restrição alimentar excessiva e o exercício físico em demasia, na tentativa de controlar o aumento de peso durante a gestação. Esse fenómeno tem gerado preocupações, principalmente em relação a condições como a pregorexia, termo usado para descrever a AN durante a gravidez, caracterizada por uma alimentação restritiva e comportamentos extremos para evitar o ganho de peso (Kahriman & Köse, 2023).

A prevalência de DA, como a AN e BN, durante a gestação têm aumentado, sendo que mulheres com tais condições enfrentam maiores riscos de complicações obstétricas, como abortos espontâneos, baixo peso ao nascer e dificuldades durante o parto (Tyson, 2023). Além disso, os défices nutricionais decorrentes dos hábitos alimentares inadequados podem levar a desequilíbrios eletrolíticos e à ingestão insuficiente de nutrientes essenciais, afetando gravemente a saúde materno-fetal (Nickols-Richardson, 2018).

A deteção precoce de tais distúrbios é fundamental para minimizar os riscos e os profissionais de saúde devem estar atentos a sinais como a falta de ganho de peso adequado e sintomas de hiperémese gravídica, que podem indicar a presença de um DA (Janas-Kozik et al. 2021; Tyson, 2023; Minnick et al., 2024; Khoirinda, 2024). Dada a complexidade do tratamento dessas condições, uma abordagem multidisciplinar é crucial, envolvendo acompanhamento psicológico por parte de enfermeiros de saúde mental e EEESMO, apoio nutricional e orientação médica contínua.

Neste âmbito, o EEESMO pode mobilizar nas suas intervenções a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (2001), uma vez que, esta enfatiza a importância do

autocuidado na manutenção da saúde e na gestão das condições, o que é particularmente relevante para as mulheres grávidas que enfrentam os desafios associados aos DA. A aplicabilidade da teoria de Orem nos cuidados de enfermagem especializados, pode influenciar positivamente as práticas de autocuidado das mulheres, reduzir a ansiedade e melhorar os resultados gerais de saúde durante a gravidez.

As intervenções educativas baseadas na teoria de Orem (2001) mostraram melhorias significativas nas práticas de autocuidado entre as mulheres grávidas. Por exemplo, um estudo indicou que as mulheres que receberam educação para a saúde baseada nesta teoria demonstraram um aumento estatisticamente significativo nas práticas de autocuidado e de saúde em comparação com um grupo de controlo (Kheibari et al., 2024). Outra revisão sistemática destacou que a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem influencia positivamente os resultados de saúde durante o período perinatal, sugerindo que a educação estruturada para o autocuidado pode capacitar as mulheres a gerir melhor a sua saúde (Tümkeya et al., 2024).

As intervenções baseadas na teoria de Orem também se revelaram eficazes na redução dos níveis de preocupação e ansiedade das mulheres grávidas. O estudo supramencionado concluiu que as participantes no grupo de intervenção registaram uma diminuição mais acentuada das pontuações de preocupação após a intervenção. Esta redução da ansiedade é crucial para as mulheres grávidas com DA (Kheibari et al., 2024).

2.3. PRINCIPAIS CONCLUSÕES DA SCOPING REVIEW

A presente Scoping Review possibilitou responder à questão de investigação, evidenciando que os DA na gravidez que mais prevalecem são a AN, BN e TCA, e ao mesmo tempo representam uma preocupação cada vez mais relevante, tendo em vista os impactos significativos que acarretam para a saúde da mãe e do feto. Essas consequências são amplamente consistentes, independentemente da variação dos fatores de risco e dos DA associados entre as populações estudadas.

Deste modo, pode considerar-se a necessidade urgente de intervenções específicas por parte das equipas multidisciplinares, envolvendo psicólogos, nutricionistas, médicos, Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica, e onde os EEESMO ocupam um lugar privilegiado de primeiro contacto com as grávidas.

Assim, sugere-se que as pesquisas futuras tenham como foco a eficácia de intervenções personalizadas durante a gravidez e o desenvolvimento de estratégias de prevenção adaptadas ao contexto das mulheres grávidas com DA

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A adoção da prática reflexiva no âmbito da enfermagem apresenta particular relevância para o processo de aprendizagem profissional, bem como para a aquisição e integração do conhecimento crítico inerente à atuação clínica dos enfermeiros. Esta abordagem constitui uma base essencial para a formação de profissionais autônomos, capazes de tomar decisões fundamentadas e responsáveis. Neste sentido, a prática reflexiva é atualmente reconhecida como uma competência indispensável no percurso formativo dos enfermeiros, na medida em que promove a autoconsciência e favorece a prestação de cuidados de excelência, sustentados por uma reflexão sistemática antes, durante e após a intervenção clínica (Peixoto & Peixoto, 2016; Pires et al., 2021)

A utilização do pensamento crítico por parte dos enfermeiros revela-se indispensável, servindo de base à análise reflexiva. Com o objetivo primordial de promover um percurso profissional orientado para a excelência, integrando de forma contínua a reflexão na prática e reconhecendo a necessidade de aperfeiçoamento de atitude sempre que se justifique (OE, 2015a).

Ao proceder à análise da sua atuação, bem como da gestão dos recursos disponíveis, o enfermeiro é capaz de identificar tanto os aspetos positivos, como os obstáculos e limitações do contexto em que presta cuidados. Esta avaliação permite ainda detetar falhas ou incoerências, constituindo uma oportunidade para a mudança da prática, numa perspetiva de desenvolvimento de competências e crescimento profissional. Neste contexto, a transformação de atitude surge a partir da reflexão ética, que permite reconhecer falhas na prática, frequentemente apoiando-se no processo de avaliação do desempenho, englobando aspetos científicos, técnicos e relacionais. Tal transformação pode ser iniciada pelo próprio profissional, mas também ser incentivada por formadores ou outros elementos envolvidos no seu percurso de aprendizagem, devendo assentar, igualmente, em evidência científica, nomeadamente através da atualização constante dos conhecimentos (OE, 2015a). É de salientar que o conhecimento teórico obtido ao longo do período letivo permitiu promover uma prática clínica segura e serviu de base sólida para explorar novas fontes bibliográficas.

Assim, este capítulo aborda todo o processo formativo, promovendo a autoconsciencialização no contexto da prática especializada em ESMO, visando ganhos em saúde da mulher/ mãe/ casal/ RN/ família e comunidade.

Com o propósito de fundamentar os cuidados houve necessidade de recorrer à uma teoria de enfermagem. Brandão et al., (2019) referem que, as teorias de enfermagem aplicadas aos cuidados permitem fundamentar os mesmos, promovendo intervenções mais coerentes, seguras e centradas nas necessidades reais da pessoa, ao mesmo tempo que favorece a tomada de decisão baseada em pressupostos científicos e éticos. No âmbito da enfermagem em saúde materna e obstétrica, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (2001), especialmente através do **Sistema de Enfermagem de Apoio-Educação**, apresenta-se como um referencial teórico de grande utilidade. Este sistema aplica-se quando a grávida tem capacidade para realizar o autocuidado, mas necessita de orientação, informação e apoio para o desenvolver de forma eficaz. Durante a gravidez, a mulher vivencia uma fase de intensas transformações físicas, emocionais e sociais, que requerem novas competências de autocuidado. Neste contexto Molina e Suazo, 2009, defendem que o EEESMO atua como facilitador do processo de aprendizagem e adaptação da mulher, promovendo o empoderamento mulher/ casal/ família através da **educação para a saúde**, do esclarecimento de dúvidas e da disponibilização de recursos informativos sobre temas como nutrição, sinais de alerta, desconfortos comuns e preparação para o parto e parentalidade. Assim, o sistema de apoio-educação, conforme descrito por Orem, permite que a mulher desenvolva uma prática consciente e autónoma do autocuidado, contribuindo para uma maternidade mais segura, informada e humanizada. Portanto, esta teoria constituiu uma base conceptual sólida para a implementação sistemática do processo de enfermagem ao longo de todo o estágio, orientando a tomada de decisões clínicas e promovendo intervenções centradas na capacitação das mulheres.

Com o objetivo de sistematizar o conhecimento adquirido ao longo do percurso formativo, bem como as experiências desenvolvidas em cada contexto de estágio, elaborei um projeto individual de estágio — ESMO na Comunidade (Apêndice II), ESMO na Gravidez, Ginecologia e Puerpério (Apêndice III), ESMO em Neonatologia (Apêndice IV) e ESMO na Sala de Partos (Apêndice V) —, acompanhado de um relatório final. Assim, a estrutura deste capítulo foi organizada em subcapítulos correspondentes aos diferentes contextos de estágio, nos quais são abordados os principais contributos para a consolidação das competências especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), precedidos por um subcapítulo dedicado à aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista.

3.1 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No seu Regulamento Nº 140/2019 a OE definiu as competências comuns do enfermeiro especialista. As mesmas representam alicerces essenciais para o exercício profissional avançado em enfermagem, traduzindo-se em conhecimentos, atitudes e competências que sustentam uma prática clínica ética, autónoma e baseada na evidência. Incluem a capacidade de intervir em situações complexas, promover cuidados centrados na pessoa e família, gerir de forma eficaz os recursos disponíveis, garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados, bem como exercer funções de liderança, investigação e formação (OE, 2019b). Estas competências permitem ao enfermeiro especialista atuar com responsabilidade e eficácia, respondendo às exigências crescentes dos contextos de cuidados de saúde. E ao mesmo tempo, revelam transversais a todos os contextos de estágio, sendo continuamente mobilizadas e desenvolvidas ao longo do percurso formativo.

Um dos objetivos transversais ao longo dos diferentes contextos de estágio **consistiu na identificação da organização e da dinâmica dos serviços** (incluindo a estrutura física, o funcionamento e os protocolos instituídos), **bem como na integração efetiva na equipa multidisciplinar, com vista à prestação de cuidados especializados alinhados com os princípios da ética, da legalidade e da deontologia profissional.** Este objetivo permitiu desenvolver uma prática informada e responsável, em conformidade com os normativos legais em vigor e com os valores fundamentais da profissão assegurando, de forma contínua, a prestação de cuidados que respeitem a dignidade humana, os direitos fundamentais da pessoa e os deveres éticos e profissionais inerentes ao exercício especializado em enfermagem (OE, 2019b).

Em cada contexto ao longo de estágio, fui acolhida pelas Enfermeiras Gestoras de cada serviço., tendo me sido que realizada apresentação das instalações, das equipas multidisciplinares, organização dos cuidados e atividades programadas. Esta atitude por parte dos gestores facilitou a minha adaptação e compreensão da metodologia de trabalho adotada nos serviços. Normalmente a primeira semana de estágio em cada contexto teve um carácter predominantemente observacional, permitindo-me acompanhar de forma ativa as atividades da equipa de enfermagem e dos demais profissionais, integrando-me progressivamente na dinâmica do serviço e iniciando, desde cedo, a prestação de cuidados à mulher/ casal/ família ou RN. Tive também oportunidade de consultar os documentos orientadores da prática clínica de cada serviço, cuja importância reconheço como fundamental para uma atuação profissional segura, ética e legal. Estes documentos, além de uniformizarem procedimentos, promovem uma linguagem comum entre os profissionais e sustentam uma prática centrada na evidência, conforme preconizado no *Plano Nacional*

para a Segurança dos Doentes 2021-2026, que destaca a comunicação eficaz como um pilar essencial para a promoção de cuidados seguros (DGS, 2022). Verifiquei que todos os serviços orientam a sua prática de enfermagem especializada pelas normas da DGS, orientações da OE e das orientações da OMS.

A inserção progressiva na equipa permitiu-me compreender as funções atribuídas a cada elemento, promover o exercício da autonomia na gestão de cuidados e participar na tomada de decisão partilhada, contribuindo assim para o desenvolvimento de competências nos domínios ético-legal, do trabalho em equipa, da corresponsabilização clínica e da reflexão crítica. Tal como refere Pires (1994, citado por Costa, 2016), o conhecimento da organização, das normas institucionais e da cultura profissional é essencial para uma boa integração na prática profissional.

Em todos os contextos tenho a destacar a comunicação clara e objetiva que existe entre os elementos da equipa multidisciplinar. A mesma torna-se impulsionadora de uma relação laboral saudável, que é transmitida por meio de linguagem não-verbal à mulher/ casal/ família/ RN. Como estudante de mestrado e enfermeira de profissão senti que a comunicação eficaz facilita a integração na equipa, promove uma prática de cuidados segura e de excelência na abordagem de cada pessoa cuidada em particular. Silva (2016), confirma que, “relacionamento interpessoal da enfermagem pode ser um fator facilitador ou perturbador do ambiente laboral, de tal forma que cause consequências positivas ou negativas tanto nos trabalhadores da saúde ...”, como nos utentes.

Entendi ainda, que por meio de relações estabelecidas com base numa comunicação assertiva, criam-se laços não só entre os elementos da equipa, mas também com a própria instituição. Ou seja, por meio da “... presença de profissionais colaboradores, atenciosos, tranquilos, seguros ...” proporciona-se “... um clima de satisfação e valorização profissional...” (Silva, 2016), levando, assim, a motivação das equipas em **prestar cuidados de excelência**, aliada a uma **procura contínua por melhoria na qualidade dos serviços prestados**.

Com vista a **garantir um ambiente terapêutico seguro e garantir a continuidade dos cuidados prestados**, sempre realizei registos clínicos de enfermagem. Os mesmos assumem um papel essencial na comunicação entre profissionais de saúde e na documentação dos processos clínicos assistenciais. Atualmente, em contextos onde estagiei estes registos são, maioritariamente, realizados em formato eletrónico, através de sistema informático integrado disponibilizado pelo MS, o SClínico. No mesmo, ao longo do estágio elaborei registos de enfermagem que seguem uma estrutura cronológica e sistematizada, com o objetivo de descrever o estado clínico da mulher/ RN com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Esta prática vai ao encontro das recomendações da OE (2021) que defende a utilização de linguagem normalizada

como facilitadora da codificação dos diagnósticos e intervenções, e promotora da padronização, qualidade e avaliação do exercício profissional. Além disso, os registos refletem as diferentes fases do processo de enfermagem: recolha de dados, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação. Outros documentos que procurei sempre preencher em conformidade incluem o boletim de saúde da grávida, o boletim de saúde infantil e juvenil, o partograma, impressos institucionais protocolados.

Outro aspeto importante de referir é a **diversidade cultural** com que me deparei ao longo de todo o estágio. Senti alguma dificuldade na comunicação com grávidas de países indostânicos, uma vez que, a maioria das mulheres domina unicamente a língua materna. Nestes casos a barreira linguística foi atenuada com o apoio de pessoas significativas, que mediavam o diálogo com toda a equipa de saúde, facilitando uma prestação de cuidados mais eficaz. Na ausência de um mediador linguístico, cheguei a recorrer ao guia tradutor disponibilizado pela instituição, o qual constitui um recurso estruturado para apoiar a comunicação entre profissionais de saúde e utentes, contendo expressões em múltiplos idiomas. Adicionalmente, a unidade local de saúde onde realizei o estágio dispõe de uma lista de colaboradores voluntários que atuam como tradutores, reforçando a acessibilidade e a qualidade da prestação de cuidados em contextos multiculturais. A comunicação eficaz possibilitou explorar as preferências/ dúvidas/ medos/ anseios das mulheres/ casais/ famílias possibilitando a implementação dos cuidados especializados culturalmente mais sensíveis como é preconizado pela OE no RCEESMO (2019c). Como tal, o enfermeiro, especialista, enquanto profissional capacitado para reconhecer e integrar as especificidades culturais da pessoa nos cuidados de saúde, assume um papel central na construção de uma relação terapêutica e na articulação dos cuidados com a equipa multidisciplinar. Ao aplicar as suas competências de forma sensível e contextualizada, torna-se capaz de proporcionar uma assistência qualificada, humanizada e centrada nas necessidades individuais, promovendo um cuidado eficaz e culturalmente congruente (A. G. N. Ferreira et al., 2013).

No caso da prestação de cuidados às utentes provenientes da Europa de Leste, juntamente com a enfermeira cooperante identifiquei uma necessidade do SCEGO em traduzir para língua russa dois folhetos informativos: “Enxoval” (Apêndice XI) e “Diabetes Gestacional” (Apêndice XII), visando promover uma comunicação mais eficaz centrada nas necessidades das utentes promovendo uma abordagem inclusiva. Estes materiais foram aplicados em diversas consultas, melhorando a compreensão, fortalecendo a relação terapêutica e promovendo maior equidade no acesso aos cuidados.

“Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no domínio melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados”, foi mais um objetivo transversal a todos os contextos de prática clínica ao longo de estágio.

Quanto ao contexto de cuidados de enfermagem especializados na comunidade, cada EEESMO procura gerir de forma autónoma a sua agenda laboral, tendo em vista os objetivos que a equipa de enfermagem define em conjunto e as necessidades populacionais. Assim, o EEESMO organiza a sua agenda de acordo com as utentes (maioritariamente grávidas e puérperas), que a procuram, tendo em conta a duração das consultas e as necessidades individuais de cada mulher/ casal/ família. Por sua vez, cabe à enfermeira gestora estabelecer a principal ponte de ligação entre a UCC e a comunidade e guiar a equipa de enfermagem no alcance aos objetivos definidos.

Também ao longo do estágio na comunidade tive oportunidade de participar em reuniões de EEESMO na região. As mesmas pretendiam promover uma reflexão conjunta entre colegas acerca da prática clínica, debater projetos e programas desenvolvidos em conjunto, refletir acerca dos objetivos a contratualizar no futuro. Nestas reuniões percebi que, as EEESMO da região têm uma estreita relação de cooperação entre si e procuram desenvolver em conjunto intervenções que favoreçam e vão ao encontro das necessidades da população cuidada, por meio da inovação e atualização da prática com base na evidência científica.

No contexto hospitalar a enfermeira cooperante integrava o grupo de trabalho da Comissão de Qualidade, sendo o elemento de referência do serviço nesta área. Deste modo, tive a oportunidade de colaborar nos trabalhos de organização do serviço, participar na revisão de protocolos relacionados com o controlo e a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, bem como assistir, na qualidade de estudante de especialidade, à formação interna promovida sobre esta temática. O que possibilitou conhecer ainda melhor e utilizar as "... metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade" dos cuidados, conforme previsto nos PQCEESMO (OE, 2022).

A prática hospitalar, também permitiu-me refletir acerca da gestão dos cuidados de enfermagem especializados quanto às dotações seguras preconizadas pela OE (2019a). Assim no internamento de obstetrícia, o cálculo prevê que por cada 3 puérperas com patologia associada ou por cada 6 puérperas normais (sem patologia associada) esteja distribuído um EEESMO (OE, 2019a). Enquanto que, no internamento de ginecologia deve haver pelo menos um EEESMO distribuído em permanência 24 horas (OE, 2019a).

Tendo em conta os critérios anteriormente descritos, consegui perceber a preocupação e a responsabilidade da enfermeira gestora do SGO na elaboração do horário. Assim, entendi que em todos os turnos houve presença de pelo menos um EEESMO, responsável do turno. Mas tendo em conta a escassez de recursos especializados, conseguir a dotação segura conforme previsto pela OE nem sempre era fácil. Entendi que, nas alturas mais críticas, de forma a cumprir as dotações seguras, as enfermeiras gestoras do SGO e do SCEGO recorrem aos elementos de ambas as equipas,

mobilizando profissionais conforme as necessidades dos serviços, para poderem garantir cuidados de qualidade e seguros.

O ambiente de trabalho está intimamente relacionado à liderança e à capacidade de decisão do enfermeiro nas unidades de saúde, sendo perceptível na interação entre os membros da equipa. No campo da enfermagem, o desenvolvimento de competências, incluindo a liderança, é crucial, uma vez que esta influencia diretamente a eficácia da equipa e os resultados dos cuidados prestados (Mattos & Balsanelli, 2020). Como tal, durante o estágio em cada contexto, foi possível observar tanto as atividades diárias da enfermeira gestora, quanto as funções de gestão desempenhadas pelos enfermeiros especialistas. Estes profissionais, em sua prática cotidiana, têm a responsabilidade de coordenar não apenas os cuidados prestados aos utentes, mas também a gestão da equipa. As suas funções incluem a distribuição equitativa das responsabilidades entre os membros da equipa, a tomada de decisão em situações complexas que exijam intervenção multidisciplinar, a orientação das atividades dos assistentes operacionais, a gestão de recursos materiais e o controle de stock de produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, além de garantir a implementação de programas de formação contínua.

Com vista a assegurar a qualidade dos cuidados, o RCCEE estabelece que, na sua prática o enfermeiro especialista possui conhecimento avançado das diretrizes de qualidade e melhoria contínua de qualidade (OE,2019b). Como tal, o enfermeiro especialista deve promover e disseminar práticas de qualidade na prestação de cuidados, participando ativamente da análise, implementação e avaliação de estratégias de melhoria (Cardoso, 2020). Espera-se ainda que o enfermeiro especialista utilize a melhor evidência científica para avaliar constantemente os indicadores de qualidade dos serviços, conforme recomendações internacionais da segurança do doente (OMS, 2024b). Assim, a integração de conhecimento científico e a liderança em processos de melhoria contínua configuram-se como pilares do cuidado especializado, assegurando a prestação de serviços de saúde eficazes, seguros e centrados na pessoa (P. F. Nunes et al., 2024).

O desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas e relacionais, inerentes ao domínio das aprendizagens profissionais, constituiu um dos principais objetivos delineados para todos os contextos de estágio. Esta meta encontra-se em concordância com o primeiro descritor de Dublin, ao exigir a consolidação de conhecimentos teóricos e a sua compreensão crítica (Joint Quality Initiative, 2004).

À luz de Costa (2016), que refere que “os serviços são um centro de recursos para a aprendizagem e possuem informação que não se consegue nos livros”, reconheço o estágio como um espaço privilegiado de aprendizagem, onde se promove a integração entre a teoria e a prática, contribuindo para o segundo descritor de Dublin – a aplicação do conhecimento e compreensão em contextos profissionais complexos e específicos, como

é o caso da especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO). Com o intuito de aperfeiçoar as intervenções clínicas para além dos conteúdos lecionados ao longo do primeiro ano do curso de mestrado, senti a necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica contínua e de discutir criticamente os resultados com as enfermeiras cooperantes. Esta atitude reflete a capacidade de fazer julgamentos fundamentados com base em evidência científica (terceiro descritor de Dublin), bem como o desenvolvimento de competências de comunicação com os pares e profissionais da equipa multidisciplinar (quarto descritor). Simultaneamente, este processo evidenciou o compromisso com a aprendizagem autónoma e contínua, em alinhamento com o quinto descritor de Dublin, que valoriza a aquisição de competências de aprendizagem ao longo da vida, essenciais para o exercício da prática especializada e para a adaptação às exigências dinâmicas dos contextos clínicos (Bologna Working Group, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O **desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas e relacionais, inerentes ao domínio das aprendizagens profissionais**, constituiu um dos principais objetivos delineados para os contextos de estágio. Esta meta encontra-se em consonância com o **primeiro descritor de Dublin**, ao exigir a consolidação de conhecimentos teóricos e a sua compreensão crítica (Joint Quality Initiative, 2004). Assim, para além da reflexão constante acerca da prática clínica e permanente pesquisa de fundamentação da mesma, participei na **“5ª Conferência Online: Parto e Nascimento Humanizados. II Simpósio de aleitamento inclusivo. I Simpósio Parentalidade Plural”**, com uma carga horária de 41 horas (Anexo I).

À luz de Costa (2016), que refere que “os serviços são um centro de recursos para a aprendizagem e possuem informação que não se consegue nos livros”, reconheço o estágio como um espaço privilegiado de aprendizagem, onde se promove a integração entre a teoria e a prática, contribuindo para o **segundo descritor de Dublin**, que prevê a aplicação do conhecimento e compreensão em contextos profissionais complexos e específicos, como é o caso da ESMO.

A área da formação profissional assume particular relevância, uma vez que permite reforçar a capacidade de resposta da Enfermagem perante novos desafios, dotando os profissionais de competências e conhecimentos que promovem um exercício profissional de excelência e de realização pessoal (OE, 2021a). A atribuição do título de EEESMO, conforme definido pela OE (2018b), pressupõe a realização de um estágio e a elaboração de um relatório, a decorrer em contextos reais de prestação de cuidados. Esta abordagem favorece o processo de aprendizagem e a consolidação de conhecimentos, facilitando o alinhamento com os objetivos delineados e a efetiva aquisição de competências (OE, 2021b). Assim, com o intuito de aperfeiçoar as intervenções clínicas para além dos conteúdos lecionados ao longo do primeiro ano do curso de mestrado, senti a necessidade

de realizar uma pesquisa bibliográfica contínua e de discutir criticamente os resultados com as enfermeiras cooperantes. Esta atitude permitiu-me desenvolver a capacidade de fazer julgamentos fundamentados com base em evidência científica (**terceiro descritor de Dublin**), bem como o desenvolvimento de competências de comunicação com os pares e profissionais da equipa multidisciplinar (**quarto descritor**).

Neste sentido, em articulação com a enfermeira cooperante na UCEP, foi identificada uma necessidade formativa no serviço, relacionada com a problemática da humedificação e higienização das incubadoras neonatais. Após análise da literatura, os principais resultados foram apresentados à equipa de enfermagem durante uma sessão de formação em serviço (Apêndice XIII), reforçando a capacidade de comunicar eficazmente conhecimento científico em contexto clínico. Também, tive a oportunidade de participar nas **I Jornadas de Saúde da Mulher da Unidade Local de Saúde da [REDACTED]** ao divulgar os resultados do processo de investigação em formato de póster eletrónico (Apêndice XIV) com apresentação de 10 minutos e posterior discussão multidisciplinar, fomentando a incorporação de práticas baseadas em evidência científica, conforme preconizado pela OE (2019c, 2022; Pinto & Mota, 2023). O respetivo certificado de participação encontra-se em anexo (Anexo II).

Simultaneamente, todo este processo evidencia o compromisso com a aprendizagem autónoma e contínua, em alinhamento com o **quinto descritor de Dublin**, essencial para sustentar a prática especializada e a adaptação às exigências dinâmicas dos contextos de cuidados.

3.2 ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE

Com a realização de Estágio em ESMO na Comunidade, pretendeu-se dar resposta às orientações regulamentadas na lei nº 391/2019 (OE, 2019c). Assim, foram realizadas atividades relacionadas com a prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher /casal/ família/ RN na comunidade em situações de saúde e /ou risco. O mesmo decorreu entre 16 de janeiro de 2023 e terminou no dia 24 de fevereiro de 2023, tendo uma duração de 6 semanas. O local de estágio foi a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e a Unidade de Saúde Familiar (USF) [REDACTED]. Ambas as unidades, no período em que decorreu o estágio integraram o Agrupamento de Centros de Saúde do [REDACTED] inserido nos serviços do SNS.

Segundo o Registo Nacional de Utentes a UCC da [REDACTED] abrange um universo populacional com cerca de 40239 utentes, 12469 dos quais estão inscritos na USF [REDACTED], n.d.). Por sua vez, Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2021 registou 5,9% de população residente com nacionalidade estrangeira

(Sensos 2021., n.d.). Esta população é, em grande parte, constituída por jovens adultos imigrantes que vêm em busca de melhores condições de vida.

A equipa de EEESMO da UCC, constituída por duas enfermeiras, centra a sua atuação no acompanhamento da mulher/ casal/ família durante a gravidez. As principais intervenções incluem a consulta de vigilância da gravidez de baixo risco, o seguimento no puerpério, a consulta de apoio à amamentação e o desenvolvimento do programa de preparação para o parto, que contempla sessões em sala e aulas em meio aquático, realizadas na piscina municipal.

Dada a estreita relação entre a UCC e a população local, as EEESMO são frequentemente convidadas a desenvolver ações de educação para a saúde na área da sexualidade, dirigidas a grupos de crianças e jovens do município. Estas intervenções ocorrem preferencialmente nas instituições de ensino, permitindo que os jovens sejam abordados num contexto familiar e propício à aprendizagem.

Por sua vez, o EEESMO da USF desempenha funções que abrangem tanto as consultas dedicadas à área de especialização, tais como, a vigilância da gravidez de baixo risco, revisão do puerpério, planeamento familiar (PF), ginecologia e saúde infantil do RN até aos 28 dias, como também atividades de enfermagem de cuidados gerais, incluindo, por exemplo, o tratamento de feridas.

Em ambas as unidades, adota-se o modelo de gestão de cuidados baseado no enfermeiro responsável, o qual valoriza a prestação de cuidados individualizados, centrados nas necessidades da pessoa. Este modelo tem como principais objetivos garantir a qualidade da assistência e promover a descentralização da tomada de decisão no que diz respeito aos cuidados prestados (Castledine, 1988, citado por Costa, 2016). Dessa forma, garante-se a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo vital da mulher/ casal/ família assegurada pelo enfermeiro de família na USF e EEESMO na mesma pessoa, nos períodos pré-concepcional, gestacional e puerperal. Este modelo de prestação de cuidados pressupõe que a tomada de decisão em enfermagem seja realizada por um profissional devidamente capacitado, uma vez que, conforme referido, "... a responsabilidade só pode ser assumida pelo enfermeiro verdadeiramente preparado para a tomada de decisão" (Pinheiro, 1994, citado por Costa, 2016:239), pelo que, o EEESMO é o elo de referência da equipa de enfermagem na prestação dos cuidados de saúde à mulher ao longo do ciclo vital na comunidade em que esta se insere.

Outro dos objetivos visou **“Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-concepcional”, “(...) durante o período pré-natal**

(...)", "(...) puerpério (...)", (...) durante o período do climatério", em "(...) processos de saúde/doença ginecológica".

De acordo com o RCEEEESMO (OE, 2019c), compete ao EEESMO prestar cuidados à mulher inserida na família e na comunidade em diferentes fases do seu ciclo vital e reprodutivo. Esses cuidados abrangem o PF e o período pré-concepcional, o acompanhamento pré-natal, o período pós-natal, o climatério, bem como situações de saúde e doença ginecológica. Adicionalmente, a intervenção do EEESMO estende-se ao grupo-alvo constituído por mulheres em idade fértil inseridas na comunidade.

Com vista a adquirir competências específicas no âmbito do PF e durante o período pré-concepcional ao longo do estágio procurei acompanhar as consultas promovidas na USF [REDACTED] e realizadas pelo EEESMO da unidade. Cada consulta foi realizada em dois momentos distintos: iniciou-se com a consulta de enfermagem e foi concluída com a consulta médica, com base na cooperação entre ambos os profissionais. Para me preparar devidamente para poder prestar cuidados especializados em ESMO tive a necessidade de realizar uma vasta pesquisa acerca das orientações específicas sobre os métodos contraceptivos existentes, suas vantagens, desvantagens para poder informar as mulheres/famílias e empoderar na decisão sobre a sua saúde.

A consulta de enfermagem de Saúde Sexual e Reprodutiva e consulta de enfermagem Pré-concepcional têm ganho destaque como etapa essencial na promoção de saúde e de uma gravidez saudável. Ao permitir a identificação precoce de condições de risco ou patologias que possam interferir no curso normal da gestação, esta consulta contribui para uma intervenção atempada e informada. Além disso, oferece suporte ao casal na tomada de decisão quanto ao momento mais adequado para engravidar, em função do seu estado físico, psicológico e contexto social (Guerreiro & Dias, 2016).

Considerando que a maioria das mulheres e casais recorre à primeira consulta de vigilância pré-natal apenas após as 8 semanas de gestação, é fundamental que o EEESMO aproveite todas as oportunidades para intervir no período pré-concepcional. Qualquer contato com o público-alvo, seja por vacinação, consultas de vigilância de saúde, episódios de doença aguda, tratamentos, ou mesmo em ações de intervenção comunitária e nas sessões de preparação para o nascimento, deve ser encarado como uma ocasião propícia para a promoção de cuidados nesta área (Guerreiro & Dias, 2016).

Durante o estágio na USF foi possível contactar com diversos programas e interagir de forma ativa em múltiplas consultas que envolvem a saúde da mulher em várias fases da vida. Contudo, em cumprimento das exigências OE (2018a), a maior parte do tempo foi dedicada à participação em programas e consultas de enfermagem no âmbito da vigilância pré-natal, do puerpério e do RN. Estes momentos permitiram a realização de atividades de

promoção e educação para a saúde, contribuindo para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e pedagógicas.

Assim, foi-me proposto pela EEESMO cooperante participar de forma ativa no programa de preparação para o nascimento, lecionando a dois grupos de grávidas com a abordagem sobre as seguintes temáticas: “Adaptação materna”, “Sinais e sintomas do início de TP”, “Períneo: Automassagem do períneo. Estes temas já contavam com uma base teórica previamente desenvolvida pela EEESMO. No entanto, o tema da **Sexualidade na Gravidez** sempre me despertou particular interesse, sobretudo porque, durante as consultas pré-natais, algumas grávidas referiram diminuição/ ausência de libido e expressaram dúvidas relacionadas com a vivência da sexualidade na gravidez. Diante disso, propus-me a elaborar e preparar uma sessão de educação para a saúde dedicada ao tema (APÊNDICE IX), a ser integrada nas sessões educativas já existentes. Essa iniciativa foi bem recebida tanto pela EEESMO quanto pelos grupos de grávidas que participavam ativamente nas sessões de preparação para o parto e parentalidade.

Verifica-se uma clara falta de conhecimento sobre como viver e experienciar a sexualidade durante a gravidez, independentemente do trimestre. Esta lacuna pode afetar negativamente a vida do casal, sendo agravada pelo facto de desconforto/ constrangimento sentido pelas mulheres/ famílias em abordá-lo com um profissional de saúde, o que resulta na falta de apoio especializado. É fundamental o acesso à informação em saúde sexual e reprodutiva, de forma a evitar ideias erradas. O EEESMO tem um papel essencial no esclarecimento de dúvidas e na promoção de uma vivência saudável da sexualidade durante a gravidez (Laranjo, 2021). Assim o Enfermeiro Especialista possui a competência essencial, de acordo com as disposições do Estatuto em vigor, de envolver as dimensões da educação e de aconselhamento dos clientes e das pessoas significativas (OE, 2019b). Por sua vez o EEESMO “(...) cuida da mulher inserida na família e comunidade (...) de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade (...)” em todas as fases da vida da mulher, referenciando a mesma para outros profissionais quando a situação assim o exige e ultrapassa o âmbito das suas competências (OE, 2019c).

A equipa de enfermeiros da UCC mantém uma ligação muito próxima com diversos organismos da comunidade, sendo a comunidade escolar um desses organismos. Frequentemente, os enfermeiros são convidados a realizar ações de educação para a saúde junto de crianças e jovens. Os EEESMO não são exceção, especialmente no que diz respeito à educação para a saúde na área da saúde sexual e reprodutiva. “Ao longo do ciclo de vida, a menina/ adolescente/ mulher e o adolescente/ homem constituem clientes dos cuidados, especificamente no âmbito da saúde sexual e ginecológica” (OE, 2022).

Segundo INE (2025), no ano 2024 registou-se 1548 nados-vivos de mães adolescentes, com idades compreendidas entre 12 e 19 anos. Deste modo foi-me proposto pela EEESMO cooperante elaborar uma sessão de educação para a saúde para alunos do 6º ano de duas escolas da região. Abracei esse desafio com grande entusiasmo, uma vez que, considero educação sexual nas escolas uma necessidade urgente. Dado que existem grandes dificuldades na abordagem de questões relacionadas com a sexualidade, muitas vezes influenciadas por vergonha, preconceitos, mitos e falta de conhecimento, torna-se essencial reconhecer que o ambiente de aprendizagem é plural e não deve abdicar da responsabilidade de formar cidadãos com senso crítico e consciência da sua própria identidade.

Destacam-se ainda os benefícios de uma abordagem responsável da Educação Sexual, nomeadamente na prevenção da gravidez precoce e de abortos na adolescência, na redução da transmissão de infeções sexualmente transmissíveis, e na deteção de casos de abuso infantil, que, em grande parte, ocorrem no contexto familiar (Campos & Miranda, 2022). Como tal, elaborei uma apresentação para jovens, com o seguinte título: **“Afetos e Educação para a Sexualidade”** (APÊNDICE X), na qual abordei temas como: Valores, Relações afetivas, Desenvolvimento da Sexualidade, Identidade de Género, Direitos sexuais e reprodutivos, Maternidade e paternidade. A apresentação foi elaborada com base em Referencial de Educação para a Saúde (Carvalho et al., 2017) com vista a adotar os conteúdos da mesma à idade do público alvo e ao respetivo programa escolar. Juntamente com o EEESMO cooperante e docentes, constatamos que os jovens demonstram grande interesse pela temática, participando ativamente na discussão e partilha de conhecimento.

Uma das áreas na qual senti dificuldade inicial é a promoção de aleitamento materno. Nomeadamente na gestão das estratégias de *coping* em mães puérperas, que procuraram o EEESMO na tentativa de resolver as dificuldades no processo de amamentação.

As consultas de revisão de puerpério não são o único momento de que a UCC dispõe para apoiar as mães/ casal/ família/ RN. Existem horas programadas pela EEESMO, que não têm consultas marcadas, ou seja, as famílias são atendidas por ordem de chegada. Essas horas são dedicadas exclusivamente a avaliação do sucesso de amamentação.

Deste modo, pela sua proximidade com as mulheres/ casais/ famílias e RN, tanto em contexto hospitalar como comunitário, os EEESMO assumem um papel fundamental na promoção do aleitamento materno. A sua atuação deve ter por base uma preparação adequada, que lhes permita acompanhar e orientar as mães desde o período pré-natal até ao pós-parto. É essencial que estejam capacitados para esclarecer dúvidas, transmitir

informações baseadas em evidência, reduzir ansiedade e incentivar uma amamentação segura e confiante (Galvão & Silva, 2024).

Ao longo das consultas fui aperfeiçoando os meus cuidados no que toca a promoção de aleitamento materno e apoio às famílias na procura de estratégias adaptativas individualizadas. No entanto, reconheço a necessidade em mais formação especializada nessa área, com vista em obter conhecimento profundo para promover a capacitação e o controle de cada pessoa em melhorar a sua qualidade em saúde, apoiando uma transição saudável (OE, 2022)

3.3 ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ, GINECOLOGIA E PUERPÉRIO

O estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez, Ginecologia e Puerpério, teve dois períodos de 5 semanas cada um, e contemplou um total de 308 horas. O primeiro período decorreu no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia (SGO) (de 26/09/2022 a 28/10/2022) e o segundo no Serviço de Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia (SCEGO) (de 31/10/2022 a 28/11/2022), do Centro Hospitalar [REDACTED] EPE. O estágio II foi desenvolvido sob orientação das enfermeiras cooperantes, ambas EEESMO com grau académico de Mestre.

Com a realização deste estágio pretendeu-se dar resposta à diretiva do Conselho das Comunidades Europeias (Diretiva n.º 80/154/CEE, de 21 de Janeiro de 1980) transposta para o direito interno na lei nº 391/2019 que estabelecem a aquisição de competências para o exercício autónomo EEESMO (OE, 2019c). Assim, foram realizadas atividades no âmbito de: “PF e pré-concepcional: assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional”; “Gravidez: assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal”; “Puerpério: assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal”.

O SGO funciona no 3º piso Ala [REDACTED]. Neste serviço são admitidas utentes com patologia ginecológica, grávidas com necessidade de vigilância, puérperas e respetivos RN (*Por Tipo De Cuidados, Internamento | Centro Hospitalar [REDACTED] n.d. -a*).

No caso das puérperas e RN, estes são admitidos no serviço vindos do Bloco de Partos (BP), do recobro ou do Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica (SUGO). A informação sobre a díade é transmitida telefonicamente da enfermeira que prestou cuidados para a enfermeira do internamento. Posteriormente a puérpera e RN são transferidos por enfermeira e assistente operacional.

Quanto ao espaço físico de prestação de cuidados diretos o serviço contempla vários gabinetes, tais como: o berçário onde se realiza a observação física do RN, o ensino e supervisão dos cuidados de higiene e conforto do RN, a administração de vacinas,

colheita de análises, reanimação neonatal em caso de emergência, avaliação de glicemia capilar, rastreio de cardiopatias congênitas, triagem auditiva neonatal universal com emissões otoacústicas, entre outros. Existe o “cantinho de amamentação”, local em que as puérperas podem amamentar ou efetuar a extração manual ou mecânica de leite materno. No gabinete de observação, na cadeira obstétrica são observadas puérperas ou utentes com patologia ginecológica. O serviço dispõe de três banheiras neonatais destinadas à realização do primeiro banho do RN, à educação para a saúde sobre os cuidados de higiene e conforto, bem como à supervisão da técnica de banho por parte da equipa de enfermagem.

O serviço de internamento encontra-se na torre poente, enquanto que o BP, SUGO e o Bloco Operatório estão localizados na torre nascente do Hospital. Esta distância entre o internamento e restantes serviços pode dificultar a prestação de cuidados em caso de emergência. Ou seja, em situação potencialmente grave para a grávida ou puérpera recorre-se ao SUGO com localização distante e em extremos. Esta questão estrutural levou-me a refletir acerca da importância de avaliar, prevenir e intervir precocemente em situações de risco de acordo com a unidade competência “4.2 - Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal” (OE, 2019c).

Quanto ao SCEGO, o acesso das utentes à todas as consultas ocorre por meio de uma referenciação do médico assistente do Centro de Saúde, ou por meio de referenciação interna, por solicitação de um médico do SUGO ou outro serviço. Assim, o Serviço procura prestar “... cuidados médicos, diagnósticos e terapêuticas de qualidade nas áreas assistenciais da Obstetrícia e de Ginecologia e seus ramos de diferenciação”, centrando-se no bem-estar da mulher em todas as fases da sua vida desde a adolescência (*Por Tipo De Cuidados*, ██████████ n.d.-b).

Relativamente à equipa de enfermagem do SCEGO, esta é constituída por enfermeira-gestora que gere simultaneamente BP e SUGO, três EEESMO e uma enfermeira de cuidados gerais que apoia a consulta de ginecologia. Sendo que as EEESMO asseguram todas as consultas de obstetrícia. No caso da consulta de Interrupção Voluntária de Gravidez somente, um EESMO da equipa não exerce o direito de objeção de consciência, realizando a consulta em articulação com um médico. Deste modo a ULS pode garantir o direito previsto na alínea 1, do artigo 2º da Lei nº 75/2007, que prevê a “...a possibilidade de realização da interrupção voluntária da gravidez nas condições e nos prazos legalmente previstos” (Assembleia da República,2007). A prestação de cuidados especializados em ESMO nesta consulta permitiu-me desenvolver competências na área da promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

O SCEGO assegura múltiplas consultas, tais como: Consultas de Obstetrícia (Referência 1º trimestre; Adolescentes; Alto Risco; Diabetes/ Patologia Endócrina; Hipertensão; Gravidez de Termo). Consultas de Ginecologia (Geral; Menopausa; Esterilidade (infertilidade); Endocrinológica; Patologia Cervical; Saúde Reprodutiva; PF; Urológica. Ainda se realizam exames complementares de diagnóstico (Ecografia Obstétrica; Ecografia Ginecológica; Colposcopia).

Também para as grávidas seguidas no SCEGO com mais de 30 semanas de gestação é promovido o Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade: “Mãe, Ajuda!”. O mesmo foi elaborado por EEESMO do serviço, e está composto por 8 sessões teórico-práticas. A participação neste programa proporciona inúmeros benefícios às famílias, como o aumento do conhecimento sobre gravidez, parto e cuidados com o RN, além de reduzir a ansiedade e promover a autoconfiança dos pais. Também, fortalece o vínculo familiar estimulando o envolvimento do parceiro, desenvolve competências práticas. Como resultado, contribui para uma parentalidade mais consciente, segura e afetiva, com impactos positivos no bem-estar dos pais e no desenvolvimento saudável da criança. As famílias também têm oportunidade de conhecer o espaço físico e os profissionais do BP e do serviço de obstetrícia, promovendo maior familiarização e confiança no trabalho prestado pela equipa multidisciplinar.

Como tal, um dos objetivos em estágio no SCEGO foi “**Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**”. O contexto de Estágio no SCEGO proporcionou múltiplas oportunidades de prestação de cuidados à mulher durante o período pré-natal.

Como já foi mencionado anteriormente, o SCEGO, providencia à grávida vários tipos de consulta, desde a Consulta de Referência em que entre outros cuidados é realizado o diagnóstico precoce do 1º trimestre. Até a Consulta de Termo, marcada a partir das 36 semanas de gestação, em que é realizada a vigilância do bem-estar materno-fetal por meio de exame físico e analítico da grávida, e por meio de registo cardiotocográfico (CTG). O EEESMO acompanha a mulher em todas as consultas, e a sua intervenção e acompanhamento é fundamental, principalmente no que concerne a empoderamento da mesma face às mudanças vivenciadas.

Ao longo do estágio, pude constatar que muitas grávidas são referenciadas não por apresentarem risco obstétrico identificado, mas sim devido à ausência de médico de família e à falta de recursos nos centros de saúde da sua área de residência, o que impede uma resposta atempada às suas necessidades. Deste modo é cumprido o Artigo 15.º-A, na sua alínea f) que contempla “o direito a receber os melhores cuidados de saúde e que estes sejam seguros e apropriados” por parte de todas as mulheres “(...) em matéria de proteção

na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no pós-parto (...)” (Assembleia Da República. Lei N.º 110/2019, 2019).

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados às grávidas, tanto sob supervisão da EEESMO cooperante como de forma autónoma. Esta experiência reforçou em mim a necessidade contínua de aperfeiçoar as intervenções autónomas, sustentando-as na busca constante pelo saber. Compreendi que a aplicação efetiva do processo de enfermagem exige do EEESMO um profundo desenvolvimento do conhecimento científico, essencial para uma prática segura, individualizada e baseada em evidência. Como tal Crossetti e Góes, citados por Facione et al (2018), referem que é extremamente importante que os enfermeiros “... desenvolvam habilidades intelectuais fortes, bem como habilidades técnico-científicas, éticas, estéticas e humanísticas.”, que contribuam para o pensamento crítico holístico. É fundamental que o EEESMO seja capaz de identificar as necessidades da mulher grávida e da sua família, promovendo uma vivência da gravidez mais acompanhada e como tal, mais segura e satisfatória.

Na sua prática diária o EEESMO “informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez, (...) sobre os sinais e sintomas de risco, (...) sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos (...)”, de forma a potenciar saúde da mulher, detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-feta (OE, 2019c). Neste sentido, a educação para a saúde constitui um dos pilares fundamentais da intervenção autónoma do EEESMO no SCEGO. Pude constatar que, neste serviço, os EEESMO recorrem a diversas estratégias para promover o conhecimento junto das utentes. Assim, no contacto pessoal com a mulher/ família fornecem todas as informações pertinentes acerca dos cuidados prestados/ intervenções planeadas, esclarecem as dúvidas, escutam os medos e desmistificam anseios. Deste modo, destaco em particular, a disponibilização de vários folhetos informativos que visam reforçar e consolidar o conhecimento das utentes. Estes documentos abordam várias temáticas específicos nas áreas de obstetria (“diabetes gestacional”; “desconfortos na gravidez em cada trimestre”, “enxoval para a maternidade”, “hipertensão na gravidez”, “sinais de trabalho de parto”, “fases de trabalho de parto”, “analgésia epidural”, “sexualidade na gravidez”, “atividade física na gravidez”, “alimentação na gravidez”, “movimentos fetais”, “toxoplasmose”, entre outros) e ginecologia (“consulta de patologia cervical”, “conização: procedimento e cuidados a ter”, “papilomavírus humano nos homens”, “papilomavírus humano”; “métodos contraceptivos”, entre outros). Estes materiais foram desenvolvidos e implementados pela EEESMO cooperante e são regularmente atualizados, sendo utilizados por toda a equipa multidisciplinar como recurso de apoio à consulta. Assim, o EEESMO “ajuda as clientes a alcançar o máximo potencial de saúde, (...)” por meio de “promoção de modelos de informoterapia (à pessoa certa, no momento certo, com a estratégia certa, informação certa

e baseada na evidência) promotores da tomada de decisão e ação centrada na obtenção dos melhores níveis de saúde” (OE, 2022).

Também é importante referir que as consultas de enfermagem de gravidez de alto risco no SCEGO são realizadas em conjunto e antes das consultas médicas. Assim, cabe ao EEESMO realizar a avaliação inicial da grávida, alertar para possíveis alterações e referenciar para outros profissionais em caso da necessidade, tal como refere o RCEEEESMO, o EEESMO “Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (OE, 2019c). Desta forma, o trabalho de toda a equipa multidisciplinar procura promover os cuidados de excelência em busca do bem-estar da mulher grávida/ casal/ família.

“Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” foi o próximo objetivo delineado. Tal como os objetivos anteriores, este foi projetado tendo por base o RCEEEESMO (2019c). Para desenvolver as intervenções do EEESMO, baseei-me nas seguintes competências: “4.1- Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal”, “4.2- Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal” e “4.3- Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal”.

Tenho a referir que nunca antes passei pelo SGO em contexto de internamento, o que tornou esta vivência particularmente rica em experiências e oportunidades de aprendizagem. Constatei que o conhecimento adquirido em contexto letivo serviu como base sólida para a prática clínica, embora tenha sentido, de forma constante, a necessidade de atualização e aprofundamento do mesmo face aos desafios encontrados.

Ao longo do estágio realizei acolhimento à puérpera, RN, acompanhante/ pessoa significativa tendo em conta o protocolo de serviço, transmitindo disponibilidade e sensibilidade para com as preocupações da mulher. Estas características pessoais possibilitaram-me atingir uma relação de confiança com cada puérpera ao longo dos dias de internamento.

Também tive a necessidade diária de consultar os processos clínicos das puérperas e RN internados. Constatei que o conhecimento da fisiologia da gravidez e possíveis patologias associadas requerem cuidados direcionados, tal como a importância da vigilância de glicémia capilar no RN em caso de diabetes gestacional ou diabetes mellitus da mãe durante a gestação.

Verifiquei mais uma vez a importância da intervenção multidisciplinar após avaliação e intervenção autónoma do EEESMO. Múltiplos foram os casos em que houve necessidade de referenciar a puérpera e o RN para avaliação pelo profissional de serviço social,

nutricionista ou até médico neonatologista. No âmbito das suas competências o EEESMO “identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do RN, (...) identifica complicações pós-parto (...) referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (OE, 2019c).

A educação para a saúde é um instrumento fundamental para empoderamento da mulher/ casal/ família nesta fase de transição repleta de novas aquisições no cuidado ao RN e no autocuidado da puérpera. Deparei-me com a ansiedade que a mulher enfrenta face aos cuidados ao RN, muitas das vezes esquecendo das suas próprias necessidades. Como tal, em cada turno ao encontrar a mulher e realizar a avaliação física da mesma, alertei para a autovigilância, autocuidado físico e bem-estar psicológico. O próprio protocolo de educação em saúde no período pós-natal do SGO prevê esta atenção especial por parte do EESMO.

Além disso, procurei envolver o par conjugal nos cuidados pós-natais e saúde materna e neonatal. Adaptando intervenções que promovem o envolvimento da pessoa significativa no pós-parto, tais como: cuidados de higiene e conforto ao RN ou apoio à puérpera, tendo como foco a promoção da autonomia e a capacitação da família no autocuidado. Contudo essas intervenções são recomendadas, desde que implementadas de forma que respeite, promova e facilite as escolhas da mulher e sua autonomia na tomada de decisões, e que apoie a mulher no cuidado de si mesma e de seu filho RN (*Guidelines Review Committee, 2022*).

Neste sentido considero de extrema importância o seguimento da puérpera após a alta hospitalar, uma vez que, ao longo do internamento há uma grande quantidade de informação que a puérpera/ casal/ família tem de assimilar. No entanto, após a alta hospitalar a família depara-se com múltiplas dúvidas e necessita de apoio no seu esclarecimento, embora continue a ser seguida no centro de saúde da sua área de residência. Contudo, nem sempre a continuidade de cuidados na comunidade é garantida por EEESMO, profissional com conhecimento diferenciado, principalmente na abordagem das questões de amamentação, autocuidado pós-parto e cuidados ao RN. Assim, no SGO foi desenvolvido o programa “Buá” que visa promover cuidados de qualidade e segurança à tríade após a alta hospitalar. Como futura EESMO tive a oportunidade de realizar estas consultas de enfermagem via telefone às puérperas e esclarecer as dúvidas que surgiram somente no domicílio. Esta consulta está disponível para as puérperas nos 28 dias após o parto, e serve para esclarecimento de qualquer dúvida, necessidade de regresso ao serviço para esclarecimento mais personalizado, ou eventual referência para outros profissionais. No âmbito do programa a mulher/ casal/ família podem recorrer ao serviço durante 6 meses após o parto para esclarecimento de questões relacionadas com a amamentação.

Relativamente ao objetivo **“desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e/ ou saúde/doença ginecológica”**, os critérios de intervenção de EEESMO que utilizei para atingir o objetivo acima identificado foram: “5.1- Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa”, “5.2- Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério” e “5.3 – Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa”, “6.1- Promove a saúde ginecológica da mulher”, “6.2- Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama” e “6.3- Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação”, tal como contemplado no RCEEEESMO (2019c).

Ao longo deste estágio surgiram diversas oportunidades de prestar cuidados à mulher durante o climatério e no âmbito da saúde e doença ginecológica, em ambos os contextos de estágio. No internamento, tive a oportunidade de acompanhar mulheres com diagnóstico de endometriose e doença inflamatória pélvica. No SCEGO, participei ativamente em consultas de patologia do colo, colaborando na realização de exames complementares de diagnóstico e tratamento, tais como histeroscopia, colpocitologia e conização. Durante a prestação de cuidados, foi frequente identificar a necessidade de esclarecimento de dúvidas por parte das utentes, particularmente daquelas que se encontravam pela primeira vez numa consulta hospitalar. Esta realidade evidenciou a relevância do conhecimento teórico mobilizado enquanto futura EEESMO, fundamental para transmitir segurança, explicar de forma clara os procedimentos, tranquilizar e orientar quanto aos cuidados a adotar após a consulta.

Foi possível observar a existência de múltiplas utentes que nunca haviam recorrido previamente a cuidados ginecológicos, tendo sido encaminhadas para consultas especializadas em ginecologia urológica, patologia do colo do útero ou menopausa, após avaliação no SUGO ou em consulta de medicina geral e familiar, devido à manifestação de sintomas que comprometem o bem-estar e a qualidade de vida. Tal constatação reforça a relevância da atuação dos EEESMO junto da comunidade, com o objetivo de promover a saúde, prevenir doenças e desenvolver ações de educação para a saúde direcionadas à população na área de saúde ginecológica e reprodutiva.

3.4 ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA NEONATOLOGIA

O estágio em contexto de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Neonatologia, teve uma duração de 4 semanas e contemplou um total de 112 horas práticas, 8 horas de orientação tutorial e 20 horas de seminário. O mesmo decorreu na

Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP) de um hospital público, da zona centro. O mesmo foi desenvolvido sob orientação da enfermeira cooperante Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com grau académico de Mestre.

Com a realização deste estágio pretendeu-se dar resposta às orientações regulamentadas na lei nº 391/2019 que estabelecem a aquisição de competências para o exercício autónomo do EEESMO (OE, 2019). Assim, foram realizadas atividades relacionadas com a vigilância pós-parto e vigilância de saúde infantil.

A UCEP, é um serviço que funciona no 1º piso Ala [REDACTED]. O serviço contempla 16 camas distribuídas de seguinte forma: um quarto individual, uma sala com seis incubadoras/ berços abertos, três das quais permitem prestar cuidados diferenciados de nível III e duas salas de cuidados intermédios (nível II) com nove berços (*Por Tipo De Cuidados, Internamento | Centro Hospitalar De [REDACTED] n.d. a).*

No serviço são admitidos RN prematuros e todas as crianças doentes, com menos de um mês de idade e/ou as que com idade superior, necessitem de estabilização hemodinâmica (*Por Tipo De Cuidados, Internamento | Centro Hospitalar De [REDACTED], n.d. -a).*

Quanto ao rácio de enfermeiro – utente, o mesmo nem sempre é certo, dependendo da lotação do serviço e da disponibilidade de recursos humanos num determinado turno. No entanto existe o número mínimo de dois enfermeiros por turno, sendo que pelo menos um tem que ser especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Os RN podem ser acompanhados por um dos progenitores/ cuidador durante todo o internamento. O cuidador fica alojado em um quarto para o acompanhante, outro progenitor/ cuidador pode vir visitar o RN no horário diurno estipulado. Podendo permanecer durante 8 horas por dia.

Quanto ao segundo objetivo, este foi delineado com vista a **“Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados especializados em ESMO ao RN/ família (tríade) promovendo cuidados nas situações de doença/ RN com processos desenvolvimentais especiais”**.

Conforme referido anteriormente, a primeira semana de estágio teve uma abordagem predominantemente observacional, com o objetivo de promover a minha integração na dinâmica de cuidados prestados na UCEP. Progressivamente, e após validação com a enfermeira cooperante, passei à prestação direta de cuidados. Iniciei com a avaliação inicial do RN de risco, nomeadamente no que diz respeito à sua vitalidade, aspeto geral e estado hemodinâmico, evoluindo depois para a realização de cuidados de higiene e conforto.

Assim, fui progredindo na complexidade dos cuidados prestados ao RN de risco ao longo do estágio. Deste modo quanto às intervenções específicas, que tive oportunidade de realizar posso referir o acolhimento do RN e família na unidade, a alimentação do RN,

a colocação de sonda nasogástrica, a preparação e administração de terapêutica medicamentosa prescrita, os cuidados ao cateter venoso umbilical, a colheita de sangue para análises, a realização de rastreio de doenças metabólicas, a vacinação do RN de acordo com o Plano Nacional de Vacinação, higiene respiratória, cuidados ao RN com síndrome de dificuldade respiratória, cuidados ao RN com ventilação mecânica não invasiva, acompanhamento do RN para exames complementares de diagnóstico, entre outras.

Contudo, no âmbito da especialidade em ESMO, procurei direcionar o meu interesse não apenas para a prestação de cuidados ao RN internado, mas também à sua mãe/ família. Este constituiu um dos principais focos do meu percurso em estágio, merecendo a minha especial atenção enquanto futura EEESMO, pela importância de uma abordagem centrada na tríade e no apoio à parentalidade.

Ao longo do estágio, pude observar que muitos pais chegavam à UCEP com sentimentos intensos de medo, tristeza, apreensão e, por vezes, culpa, especialmente quando o RN era internado durante o puerpério ou proveniente do domicílio. Enquanto futura EEESMO, senti a responsabilidade de apoiar a tríade (RN, mãe e pai) neste processo de adaptação a uma realidade inesperada e emocionalmente desafiante. Nesse sentido, procurei intervir de forma ativa na promoção da vinculação afetiva e na criação de um ambiente de confiança, segurança e acolhimento. Querido et al (2022, p.1), referem que o processo de vinculação representa uma conexão "... emocional entre o RN e os pais ou o cuidador. A vinculação do RN ao seu cuidador é a base de todas as relações posteriores que este desenvolverá ao longo da vida e em particular em contexto de internamento hospitalar."

Durante as quatro semanas de estágio, a prematuridade revelou-se como um dos principais critérios de internamento dos RN na UCEP. Em Portugal, tem-se verificado uma tendência de diminuição do número de nascimentos, fortemente associada ao adiamento da maternidade. Esse aumento da idade materna, frequentemente acima dos 35 anos, está relacionado com maiores riscos obstétricos, incluindo aumento da prematuridade, baixo peso à nascença e complicações neonatais, que por sua vez, contribuem para o agravamento da mortalidade infantil (INE, 2025, Ministério da Saúde, 2025). Paralelamente, embora a fertilidade das mulheres portuguesas esteja em declínio, as mães de naturalidade estrangeira têm contribuído significativamente para a natalidade nacional, representando atualmente cerca de um terço dos nascimentos (INE, 2025).

O ligeiro aumento da mortalidade infantil registado em 2024, com destaque para o aumento de óbitos em menores de um ano (INE 2025), pode estar associado a fatores como a prematuridade, complicações neonatais, desigualdades no acesso a cuidados e fragilidades no acompanhamento pré-natal, especialmente em populações mais

vulneráveis (OMS, 2022a). Estes dados reforçam a necessidade de políticas de saúde pública orientadas para a vigilância da gravidez de risco, o investimento na saúde perinatal e o reforço de equipas multidisciplinares nos cuidados de enfermagem materna e obstétrica.

O internamento do RN desencadeia, em ambos os pais, um conjunto de reações emocionais intensas, como choque, medo, ansiedade, depressão e, por vezes, stress pós-traumático. No entanto, estes sentimentos tendem a ser mais prevalentes e marcantes nas mães, sobretudo quando estas não se sentem incluídas nos cuidados ao RN, o que pode comprometer a perceção do seu papel materno e afetar o processo de vinculação (Hagen et al., 2016). Como tal, na prática clínica, compreendi que os sentimentos vivenciados pelos pais influenciam significativamente a qualidade da interação com o RN e, conseqüentemente, o estabelecimento do vínculo afetivo entre os elementos da tríade. Nesse sentido, enquanto estudante de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, procurei, sempre que possível, promover e facilitar momentos de contacto entre os pais e o RN, reconhecendo a importância destes na humanização dos cuidados e no fortalecimento da ligação afetiva.

Considerando que o vínculo físico e emocional dos pais com o RN é insubstituível, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na promoção deste processo. Ao favorecerem o estabelecimento da vinculação, contribuem para o reforço do papel parental, capacitando os pais e facilitando a sua adaptação ao novo papel social, através do apoio emocional, da orientação psicológica e da criação de oportunidades para o desenvolvimento de laços afetivos com o seu filho (Maastrup et al., 2018). Para tal, com o objetivo de promover a vinculação da tríade ao longo de estágio na UCEP procurei facilitar o tão importante toque aquando dos cuidados de higiene ao RN, contacto pele a pele por método “Canguru”, amamentação, alimentação por biberão, comunicação verbal dos pais com o RN. Maastrup et al (2018) referem que o incentivo dos pais por parte dos enfermeiros e outros profissionais de saúde fortalece os sentimentos dos pais, tornando-os mais calmos e tranquilos no relacionamento com o RN.

Quanto ao aleitamento materno, a intervenção do EEESMO é fundamental no estabelecimento bem-sucedido do mesmo; este aspeto é corroborado por Grassley et al. (2018) ao afirmarem que o tempo de contacto entre a mãe e o RN aumenta a possibilidade de sucesso no processo de aleitamento materno.

Devido a condição física dos RN de risco, a amamentação torna-se especialmente desafiante. Como tal, uma das estratégias que surge para alimentação do mesmo com o leite materno é a extração de leite, no entanto, este não é o processo que as mães idealizam (Norén et al., 2018). Como tal, procurei incentivar a extração de leite materno junto do RN e envolvendo o parceiro neste processo, promovendo assim a capacitação do

casal, encorajando a vinculação. Matos et al. (2015) confirmam que, o envolvimento do pai no processo de amamentação contribui para a saúde do RN e promove a interação dos elementos da tríade.

Em contexto clínico, realizei diariamente ações de educação para a saúde dirigidas aos pais, centradas nos cuidados ao RN de risco. Estas intervenções tiveram como principal objetivo promover a vinculação afetiva e capacitar os progenitores, dotando-os do conhecimento necessário para uma transição segura e confiante para o domicílio no período pós-alta. Sponsler et al. (2015) afirmam que, na maioria dos casos a atenção dos profissionais é direcionada para a capacitação das mães, no entanto torna-se imprescindível incluir o pai em todas as fases desde o momento da gravidez.

Assim, a comunicação entre os profissionais e os pais deve ser promotora de uma relação de parceria. O conhecimento adquirido proporciona a confiança dos pais na equipa, tranquilizando os mesmos quanto a segurança do RN. Para tal, torna-se fundamental que os enfermeiros invistam no desenvolvimento das suas competências comunicacionais e incentivem a presença ativa dos pais na unidade de saúde, criando um ambiente propício à construção e fortalecimento da vinculação entre os elementos da tríade (Gallagher et al., 2017).

Ao longo de estágio percebi que, a complexidade emocional vivida pelos pais, frequentemente marcada por sentimentos de fragilidade e insegurança, exige do enfermeiro responsáveis competências comunicacionais sólidas e sensibilidade acrescida, de modo a tranquilizar, apoiar e capacitar os progenitores na prestação de cuidados. Como tal, percebi que o cuidado ao RN de risco, exige uma elevada agilidade de pensamento crítico-reflexivo, bem como uma visão holística e centrada em cada mulher/ família/ tríade cuidada. Apesar de ter sentido este desafio como particularmente exigente, considero que, com o apoio da enfermeira cooperante e através de uma postura resiliente e comprometida com a aprendizagem, fui capaz de o superar e evoluir na minha prática clínica.

3.5 ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS

Por último, o estágio no BP proporcionou uma ampla variedade de experiências, em que pude prestar cuidados em ESMO e desenvolver competências no acompanhamento da mulher/ casal/ família, assim como do RN. Além disso, essas vivências possibilitaram mais uma vez, confirmar a importância do EEESMO no cuidado a grávida com DA.

O estágio decorreu num Hospital de Nível I de Rede de Referência Hospitalar Materno-Infantil (Direção Executiva do SNS, 2023). O BP onde foi realizado o estágio tem como principal missão a prestação de cuidados de saúde especializados, atuando em cooperação com os cuidados de saúde primários e com os demais hospitais pertencentes

ao SNS. Além disso, compromete-se a oferecer cuidados de saúde materna e obstétrica com qualidade e segurança, respeitando as preferências da grávida/ casal/ família no que se refere ao plano de parto (PP) (*Conheça-nos, Missão e Valores | Centro Hospitalar de [REDACTED], n.d.*).

A sua área de influência abrange mais de 400 mil habitantes, direcionando os cuidados às mulheres nela abrangidas, e outras que procuram cuidados obstétricos nesta instituição por escolha própria. Deste modo é assegurado o direito de escolha dos serviços e prestadores de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes às a grávidas e parturientes de outras áreas geográficas do país (Assembleia Da República, Lei N.º 15/2014, 2014).

Por outro lado, atualmente cada vez mais mulheres estrangeiras procuram cuidados obstétricos neste BP. Entre elas grávidas e parturientes vindas do Brasil, dos Países Africanos, da Ucrânia, da Índia. Assim no ano 2022, nesta unidade hospitalar ocorreram 1912 partos, 584 dos quais foram cesarianas. Enquanto que em 2023 houve 2258 partos, 666 dos quais terminaram em cesariana (SNS, 2025). No entanto, no primeiro semestre de 2024 houve um decréscimo significativo da atividade assistencial devido a fechos programados do SUGO e do BP em contexto de operação “Nascer em segurança no SNS”. O que se refletiu no número de partos, mais precisamente foram assistidos 776 partos (Unidade Local de Saúde da Região [REDACTED], 2024).

A estrutura física do BP encontra-se logo após o SUGO. No seu espaço estão localizados: uma central de trabalho de equipa multidisciplinar dotada de vários monitores onde se efetua vigilância permanente das parturientes e do bem-estar materno fetal por meio de telemetria; uma sala de recobro para a permanência das puérperas e RN nas primeiras horas de vida; e sete salas de parto. Cada sala de parto é equipada com: cardiotocógrafos com possibilidade de registo cardiotocográfico à distância sem fios; uma cama de parto articulada adaptável a vários posicionamentos durante o TP; luminosidade ajustável conforme a preferência da parturiente; uma mesa de reanimação neonatal com fonte de calor para a prestação de cuidados imediatos ao RN; um cadeirão para a permanência do acompanhante. As salas são amplas e permitem a deambulação livre da grávida, com possibilidade de uso da bola de pilates, aplicação de calor local, ou chuveiro com água quente.

No pós-parto imediato a puérpera e o RN permanecem em observação por EEESMO no recobro, durante pelo menos duas horas. Posteriormente são transferidos para o internamento na ausência de ocorrências. Ao longo de todo o percurso, desde a admissão até ao internamento é assegurado o direito de acompanhamento à grávida por uma pessoa por si indicada, cumprindo assim a legislação em vigor (Assembleia Da República. Lei N.º 110/2019, 2019).

Os cuidados de saúde durante o TP devem ser assegurados por uma equipa multidisciplinar, cuja intervenção se baseie numa definição rigorosa de funções, tarefas e responsabilidades, em conformidade com as competências legalmente atribuídas a cada grupo profissional. A organização destes cuidados deve considerar os riscos clínicos individuais de cada parturiente, bem como a necessidade de uma resposta eficiente e adequada em cada fase do processo dos cuidados. A otimização dos recursos humanos e a valorização contínua das competências técnicas e científicas da equipa de saúde constituem pilares fundamentais, com o objetivo de promoção de cuidados de elevada qualidade, centrados na segurança materno-fetal e na garantia de uma vivência positiva do parto para a mulher e sua família DGS (2023). Deste modo a equipa multidisciplinar do BP é constituída por médicos obstetras e ginecologistas, pediatras, médicos internos em formação especializada, anestesista, EEESMO, enfermeiros de cuidados gerais, assistentes operacionais e secretárias da unidade. Em articulação com os restantes serviços da ULS, as grávidas/ RN/ família têm acesso aos cuidados de assistente social, psicólogo clínico, médicos de outras especialidades em serviço de urgência. Para além desses profissionais, vários serviços técnicos apoiam o funcionamento do serviço.

O estágio no BP constituiu um contexto privilegiado para a prestação de cuidados diferenciados à mulher/ casal/ família nas distintas fases do TP e parto, bem como ao RN de termo ou pré-termo. Esta vivência contribuiu para o desenvolvimento de competências nucleares no âmbito da formação específica em EEESMO, integrando os mais altos padrões de qualidade como a satisfação do cliente, a promoção de saúde e a prevenção de complicações, autocuidado, autocontrolo e mestria, promoção de processos eficazes de adaptação às novas condições de saúde e a gestão dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica (OE, 2022).

Com vista a cumprir os requisitos das experiências práticas do programa formativo do EEESMO (OE, 2018a) ao longo de estágio foram realizados: 41 partos eutócicos; participação ativa em 28 partos distócicos (18 com recurso a ventosa e 10 cesarianas emergentes), 2 partos de apresentação pélvica, 1 parto gemelar; vigilância e cuidados prestados a 41 grávidas durante e depois do parto, em situação de risco; vigilância e cuidados prestados a 54 RN (49 saudáveis e 5 de risco); prestados cuidados a 33 parturientes em situação de risco, 51 puérperas (49 puérperas saudáveis e 2 puérperas de risco) e 6 grávidas em situação de risco (Apêndice I).

Deste modo, o estágio no BP possibilitou o desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas e interpessoais, aliado a uma análise crítica constante das intervenções desenvolvidas na prestação de cuidados à mulher/ casal/ família em TP. Assim, o projeto de estágio elaborado, procurou orientar esse percurso formativo, definindo metas e estratégias para o caminho na aquisição de autonomia e aplicação prática do

conhecimento adquirido. Em seguida encontram-se apresentados os objetivos delineados e a análise reflexiva sobre a sua realização.

No que respeita ao objetivo **“Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados na admissão/ acolhimento da mulher/ casal/ família”** na sala de partos, o momento de admissão e acolhimento revelou-se fundamental para que o processo de enfermagem fosse bem-sucedido, visando estabelecimento de uma relação terapêutica entre EEESMO e mulher/ casal/ família, sendo esta um dos elementos centrais dos cuidados especializados em ESMO (OE, 2022).

A atuação do EEESMO no ciclo gravídico-puerperal caracteriza-se pela proximidade com a mulher, o que lhe permite reconhecer as necessidades, anseios e dúvidas relacionados com a maternidade. No âmbito da comunicação em saúde, esse profissional assume um papel estratégico na transmissão de informação e no desenvolvimento de intervenções educativas, contribuindo significativamente para a capacitação de grávidas e puérperas (Gonçalves et al., 2020). Por essa razão, considero a atuação do EEESMO durante o processo de admissão e acolhimento determinante para criar uma base de confiança, focada nas necessidades da mulher/ casal/ família, incluindo as dimensões físicas, emocionais e psicológicas. Neste contexto percebi que, o apoio emocional e a disponibilidade para ouvir são essenciais, uma vez que muitas mulheres vivenciam elevados níveis de ansiedade devido múltiplos fatores como a antecipação do parto, medo, experiências anteriores ou expectativas pessoais. Assim, procurei garantir um ambiente com privacidade, favorecedor de expressão dessas emoções e permiti que a mulher/ família cuidada esclarecesse as suas dúvidas, demonstrasse conhecimento que possui, desmistificando receios com o objetivo de contribuir para uma experiência mais serena e positiva do parto.

O nascimento de um filho representa um momento de transição significativa para a família, sendo essencial o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida entre o EEESMO e a mulher/ casal/ família. Esta relação, quando bem estabelecida, contribui para uma adaptação saudável a esta nova fase. Para tal, é fundamental que o enfermeiro especialista mobilize competências técnicas, comunicacionais e interpessoais que favoreçam a criação de um vínculo de confiança e apoio contínuo (Oliveira et al., 2021). Para tal, com o apoio da enfermeira especialista cooperante adotei comportamentos profissionais como o estabelecimento de vínculo, a construção de relações de confiança, a escuta ativa e a comunicação eficaz, procurando envolver a mulher/ casal/ família nos cuidados durante o TP, empoderando os mesmos no uso da sua autonomia nos processos de tomada de decisão.

Para ir ao encontro das recomendações da OMS (2018) questioneei a mulher/ casal/ família acerca da existência de PP previamente elaborado e procedi à sua análise conjunta, com o intuito de compreender desejos, expectativas e emoções associadas ao TP. Este momento revelou-se fundamental para ajustar, sempre que possível, as intervenções de enfermagem planeadas, respeitando e valorizando o plano previamente definido pela parturiente. A discussão aberta de cada situação específica e a obtenção do consentimento informado por parte da mulher/ casal/ família constituem práticas essenciais na prestação de cuidados ética e legalmente corretos, centrados na pessoa. A OMS (2018, p. 27) recomenda esta abordagem promotora de autonomia e empoderamento das parturientes na tomada de decisões informadas e esclarecidas, tornando-as em agentes ativos no seu TP, incentivando a verbalização acerca dos cuidados que recebem.

No entanto, também é responsabilidade do EEESMO promover uma abordagem realista e informada sobre o processo do parto. Este deve informar a mulher/ casal/ família no sentido de compreender que os desejos e planos de nascimento, embora valorizados, poderão sofrer alterações em função da evolução clínica do TP, sendo fundamental manter a flexibilidade e a adaptação às circunstâncias emergentes para garantir a segurança e o bem-estar materno-fetal (Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME] & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO], 2009).

Assim, no momento do planeamento de cuidados juntamente com a grávida/ casal/ família, procurei discutir aspetos que pudessem justificar a reformulação do PP inicial com a condição de que qualquer alteração seria sempre informada e esclarecida e carecia de consentimento. De forma a uniformizar cuidados, informei sempre a restante equipa multidisciplinar sobre o PP, para que os cuidados prestados pelos seus elementos fossem congruentes e respeitadores das expectativas das pessoas cuidadas.

Visto que, o TP constitui uma etapa importante na vida da mulher, repleta de experiências fisiológicas e psicológicas que exigem adaptação do organismo materno à nova fase. Este momento constitui uma condição que requer cuidado, vigilância e monitorização das condições de bem-estar materno-fetal, para deteção precoce de fatores de risco e intervenção em tempo oportuno. Esse acompanhamento deve ser iniciado o mais breve possível com o objetivo de abordar, acolher e assegurar as necessidades da mulher/ casal/ família, promovendo segurança e garantindo o nascimento de um RN saudável (Garcia et al., 2019; Lima et al., 2019).

Nesta abordagem, reconhece-se a necessidade de cuidados direcionados e adaptados à realidade de cada mulher/ casal/ família. A atuação do enfermeiro, ao oferecer suporte, escuta ativa e orientações em saúde, contribui diretamente para o fortalecimento da autonomia no autocuidado e para a promoção do bem-estar físico e emocional no TP (M. A. Ferreira et al., 2019). Neste âmbito, observei que, durante o TP torna-se essencial

o apoio de EEESMO e da pessoa significativa, para reforçar o autocuidado, minimizar o impacto emocional e promover o bem-estar e a confiança da mulher.

Assim, a Teoria de Orem revela-se uma base teórica relevante para a prática clínica de enfermagem junto à mulher grávida, ao esclarecer os papéis de ambos (gestante e EEESMO) no processo de cuidado. A sua aplicação orienta a promoção do autocuidado e contribui para um planeamento mais eficaz das intervenções de enfermagem, favorecendo a resolução das necessidades identificadas e promovendo o bem-estar da mãe e do RN (Silveira et al., 2023). Neste âmbito, o autocuidado envolve a capacidade da pessoa em gerir, de forma ativa, as suas necessidades básicas, sendo este processo condicionado por múltiplos fatores, como características individuais, condições de saúde, contexto sociocultural e recursos disponíveis. Como tal, as ações terapêuticas do EEESMO visam responder a essas necessidades, orientando práticas que favoreçam a manutenção da saúde e o equilíbrio funcional (Orem, 2021).

A aplicação da Teoria de Orem nos cuidados à grávida destaca-se pela identificação de necessidades e défices de autocuidado, orientando a escolha dos sistemas de enfermagem (sistema parcialmente compensatório, totalmente compensatório e sistema apoio-educação). O sistema de apoio-educação é o mais evidenciado reforçando a promoção da autonomia materna (Silveira et al., 2023). Ao refletir sobre o plano de cuidados implementado juntamente com a mulher/ casal/ família e com o apoio da EEESMO cooperante, constatou-se que a aplicação da Teoria de Orem no cuidado à gestante fortalece o processo de enfermagem, facilitando a identificação e atendimento das necessidades específicas. O papel do enfermeiro especialista destaca-se ao atuar como educador, promovendo o autocuidado por meio de orientações e esclarecimentos, alinhando-se à sistematização do processo de enfermagem.

Ao longo de estágio no BP planeei “**Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à parturiente/família durante os quatros estádios do TP**”.

O TP consiste em uma série de fenómenos fisiológicos que, seja de forma induzida ou espontânea, resultam na extinção cervical, na dilatação do colo uterino, e na progressão do feto através do canal de parto até a sua expulsão. O início do TP é caracterizado pela instalação de contrações uterinas regulares e dolorosas, com aumento de frequência e intensidade, concomitante à extinção cervical, dividindo-se em quatro estádios, cada um com características e tempos bem definidos (Fatia & Tinoco, 2016, p. 308, Machado & Graça, 2017).

Segundo Friedman citado por Fatia e Tinoco (2016, p. 308), o **primeiro estágio** de TP divide-se em fase latente e fase ativa. O autor delimita a fase latente entre o apagamento do colo uterino e o início de dilatação dos 0 aos 3 centímetros. Por sua vez a

fase ativa inicia-se com aumento no ritmo de dilatação até a dilatação completa do colo, ou seja, 10 centímetros (Peisner & Rosen, 1986, p.448). No entanto, a literatura científica mais atual estabelece os 5 centímetros de dilatação cervical como o limite que distingue a fase latente da fase ativa do TP (OMS, 2018; DGS, 2023). É nesse estágio que a maioria das parturientes é admitida no BP.

Os PQCEESMO (OE, 2022) constituem um referencial estruturante para a prática clínica do EEESMO em contexto do primeiro estágio do TP. A operacionalização destes padrões, em articulação com o domínio das competências especializadas definidas pela OE (2019c), permite ao EEESMO assegurar intervenções baseadas na evidência, orientadas para a promoção da segurança clínica, da qualidade assistencial e da experiência positiva da mulher/ casal/ família durante o TP indo ao encontro das recomendações da OMS (2018).

Durante o primeiro estágio do TP, as intervenções do EEESMO incidem predominantemente sobre a avaliação clínica integral da parturiente e encorajamento em realizar atividades reconfortantes. Conforme descrito por Varela et. al (2020, p.76), esta avaliação compreende uma análise sistematizada dos diferentes sistemas fisiológicos com o objetivo de confirmar o diagnóstico de início de TP e triagem das situações de risco, aquelas que saem para além da área de atuação de EEESMO.

Assim, tive diversas oportunidades de realizar o exame físico e obstétrico das gestantes, em um ambiente de privacidade adequado. Entre as atividades realizadas, destaco a execução das Manobras de Leopold, com o objetivo de identificar a apresentação e a posição fetal, além de determinar o ponto mais eficaz para a auscultação da frequência cardíaca fetal (FCF). Também foram realizadas a monitorização da dinâmica uterina e a execução do exame vaginal. Este último permite aferir o grau de dilatação e apagamento do colo do útero, posição e consistência do colo, a progressão da apresentação fetal no canal de parto e o estado das membranas amnióticas, bem como as características do líquido amniótico.

A monitorização do bem-estar fetal foi realizada com recurso a CTG, método que permite o registo gráfico simultâneo da FCF, das contrações uterinas e dos movimentos ativos do feto, refletindo o padrão e variações da FCF, incluindo a linha basal, a variabilidade e as desacelerações. Trata-se de uma ferramenta essencial na vigilância intraparto, cuja aplicação e interpretação requerem conhecimentos técnicos específicos. De acordo com a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) (2023, p. 49), este procedimento é da responsabilidade exclusiva dos enfermeiros especialistas da área, uma vez que, sua correta execução depende da identificação precisa de marcos anatômicos maternos, como o fundo uterino e o foco fetal,

da adequada colocação dos transdutores e da transmissão de orientações pertinentes à parturiente.

Para ir ao encontro das recomendações da OMS (2018), juntamente com a enfermeira cooperante priorizei a monitorização cardíofetal intermitente durante a fase latente do primeiro estágio de TP. Procurei promover a calma e tranquilidade com envolvimento da grávida e pessoa significativas nas tomadas de decisão. Como método não farmacológico de alívio de dor incentivei a deambulação, o duche, repouso, massagem, aplicação de calor, musicoterapia, dança, exercícios na bola de parto, adoção de posições verticalizadas (Fatia & Tinoco, 2016, p. 309; Varela et al., 2020, p. 76).

No entanto a partir da fase ativa do primeiro estágio a monitorização contínua de bem-estar fetal com recurso a CTG é priorizada no serviço, mesmo em parturientes de baixo risco com início de TP espontâneo, apesar das recomendações da OMS (2018) preconizarem registo intermitente. A aplicação rotineira de CTG de forma contínua, sobretudo em gestantes com gravidez de baixo risco, tem sido relacionada a um aumento nas intervenções obstétricas, como a cesariana ou parto instrumentado, sem evidências claras de benefícios significativos nos resultados neonatais (Rainaldi & Perlman, 2016). A literatura científica atual ainda carece de argumentos sólidos quanto à eficácia da monitorização fetal contínua de rotina na redução de complicações associadas à hipoxia intrauterina, independentemente do perfil de risco materno (Lewis & Downe, 2015). Ao refletir com o EEESMO cooperante sobre o motivo pelo qual se mantinha o uso de CTG contínuo nas parturientes, chegámos à conclusão que, uma vez que, os equipamentos de serviço não têm cabos como já foi referido anteriormente, a mobilidade da grávida não fica afetada, podendo a mesma manter-se em movimento livre.

Por outro lado, também a maioria das mulheres solicita analgesia locorregional para controlar a dor. Quem decide o tipo de analgesia é o médico anestesista, pedindo antes o consentimento informado à gestante. Na maioria das vezes é aplicada uma das seguintes técnicas: bólus automáticos intermitentes, analgesia controlada pela parturiente ou ainda associada a bólus automáticos intermitentes. Após a aplicação da escala de Bromage modificada e cumprindo todos os critérios de inclusão para a “*walking epidural*” (opção materna; CTG tranquilizador; apresentação no 1º plano de Hodge em caso de rotura prematura de membranas; ausência de hemorragia vaginal; gravidez de termo > 37 semanas) (Sequeira et al., 2020a), estes métodos permitem manter a deambulação da grávida mostrando-se especialmente eficazes (Halpern & Carvalho, 2009). Contudo, sua utilização tem sido correlacionada a um aumento na necessidade de estimulação uterina com ocitocina, à maior duração do TP e a uma maior incidência de partos instrumentados (Simmons et al., 2007). Uma vez que, possíveis riscos de rotura uterina, hiperestimulação uterina e sofrimento fetal podem ocorrer devido à administração de ocitocina (Schincaglia

et al., 2017), a equipa de EEESMO opta por uma monitorização mais rigorosa do bem-estar materno-fetal. No entanto, a satisfação materna com o alívio da dor não parece ser negativamente influenciada por estas técnicas. De fato, revisões sistemáticas comparando a epidural à analgesia sistémica sugerem que a primeira está associada a níveis superiores de satisfação por parte das parturientes (Anim-Somuah et al., 2005).

Durante o estágio no BP, uma das experiências mais marcantes foi a assistência a uma gestante com diagnóstico de recidiva de neoplasia do cólon. A mulher e pessoa significativa passaram por indução do TP às 34 semanas de gestação, em função da necessidade de início de tratamento com quimioterapia e radioterapia. No acompanhamento da situação, constatou-se que o controlo do desconforto, nomeadamente gestão da dor decorrente da indução do TP foi conduzida de forma mais eficaz do que a gestão da dor associada à patologia oncológica subjacente.

O diagnóstico de cancro durante a gestação gera sentimentos ambíguos, combinando medo e desesperança com a alegria e os desafios próprios da maternidade. As gestantes tendem a apresentar níveis mais elevados de ansiedade e preocupação em comparação com outras mulheres diagnosticadas com cancro (Rees & Young, 2016). Além disso, vivenciam frustrações decorrentes da interrupção do ciclo natural da vida. No entanto, a gravidez pode atenuar o sofrimento emocional, sendo frequentemente associada a sentimentos de esperança, otimismo e projeção positiva em relação ao futuro dos filhos (Gomes et al., 2021).

Percebi assim, que o acompanhamento das gestantes com patologias associadas que implicam risco de vida constitui para mim uma lacuna na gestão de emoções. Reconheci, assim, a necessidade de investir em formação contínua e em desenvolvimento de competências emocionais, com o objetivo de gerir adequadamente os próprios sentimentos e assegurar a prestação de cuidados especializados de elevada qualidade, centrados na humanização e no suporte integral à grávida/ casal/ família. Nos cuidados implementados procurei envolvimento da mulher na tomada de decisões informadas sobre o plano de parto, adaptação do ambiente e intervenções às limitações físicas da mulher, preservação da autonomia e dignidade.

Ao longo de estágio deparei-me com a complexidade da avaliação precisa da dilatação do colo uterino da determinação da variedade de apresentação fetal. Esses obstáculos foram gradualmente superados à medida que a prática foi sendo consolidada e o raciocínio clínico aprimorado com o apoio da EEESMO cooperante. A multiplicidade de experiências assistenciais contribuiu para o desenvolvimento de competências fundamentais, como a promoção da saúde materno-fetal, a identificação precoce de alterações clínicas e a prevenção de complicações no decurso do TP (OE, 2019c). Além disso, favoreceu a atuação profissional em consonância com um ambiente seguro e

humanizado, sustentado por princípios ético-deontológicos, pelo respeito aos direitos humanos e pelo cumprimento das responsabilidades inerentes à profissão e à gestão de recursos em saúde (OE, 2022).

Quanto ao **segundo estágio** de TP, denominado pelo período expulsivo, iniciando-se na dilatação completa e terminando com a expulsão do feto (Fatia & Tinoco, 2016, p.310). Quando se verificam contrações uterinas eficazes, esforços expulsivos maternos adequados e condições de bem-estar materno-fetal, o período expulsivo deverá ter uma duração máxima de duas horas em nulíparas e de uma hora em múltiparas. Na presença de analgesia epidural, admite-se a extensão destes limites em até uma hora adicional (American College of Obstetrics and Gynecology Committee on Practice, 2003; DGS, 2015).

No exercício profissional do EEESMO, a assistência à mulher e à pessoa significativa durante o TP é orientada pela promoção de um ambiente seguro, visando a otimização das condições de saúde materna e fetal/ RN, bem como a promoção de uma experiência de parto positiva (OE, 2022). Como tal, durante o período expulsivo, é imprescindível que os profissionais estejam aptos a apoiar partos em múltiplas posições, para que a escolha da parturiente não seja limitada. A aplicação prática do conhecimento teórico é crucial para reforçar a confiança e a segurança dos profissionais, possibilitando a condução do parto em diferentes posturas e promovendo a adoção daquelas que ofereçam maior conforto e benefício para a mulher (APEO & FAME, 2009).

Contudo ao longo de estágio deparei-me com resistência por parte de alguns profissionais em incentivar alternância de posições diferentes da supina, litotomia ou semireclinada. Com a justificação de que essa é a mais confortável para o profissional, na medida em que facilita a captação do registo cardiotocográfico, dando acesso mais facilitado ao períneo da parturiente e promovendo o seu descanso.

No entanto, múltiplas investigações têm refutado a hipótese de que a posição horizontal seja a mais vantajosa durante o período expulsivo, sobretudo quando utilizada de forma sistemática. A evidência atual recomenda que se incentive a livre escolha de posição pela parturiente, reconhecendo a influência significativa do posicionamento na duração e na eficácia desta fase do TP. A adoção de posições verticais favorece a progressão do feto ao longo do canal de parto, sendo desejável que a mulher varie de posição conforme o avanço da descida fetal (Balaskas & Sarzana, 2021). É fundamental assegurar que a parturiente, devidamente orientada por profissionais capacitados e motivados, tenha autonomia para escolher as posições que melhor lhe proporcionem conforto e beneficiem a dinâmica do parto (Cardoso et al., 2020, p.128). Como tal, em conjunto com a enfermeira cooperante, procurei dar liberdade à parturiente na adoção de posições mais confortáveis para ela, sempre que possível, com o envolvimento da pessoa

significativa nos cuidados e tendo em conta a segurança. Como tal, as mulheres por mim cuidadas sob supervisão da EEESMO cooperante adotaram seguintes posições: de quatro apoios, de lado, de cócaras e ajoelhada

Nesta fase do TP, a parturiente deve concentrar-se na realização de esforços expulsivos eficazes, sendo fundamental o apoio do profissional de saúde na identificação da posição mais adequada para otimizar esses esforços. À medida que o feto progride pelo canal de parto e exerce compressão sobre os nervos sacrais e obturadores, a necessidade e a intensidade dos esforços expulsivos tendem a aumentar (Fatia & Tinoco, 2016).

Progressivamente, foi possível adquirir maior experiência e aprimorar a prática clínica, adaptando-a às especificidades e preferências individuais de cada mulher quanto à mobilidade das mesmas. No entanto, nem sempre tal adaptação foi viável, uma vez que em algumas situações, observou-se que, após a administração da analgesia epidural, ocorreram bloqueios motores que limitaram a mobilidade da parturiente, restringindo-a ao leito e à alternância entre diferentes posições de decúbito no mesmo. Essas situações foram comunicadas ao anestesista, que, posteriormente, procedia ao ajuste das doses de analgesia de forma a minimizar os efeitos indesejáveis e promover maior mobilidade à parturiente.

Durante a fase expulsiva, a tomada de decisão do EEESMO quanto ao tempo de espera deve ser fundamentada na avaliação da progressão da descida e rotação fetal, bem como na análise do padrão da FCF. O conhecimento dos padrões fisiológicos da FCF é essencial para evitar intervenções desnecessárias, mantendo-se o profissional vigilante para sinais de alerta, tais como desacelerações tardias com recuperação lenta e bradicardias prolongadas (Fatia e Tinoco, 2016, p. 310). Assim, em conjunto com o EEESMO cooperante, foi possível identificar um conjunto de complicações, nomeadamente: distócia de ombro, prolapso do cordão umbilical, paragem da progressão do TP, mecónio presente no líquido amniótico, sofrimento fetal e bradicardia prolongada, inclusive após a administração de raquianalgesia. Nessas situações, a atuação da equipa multidisciplinar revelou-se fundamental, com intervenção rápida de cada profissional e dentro do âmbito das suas competências, visando minimizar os riscos e eventuais danos para a parturiente e o feto.

A competência técnica para a assistência ao parto foi desenvolvida progressivamente ao longo do estágio, refletindo-se no fortalecimento da autonomia e da confiança profissional. A decisão quanto à realização da perineotomia constituiu uma das dificuldades inicialmente enfrentadas. Procurei, fontes bibliográficas com ilustração, vídeo registo da técnica executada, e observação de partos assistidos por equipa médica e EEESMO de serviço com o consentimento da parturiente. No total, ao longo de estágio na sala de partos realizei 11 perineotomias, representando 26,8% dos partos eutócicos

assistidos, um valor claramente superior ao preconizado pela OMS, que recomendava uma taxa inferior a 10% até ao ano 2018, sendo que atualmente, desaconselha totalmente esta prática por rotina/ deliberadamente em mulheres de início de TP espontâneo (OMS, 2019). Também a nova Lei que promove os direitos na gravidez e no parto (Assembleia da República, Lei n.º 33/2025 de 31 de março) e altera a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, presume a erradicação da episiotomia de rotina, implementando “(...) penalizações no financiamento e sanções pecuniárias a aplicar aos hospitais, sempre que desrespeitem as recomendações da OMS e os parâmetros definidos pela DGS”, bem como “Inquérito disciplinar aos profissionais de saúde”.

Apesar do esforço para cumprir as orientações da OMS (2019), a inexperiência e a insegurança condicionaram, num primeiro momento, a tomada de decisão. Com o avanço da prática clínica e reflexão diária acerca a mesma, tornou-se possível adotar uma abordagem mais criteriosa, recorrendo a estratégias de proteção perineal, tais como: aplicação de calor local através de compressas húmidas; massagem perineal suave, com recurso a um lubrificante; apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de Ritgen (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017).

Quanto ao **terceiro estágio** de TP, este decorre desde a expulsão do feto até a expulsão da placenta, denominado por dequitação. O descolamento da placenta ocorre em resultado de fatores mecânicos e hemostáticos. Neste período o útero continua a contrair-se, favorecendo assim a separação placentar acontecendo o processo de hemostase com o objetivo de prevenir a ocorrência de hemorragia (Sequeira, et al., 2020b).

Durante o período de espera pela dequitação, foi promovida a clampagem tardia do cordão umbilical, aguardando-se pelo menos um minuto ou até à cessação da pulsação, em conformidade com as recomendações da OMS (2020). Após a clampagem, procurei envolver a mulher e a pessoa significativa nos primeiros cuidados ao RN, incentivando a realização do corte do cordão pela mãe ou pelo acompanhante. Esta prática foi, na maioria das situações, bem acolhida, integrando-se frequentemente no PP previamente delineado. Paralelamente, implementaram-se medidas que favoreceram a adaptação do RN à vida extrauterina, nomeadamente contacto pele a pele para a prevenção da hipotermia, a secagem e cobertura do RN com lençol aquecido, o e a promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida.

O tempo de descolamento da placenta apresenta variações, sendo que, na maioria dos partos, a placenta se separa aproximadamente sete minutos após a expulsão fetal. Recomenda-se que o EEESMO respeite o tempo fisiológico para a dequitação, podendo aguardar-se entre 10 minutos até 1 hora na gestão expectante. Após a identificação de sinais indicativos de descolamento placentar, o profissional poderá proceder à realização da manobra de Brandt-Andrews (Machado & Graça, 2017, p. 220). No serviço em que

decorreu o estágio, observou-se uma abordagem ativa na gestão desta fase, com administração de uterotônicos após a expulsão da placenta, como medida preventiva da hemorragia pós-parto (HPP).

Com o decorrer da prática clínica, foi possível desenvolver maior competência no manejo do terceiro estágio do TP, particularmente na identificação autônoma dos mecanismos de dequitação, reconhecendo o padrão de Schultze em 38 partos e o de Duncam em 3 partos. Em duas situações foram observadas perdas hemáticas acrescidas e ausência da formação eficaz do globo de Pinard, procedendo-se à revisão detalhada da placenta. Numa das situações constatou-se a retenção de fragmentos placentários e, na outra, a completa fragmentação das membranas. Face a estas ocorrências, foi necessária a realização de revisão manual da cavidade uterina com vista a prevenir HPP (Sequeira et al., 2020b), observando a mãe quanto a sinais de perda sanguínea excessiva (Lowdermilk, 2006, p.472). Informou-se a equipa médica do ocorrido para garantir a realização de ecografia antes da alta hospitalar.

Durante o estágio, foi possível adquirir experiência na realização de episiorrafia de feridas perineais de primeiro e segundo grau em 30 parturientes. Apenas 11 das mulheres acompanhadas no processo de parto não apresentaram qualquer tipo de lesão perineal.

É reconhecido que a episiotomia pode aumentar a extensão das lacerações perineais, além de elevar o risco de infeção, hemorragia, disfunção do pavimento pélvico, dispareunia, fístulas retovaginais e formação de hematomas. Estas complicações podem comprometer a qualidade de vida da mulher, afetar negativamente a relação materno-fetal, gerando custos acrescidos para o sistema de saúde (R. D. Nunes et al., 2019). A decisão clínica quanto à necessidade de realização de episiotomia revelou-se uma das competências mais desafiantes de adquirir autonomia, devido às potenciais repercussões na vida da mulher. A responsabilidade sentida foi significativa, tanto na execução do procedimento como na sua posterior reparação.

O **quarto estágio** do TP corresponde à primeira hora após a expulsão da placenta, sendo um período crucial para a hemostase materna. Nesta fase, o risco de hemorragia significativa é mais elevado (Fatia & Tinoco, 2016, p.312), o que exige do EEESMO uma vigilância atenta e sistemática. Torna-se, assim, imprescindível a monitorização rigorosa dos sinais vitais, da quantidade de perdas hemáticas via vaginal, da contratatura uterina e da expressão de queixas por parte da puérpera, permitindo a identificação precoce de sinais de alarme (Marshall & Raynor, 2020).

Com o objetivo de garantir uma monitorização eficaz nesta fase, privilegiei a criação de um ambiente sereno e acolhedor, mantendo a puérpera e o seu acompanhante devidamente informados sobre todos os procedimentos em curso. Incentivei a sua

participação ativa, esclarecendo dúvidas e promovendo a autonomia e o autocuidado, fundamentais para a sua segurança e bem-estar (OMS, 2020; OE, 2022).

No exercício de suas funções especializadas, o EEESMO deve realizar o diagnóstico precoce e atuar preventivamente para minimizar eventuais complicações que afetem tanto a mulher quanto o RN no período pós-natal. Cabe-lhe identificar e acompanhar sistematicamente o estado clínico da puérpera e do RN, encaminhando para outros profissionais ou serviços sempre que a situação extrapole sua esfera de competências (OE, 2019). Durante o estágio, ao prestar cuidados na primeira hora do puerpério imediato, foram observados dois casos de atonia uterina com perdas hemáticas significativas. Diante dessa emergência, ativou-se imediatamente o suporte médico obstétrico, procedendo-se, simultaneamente, à massagem uterina e à administração de uterotônicos. Apesar dessas intervenções, ambas as puérperas foram encaminhadas ao bloco cirúrgico, onde o meu acompanhamento incluiu a manutenção de comunicação clara e acolhedora com as mulheres e seus acompanhantes, visando a tranquilização, a redução da ansiedade e a promoção de um ambiente seguro durante todo o processo (Mascarenhas et al., 2020, p.179).

Todos os RN aptos à amamentação, inclusive aqueles com baixo peso ao nascer, devem ser colocados ao peito o mais precocemente possível após o parto, uma vez confirmada a estabilidade clínica de mãe e do bebê, e desde que ambos demonstrem prontidão para o ato de amamentar. Esta prática, conhecida como início precoce do aleitamento materno, é fundamental para otimizar a sucção, favorecer a transferência de colostro e reduzir riscos de morbimortalidade neonatal (OMS, 2020). Assim, procurei sempre que a mulher desejasse, incentivar a amamentação na primeira hora de vida com o objetivo de promover a vinculação precoce do binómio e por outro lado realizando profilaxia de HPP devido a involução uterina no ato de amamentação (Crum, 2006, p. 491).

Delineei como mais um objetivo **“Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados imediatos ao RN de risco”**.

Os RN de alto risco são comumente definidos pela combinação de variáveis perinatais: peso ao nascer, idade gestacional e principais distúrbios fisiopatológicos, exigindo avaliação especializada para prevenção de morbimortalidade e complicações clínicas precoces. O EEESMO utiliza avanços tecnológicos em monitorização neonatal e formação dedicada para garantir vigilância contínua e intervenções oportunas nesses neonatos (Perry, 2006; Krbec et al., 2024).

Ao longo de estágio no BP poucas foram as oportunidades para prestar cuidados especializados a RN de risco, nomeadamente 5 casos.

Desses 5 tive a oportunidade de assistir 2 partos pré-termo. Primeiro com 35 semanas + 5 dias de tempo de gestação, tendo o RN uma adaptação a vida extrauterina favorável.

No entanto questionei-me sobre o campo de atuação de EEESMO na realização de parto pré-termo, tendo dúvidas quanto a aspetos normativos da atuação, uma vez que, quase todos os partos pré-termo no serviço eram assistidos por obstetras ou médicos internos de formação especializada. Como tal procurei informar-me rapidamente. Assim, no seu parecer nº49/2014, MCEESMO invoca que, que os EEESMOS têm uma relevância fundamental na triagem desses casos, e que o verdadeiro TP pré-termo requer uma intervenção rápida, detendo conhecimento e destreza incluindo habilidades em conduzir o parto e em realizar reanimação neonatal. Contudo devem ser tomadas medidas de prudência tais como: o EEESMO responsável deve ter pelo menos dois anos de experiência; em situação de prematuridade extrema (<34 semanas de gestação) aconselha-se a presença na sala de partos de um médico obstetra e de um profissional experiente em reanimação neonatal (pediatra/ neonatologista) de modo a garantir suporte multiprofissional e reduzir riscos materno-infantis.

No caso de segundo parto pré-termo o qual conduzi juntamente com EEESMO cooperante, houve necessidade de referenciar imediatamente o RN aos cuidados de neonatologista e enfermeira responsável, uma vez que o mesmo nasceu hipotónico. Tendo sido de imediato realizada laqueação tripla precoce do cordão umbilical e sua secção; procedi à passagem do RN para a mesa de reanimação e a colheita de sangue de cordão umbilical para gasometria no segmento laqueado entre duas pinças (DGS, orientação nº 002/2023). De seguida o RN foi transferido para a UCEP. Quanto a continuidade de cuidados a tríade, informei a puérpera e a pessoa significativa sobre os cuidados prestados ao RN e sua necessidade de vigilância acrescida, com vista de manter a família esclarecida, na tentativa de minimização de ansiedade.

Durante a primeira hora de vida, foram identificados mais três RN classificados como de risco. Todos apresentavam sinais clínicos de dificuldade respiratória, incluindo cianose periférica e perioral, gemido expiratório, retrações torácicas e alargamento das asas nasais (Perry, 2006). Esses casos foram imediatamente comunicados ao médico neonatologista de serviço, em função da gravidade, dois dos neonatos foram admitidos na UCEP para vigilância contínua.

Conclui este percurso formativo reconhecendo a importância das intervenções autónomas de enfermagem como pilares essenciais na promoção da saúde materna e neonatal. O EEESMO, por meio da sua formação avançada e competências diferenciadas, intervém de forma autónoma e especializada em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, assegurando cuidados centrados na mulher/casal/ família/ RN, baseados na

melhor evidência científica, com uma abordagem holística, ética e segura. Esta diferenciação reforça o seu papel enquanto profissional clínico responsável por decisões complexas no âmbito da vigilância da gravidez, do parto e do puerpério, contribuindo decisivamente para a qualidade e continuidade dos cuidados (OE, 2021).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto dos cuidados especializados em ESMO, a figura que de imediato se destaca é a Mulher numa perspectiva individual e coletiva. “A mulher é entendida como pessoa no seu todo, considerando a interação com os convenientes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve” (OE, 2022).

Como tal, aplicação do conhecimento adquirido anteriormente, combinada com a prática fundamentada em evidências científicas, foi essencial para alcançar os objetivos estabelecidos e desenvolver as competências na área de ESMO. Acredito que o esforço dedicado teve um impacto positivo na qualidade e segurança dos cuidados oferecidos durante o estágio clínico. Por sua vez, a análise reflexiva sobre a prática contribuiu igualmente para o aprimoramento das competências comuns do enfermeiro especialista, principalmente as que estão relacionadas ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, à responsabilidade profissional, ética e legal, assim como à gestão dos cuidados (OE, 2019).

Após a análise dos artigos, que a incidência de DA, tem aumentado em mulheres grávidas, o que as coloca em condições de maior risco de complicações obstétricas, incluindo abortos espontâneos, baixo peso do RN e complicações no parto. Além disso, os desequilíbrios nutricionais causados por práticas alimentares inadequadas podem levar a distúrbios eletrolíticos e à falta de nutrientes essenciais, prejudicando gravemente a saúde tanto da mãe quanto do feto.

A teoria do autocuidado de Dorothea Orem pode ser aplicada por EEESMO nos cuidados pré-natais a mulheres grávidas com DA para melhorar a adesão a esses cuidados. A teoria enfatiza a importância do autocuidado e a capacidade da pessoa em cuidar de si mesma, especialmente quando é capacitada e orientada a adotar comportamentos saudáveis. Ao aplicar a teoria de Orem, o EEESMO, além de proporcionar um cuidado técnico, oferece também um suporte emocional e educativo, capacitando a gestante a gerir o seu próprio cuidado de maneira mais eficaz, o que é crucial para uma boa experiência da gravidez. O envolvimento das pessoas significativas no processo de autocuidado, educando os familiares para apoiar a gestante em suas escolhas alimentares e práticas saudáveis também faz parte integrante dessa capacitação.

Isso enfatiza a importância de ações direcionadas por equipes multidisciplinares, com um foco particular nas intervenções dos EEESMO, que desempenham um papel

fundamental como o primeiro profissional de contato com as gestantes. Essas equipas são essenciais para a identificação precoce e a gestão adequada dos DA, promovendo a integração de cuidados especializados e a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, garantindo um cuidado mais eficaz e holístico.

Apesar dos resultados apoiados pela evidência científica, persiste a necessidade de um maior investimento na pesquisa sobre o tema, assim como na sensibilização dos profissionais de saúde e das instituições responsáveis pelo acompanhamento da mulher grávida. Dado o meu interesse por esta temática e após identificar as necessidades mencionadas, planeio dar continuidade à investigação, explorando a eficácia das intervenções desenvolvidas por EEESMO junto das grávidas com DA e elaboração de protocolos institucionais que envolvam equipas multidisciplinares.

Assim, a conclusão do CMESMO representa não apenas uma conquista pessoal, mas também um investimento em uma das áreas mais essenciais da saúde, com grande carência de recursos humanos. Ao longo do mestrado, deparei-me com vários desafios pessoais e profissionais, principalmente por se tratar de área distinta da minha prática e formação profissional anterior. A intensidade da carga horária associada ao estágio clínico exigiu uma grande capacidade de gestão e resiliência. Apesar das dificuldades, esses aspetos foram decisivos para o meu crescimento académico e profissional, permitindo-me alcançar as competências estabelecidas tanto no RCCEE, como no RCEEEESMO.

A submissão de um artigo científico sobre temática de DA na gravidez representa a etapa seguinte deste percurso, visando disseminar os principais contributos da investigação junto da comunidade académica e fomentar a sua aplicação na prática assistencial. Acredita-se que este trabalho possa constituir um recurso relevante para a formação em ESMO, ao mesmo tempo que contribui para o reconhecimento e valorização de um tema de importância crescente na área da saúde e com implicações abrangentes para a sociedade atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abayomi, J. C., Charnley, M. S., Cassidy, L., Mccann, M. T., Jones, J., Wright, M., & Newson, L. M. (2020). A patient and public involvement investigation into healthy eating and weight management advice during pregnancy. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(1), 28–34. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz081>
- American College of Obstetrics and Gynecology Committee on Practice. (2003). Dystocia and augmentation of labor. *Obstetrics and Gynecology*, 102(49), 1445–1454. <https://doi.org/10.1016/j.obstetgynecol.2003.10.011>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora. https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., & Howell, C. J. (2005). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000331.pub2>
- Ante, Z., Luu, T. M., Healy-Profítos, J., He, S., Taddeo, D., Lo, E., & Auger, N. (2020). Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 403–412. <https://doi.org/10.1002/eat.23251>
- Assembleia da República. (2007). Lei n.o 16/2007, de 17 de abril. In *Diário Da República*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/16-2007-519464>
- Assembleia da República. (2014). Lei n.º 15/2014, de 21 de março. In *Diário Da República*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Assembleia da República. (2014). Lei n.º 25/2014, de 2 de maio. In *Diário Da República* (Série I de 2014-05-02, páginas 2540-2604). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/25-2014-25343763>
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro. In *Diário Da República*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/110-2019-124539905>
- Assembleia da República. (2025). Lei n.o 33/2025, de 31 de março. In *Diário Da República*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/33-2025-913048477>
- Balaskas, J., & Sarzana, S. (2021). *PARTO ATIVO: Guia Prático para o Parto Natural*. Editora Ground.
- Blais, M. A., Becker, A. E., Burwell, R. A., Flores, A. T., Nussbaum, K. M., Greenwood, D. N., Ekeblad, E. R., & Herzog, D. B. (2000). Pregnancy: Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *International Journal of*

- Eating Disorders*, 27(2), 140–149. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200003\)27:2<140::AID-EAT2>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200003)27:2<140::AID-EAT2>3.0.CO;2-E)
- Bologna Working Group. (2005). *The Framework for Qualifications of the European Higher Education Area*. Ministry of Science, Technology and Innovation. http://www.aic.lv/bologna/Bologna/Bol_semin/Copenh2005/050113-14_Mogens_Berg.pdf
- Bulik, C. M., Hoffman, E. R., Von Holle, A., Torgersen, L., Stoltenberg, C., & Reichborn-Kjennerud, T. (2010). Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *Obstetrics and Gynecology*, 116(5), 1136–1140. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e3181f7efdc>
- Campos, I. D. C., & Miranda, J. C. (2022). SEX EDUCATION IN SCHOOLS: AN URGENT NEED. *Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research)*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7151234>
- Cândido, A. P. C., Carmo, C. C., & De Lima Pereira, P. M. (2014). TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA REVISÃO DOS ASPECTOS ETIOLÓGICOS E DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CLÍNICAS. *Juiz De Fora*, 40, 173–181. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1845/2439-13557-1-pb.pdf>
- Cardoso, D. F. B. (2020). Evidence based practice in the nursing education process in Portugal. *ESTUDO GERAL*. <https://hdl.handle.net/10316/105147>
- Cardoso, D. F. B., Santos, D. G. S. M., Rodrigues, J. F. C., Bento, N., Rodrigues, R. M. C., & Cardoso, A. F. D. R. M. (2021). Promoting evidence-based practice: training health professionals for the evidence synthesis. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0180>
- Cardwell, M. S. (2013). Eating disorders during pregnancy. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 68(4), 312–323. <https://doi.org/10.1097/ogx.0b013e31828736b9>
- Castelo-Branco, L., Cordeiro, L., Ferreira, I., & Martin, A. (2010). Analgesia do Trabalho de Parto: Perspectivas e Avanços. *Dor*, 18(1), 8–14. https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2010_01.pdf
- Chan, C. Y., Lee, A. M., Koh, Y. W., Lam, S. K., Lee, C. P., Leung, K. Y., & Tang, C. S. K. (2019). Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 52(6), 652–658. <https://doi.org/10.1002/eat.23065>
- Clum, K. (2006). Cuidados de Enfermagem no quarto trimestre. In D. L. Lowdermilk & Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7th ed., pp. 490–519). Lusodidacta.
- Conheça-nos, Missão e Valores | Centro Hospitalar de [REDACTED] (n.d.). [https://www.\[REDACTED\].pt/o-hospital/-/missao-e-valores-3/](https://www.[REDACTED].pt/o-hospital/-/missao-e-valores-3/)

- Costa, J. D. S. (2016). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 9(30), 324–251. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8449>
- Dakanalis, A., Timko, C. A., Colmegna, F., Riva, G., & Clerici, M. (2018). Evaluation of the DSM-5 severity ratings for anorexia nervosa in a clinical sample. *Psychiatry Research*, 262, 124–128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.009>
- Dalgalarrodo, P. (2019). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Artmed Editora.
- Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. (2023, February). *Rede de referência hospitalar. OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA e NEONATOLOGIA*. Direção Executiva Do Serviço Nacional De Saúde. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/02/Proposta-Rede-de-Referenciacao-Hospitalar-em-Obstetricia-Ginecologia-e-Neonatologia.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Trabalho de parto estacionário* (Orientação nº001/2015). Direção Geral da Saúde. https://www.omcentro.com/ficheiros/docs/trabalho_parto_estac.pdf
- Direção-Geral da Saúde (Ed.). (2022, May). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção-Geral Da Saúde. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. In *Direção Geral De Saúde* (No. 002/2023). Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/orientacao-0022023-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>
- Domingos, A. R. D. (2019, December 30). *Competência cultural do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. <http://hdl.handle.net/10400.19/6176>
- Easter, A., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2013). Recognising the symptoms: How common are eating disorders in pregnancy? *European Eating Disorders Review*, 21(4), 340–344. <https://doi.org/10.1002/erv.2229>
- Escola Superior de Saúde de Santarém. (2022). *Ficha da Unidade Curricular*. Instituto Politécnico de Santarém.
- Eskildsen, A., Reinholt, N., Van Bronswijk, S., Brund, R. B. K., Christensen, A. B., Hvenegaard, M., Arendt, M., Alrø, A., Poulsen, S., Rosenberg, N. K., Huibers, M. J. H., & Arnfred, S. (2020). Personalized Psychotherapy for Outpatients with Major Depression and Anxiety Disorders: Transdiagnostic Versus Diagnosis-Specific

- Group Cognitive Behavioural Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 44(5), 988–1001. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10116-1>
- Facione, P. A. (2018) *Pensamento Crítico Holístico no Processo Diagnóstico de Enfermagem*.
<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/S83McdKc8kqWRxqhzr4yzDt/?lang=pt>
- Farias, M. D. C. a. D., & Nóbrega, M. M. L. (2000). Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 8(6), 59–67. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692000000600009>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné; R. Marques, M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1st ed., pp. 308–406). Lidel.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2009). *Iniciativa parto normal: documento de consenso/ Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Lusociência.
- Feijão, A. R., De Oliveira Lopes, M. V., & Galvão, M. T. G. (2009). Importance of the Supportive-educative System of Orem Model in the patient compliance - reflexive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(2). <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20092213>
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L., & Vilelas, J. M. D. S. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45–60. <http://hdl.handle.net/10400.26/23805>
- Ferreira, A. G. N., Ribeiro, M. M., Dias, L. K. S., Ferreira, J. G. N., Ribeiro, M. A., & Neto, F. R. G. X. (2013). Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. *Revista De Enfermagem UFPE on Line*, 7(5), 1398–1405. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i5a11625p1398-1405-2013>
- Ferreira, M. A., Justo, F. K. M., Nicolau, M. D. S., Vieira, M. J. C., Sousa, R. R. G., & Lima, F. M. D. S. (2019). Pré-natal e a atuação dos profissionais da enfermagem em prol da saúde da gestante e do recém-nascido / Prenatal care and the performance of nursing professionals for the health of pregnant women and newborns. *ID On Line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 13(47), 764–772. <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i47.2073>
- Ferreira-Couto, C. M., & Fernandes-Carneiro, M. D. N. (2017). Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*, 16(47), 539–551. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-164621>

- Fogarty, S., Elmir, R., Hay, P., & Schmied, V. (2018). The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1762-9>
- Gallagher, K., Shaw, C., Aladangady, N., & Marlow, N. (2017). Parental experience of interaction with healthcare professionals during their infant's stay in the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 103(4), F343–F348. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-312278>
- Galvão, D. M. P. G., & Silva, E. B. (2024). O papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno: revisão integrativa. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 7(1), 1–12. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i1.354>
- Garcia, É. M., Martinelli, K. G., Da Gama, S. G. N., Oliveira, A. E., Esposti, C. D. D., & Neto, E. T. D. S. (2019). Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4633–4642. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.31422017>
- Gianini, L., Roberto, C. A., Attia, E., Walsh, B. T., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Grilo, C. M., Weigel, T., & Sysko, R. (2017). Mild, moderate, meaningful? Examining the psychological and functioning correlates of DSM-5 eating disorder severity specifiers. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 906–916. <https://doi.org/10.1002/eat.22728>
- Gomes, J. S., Van Der Sand, I. C. P., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2021). Cancer during pregnancy: from the diagnosis to the repercussions on the family experience of maternity. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0518>
- Gonçalves, J. L., Fuertes, M., Alves, M. J., Antunes, S., Almeida, A. R., Casimiro, R., & Santos, M. (2020). Maternal pre and perinatal experiences with their full-term, preterm and very preterm newborns. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02934-8>
- Grassley, J. S., Tivis, R., Finney, J., Chapman, S., & Bennett, S. (2018). Evaluation of a Designated Family Bonding Time to Decrease Interruptions and Increase Exclusive Breastfeeding. *Nursing for Women's Health*, 22(3), 219–227. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2018.03.004>
- Guerreiro, C., & Dias, I. (2016). Conceitos básicos de Enfermagem Pré-concepcional. In M. Néné; R. Marques, M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1st ed., pp. 4-6). Lidel.
- Guidelines Review Committee. (2022, March 30). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

- Hagen, I. H., Iversen, V. C., & Svindseth, M. F. (2016). Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatrics*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0631-9>
- Halpern, S. H., & Carvalho, B. (2009). Patient-Controlled Epidural Analgesia for labor. *Anesthesia & Analgesia*, 108(3), 921–928. <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e3181951a7f>
- Hay, P., Girosi, F., & Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0056-0>
- Herculano, M. M. S., De Sousa, V. E. C., Galvão, M. T. G., Caetano, J. Á., & De Castro Damasceno, A. K. (2011). *Aplicação do processo de enfermagem a paciente com hipertensão gestacional fundamentada em orem*. <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/4530>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas vitais 2024*. Instituto Nacional De Estatística. <https://www.ine.pt/>
- Instituto Politécnico de Santarém. (2020). *Regulamento dos mestrados do Instituto Politécnico de Santarém*. (Despacho n.º 6945/2020). Diário da República, 2.ª série. https://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2020/07/DR_06_07_2020_Aprova-o-Regulamento-dos-Mestrados-do-Instituto-Polit%C3%A9cnico-de-Santar%C3%A9m.pdf
- Janas-Kozik, M., Żmijowska, A., Zasada, I., Jelonek, I., Cichoń, L., Siwiec, A., & Wilczyński, K. M. (2021). Systematic Review of Literature on Eating Disorders During Pregnancy—Risk and Consequences for Mother and Child. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.777529>
- Joint Quality Initiative. (2004). Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards. In *Joint Quality Initiative*. https://www.aqu.cat/doc/doc_24496811_1.pdf
- Kahrıman, M., & Köse, G. (2023). Eating disorder in pregnancy: pregorexia. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi/Sağlık Akademisyenler Dergisi*. <https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1339403>
- Kasahara, K., Mimura, T., Moritani, S., Kawasaki, T., Imai, S., Tsuji, S., Kimura, F., & Murakami, T. (2018). Subchondral Insufficiency Fracture of the Femoral Head in a Pregnant Woman with Pre-existing Anorexia Nervosa. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 245(1), 1–5. <https://doi.org/10.1620/tjem.245.1>
- Kheibari, Z. H., Mohammadzadeh, F., Bahri, N., & Askari, F. (2024). The effect of Orem's theory of interventional education on self-care, worry and health practices of

- pregnant women aged 35 years or above, referring to health service centers in Gonabad county, 2024. *Research Square (Research Square)*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4925136/v1>
- Khoirinda, A. (2024). THE OUTCOMES OF EATING DISORDER BEHAVIOR DURING PREGNANCY. *Journal of Psychiatry Psychology and Behavioral Research*, 5(2), 12–16. <https://doi.org/10.21776/ub.jppbr.2024.005.02.3>
- Kimmel, M., Ferguson, E., Zerwas, S., Bulik, C., & Meltzer-Brody, S. (2016). Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 260–275. <https://doi.org/10.1002/eat.22483>
- Krbec, B. A., Zhang, X., Chityat, I., Brady-Mine, A., Linton, E., Copeland, D., Anthony, B. W., Edelman, E. R., & Davis, J. M. (2024). Emerging innovations in neonatal monitoring: a comprehensive review of progress and potential for non-contact technologies. *Frontiers in Pediatrics*, 12. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1442753>
- Laranjo, R. A. (2021, February 28). *Repositório Digital de Publicações Científicas: A vivência da sexualidade durante a gravidez*. <http://hdl.handle.net/10174/29191>
- Lewis, D., & Downe, S. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 9–12. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.019>
- Lima, K. M. D. S. G., Santos, H. J., Pereira, J., Barbosa, L. P., De Matos Cabral, M. C. A., Silva, P. R., De Melo Santos, S. M., & Souza, S. J. G. (2019). Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de alto risco. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(4), 3183–3197. <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-084>
- Linna, M. S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J. M., Suokas, J. T., & Gissler, M. (2014). Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 211(4), 392.e1-392.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.03.067>
- Maastrup, R., Weis, J., Engsig, A. B., Johannsen, K. L., & Zoffmann, V. (2018). ‘Now she has become my daughter’: parents’ early experiences of skin-to-skin contact with extremely preterm infants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 545–553. <https://doi.org/10.1111/scs.12478>
- Machado, D., Almeida, A., & Tavares, J. (2023). Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(2), 47–58. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.236>
- Machado, M. H., & Graça, L. M. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In *Medicina Materno-Fetal* (5th ed., pp. 220–2280). Lidel.

- Machado, P. P., Grilo, C. M., & Crosby, R. D. (2017). Evaluation of the DSM-5 severity indicator for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 25(3), 221–223. <https://doi.org/10.1002/erv.2508>
- Makino, M., Yasushi, M., & Tsutsui, S. (2020). The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03006-7>
- Mantel, Ä., Hirschberg, A. L., & Stephansson, O. (2019). Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 285. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3664>
- Marques, M. D. F. M. (2019). *Decision making from the perspective of nursing students*. <https://www.scielo.br/j/reben/a/bPssB8ShyMvV8CGwgw9YDTm/?lang=en>
- Marshall, J. E., & Raynor, M. D. (2020). *Myles Textbook for Midwives* (17th ed.). Elsevier.
- Martínez-Olcina, M., Rubio-Arias, J. A., Reche-García, C., Leyva-Vela, B., Hernández-García, M., Hernández-Morante, J. J., & Martínez-Rodríguez, A. (2020). Eating Disorders in Pregnant and Breastfeeding Women: A Systematic review. *Medicina*, 56(7), 352. <https://doi.org/10.3390/medicina56070352>
- Mascarenhas, C., Amaral, C. F., Sequeira, A., & Rua, M. (2020). Hemorragia pós-parto/ Atonia uterina. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Súde Materna e Obstétrica* (1st ed., pp. 178–186). Lidel.
- Matos, N. J., De Oliveira, N. B., De Mendonça Figueirêdo Coelho, M., Dodt, R. C. M., & De Jesus Moreira Moura, D. (2015). Percepção e apoio dispensado pelo pai na manutenção do aleitamento materno. *Revista De Enfermagem UFPE on Line*, 9(5), 7819–7825. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i5a10530p7819-7825-2015>
- Mattos, J. C. D. O., & Balsanelli, A. P. (2020). A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Enfermagem Em Foco*, 10(4). <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n4.2618>
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2014). Assistência a Partos Pré-termo por Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Matern e Obstétrica EEESMO. In *Ordem Dos Enfermeiros* (Parecer nº49/2014). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_49_2014_Assistencia_a_Partos_Pre_Termos_por_EESMO.pdf
- Métodos Contraceptivos | Associação para o Planeamento da Família*. (n.d.). <http://www.apf.pt/metodos-contracetivos>
- Ministério de Saúde. (2024). *Unidade Local de Saúde da [REDACTED], E.P.E. Serviço Nacional De Saúde*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/Pages/default.aspx>

- Ministério da Saúde. (2025, May 15). *Prematuridade*. SNS24. <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/saude-da-crianca/prematuridade/>
- Minnick, A. M., Moore, M., Holmes, N., & Allison, K. C. (2024). Prenatal eating disorders and body image disturbance. In *Routledge eBooks* (pp. 196–221). <https://doi.org/10.4324/9781003206903-12>
- Molina, A. S., & Suazo, S. V. (2009). [Applications of Orem's Theory in addressing interventions during pregnancy and climateric]. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 62(4), 613–619. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000400021>
- Netto, J. J. M., Da Conceição Coelho Brito, M., Guedes, M. V. C., De Freitas, M. C., De Fátima Da Silva, L., & Da Silva, L. M. S. (2021). Cuidado Clínico e Cuidado Clínico de Enfermagem: circunscrevendo um novo campo conceitual. *Enfermagem Em Foco*, 12(1). <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2021.v12.n1.4174>
- Nickols-Richardson, S. M. (2018). Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and Binge-Eating Disorder during pregnancy. In *Springer eBooks* (pp. 247–271). https://doi.org/10.1007/978-3-319-90988-2_14
- Nicolli, T., Gehlen, M. H., Ilha, S., Diaz, C. M. G., De Freitas Cáceres Machado, K., & Nietsche, E. A. (2015). Selfcare theory in pregnant women during chemical detoxification from crack: nursing's contributions. *Escola Anna Nery*, 19(3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150055>
- Norén, J., Nyqvist, K. H., Rubertsson, C., & Blomqvist, Y. T. (2018). Becoming a mother – Mothers' experience of Kangaroo Mother Care. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 181–185. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.005>
- Nunes, P. F., Almeida, A., Tavares, M., Gomes, L., & Soares, H. (2024). Advanced practice nursing in Portugal – Where do we stand? *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental E Social*, 10(2). <https://doi.org/10.31211/rpics.2024.10.2.338>
- Nunes, R. D., De Vasconcelos Mapelli, A., Nazário, N. O., Traebert, E., Seemann, M., & Traebert, J. (2019). AVALIAÇÃO DOS FATORES DETERMINANTES à REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA NO PARTO VAGINAL. *Enfermagem Em Foco*, 10(1). <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n1.1399>
- The ESHRE Capri Workshop Group. (2006). Nutrition and reproduction in women. *Human Reproduction Update*, 12(3), 193–207. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmk003>
- Oliveira, A. C., Vicente, A., & Amendoeira, J. (2021). A RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM a PUÉRPERA, RECÉM-NASCIDO e FAMÍLIA EM CONTEXTO DE ALTA HOSPITALAR: UMA SCOPING REVIEW. *Revista Da UI_IPSantarém - Unidade De Investigação Do Instituto Politécnico De Santarém*, 9(1). <https://doi.org/10.25746/ruiips.v9.i1.24828>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Livro de Bolso. Enfermeiros Especialistas em saúde materna e obstétrica/ parteiras*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/mcee-de-sa%C3%BAde-materna-e-obst%C3%A9trica-guias-orientadores-de-boas-praticas-e-outros-documentos-com-interesse-para-a-especialidade/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Programa formativo do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11086/programa_formativo_eesmo_rev11_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento de inscrição, atribuição de títulos e emissão de cédula profissional. In *Ordem Dos Enfermeiros* (Regulamento n.º 392/2018). Diário da República. <https://www.ese.uminho.pt/pt/Quemsomos/Documents/decreto%20lei%20123%20de%2028%20de%20junho.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). REGULAMENTO DA NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. In *Ordem Dos Enfermeiros*. https://www.aper.pt/Ficheiros/Consulta%20P%C3%BAblica/dot_3.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário Da República* (No. 26). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019c). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. In *Diário Da República* (No. 85). Diário da República. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021, July 16). *Regulamento n.º 656/2021. Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros*. Diário Da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Ordem Dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25253/padr%C3%B5es-de-qualidade-mceesmo_vf.pdf
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J.,

- Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71.L
- Peisner, D. B., & Rosen, M. G. (1986). Transição from latent to active labor. In *Obstet Gynecol* (Vol. 68, pp. 448–451).
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista De Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/riv16030>
- Perry, S. E. (2006). O Recém-nascido de risco: Problemas relacionados com idade gestacional. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry (Eds.), *Enfermagem na maternidade* (7th ed., pp. 892–932). Lusodidacta.
- Peters, M. D., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2024). Scoping reviews. In *JBI eBooks*. <https://doi.org/10.46658/jbimes-24-09>
- Pinto, A. C. P., & Mota, L. a. N. (2023). Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: scoping review protocol. *RevSALUS - Revista Científica Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F., & Pires, M. (2021). Estratégias de supervisão clínica. *DOAJ* (DOAJ: Directory of Open Access Journals). <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>
- Pollock, D., Davies, E. L., Peters, M. D. J., Tricco, A. C., Alexander, L., Mclnerney, P., Godfrey, C. M., Khalil, H., & Munn, Z. (2021). Undertaking a scoping review: A practical guide for nursing and midwifery students, clinicians, researchers, and academics. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 2102–2113. <https://doi.org/10.1111/jan.14743>
- Por Tipo de Cuidados, Internamento | Centro Hospitalar [REDACTED]. (n.d.). [https://www.\[REDACTED\].pt/prestacao-de-cuidados/por-tipo/internamento-2/](https://www.[REDACTED].pt/prestacao-de-cuidados/por-tipo/internamento-2/)
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da vinculação ao recém-nascido hospitalizado –revisão scoping. *Enfermería Global*, 21(2), 594–637. <https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>
- Rainaldi, M. A., & Perlman, J. M. (2016). Pathophysiology of birth asphyxia. *Clinics in Perinatology*, 43(3), 409–422. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2016.04.002>
- Rees, S., & Young, A. (2016). The experiences and perceptions of women diagnosed with breast cancer during pregnancy. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 252–258. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.189814>

- Robinson, P., Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2018). Eating disorders and mentalizing. In *Springer eBooks* (pp. 35–49). https://doi.org/10.1007/978-3-319-95121-8_3
- Rocco, P. L., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R. P., & Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, *59*(3), 175–179. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.03.002>
- Schincaglia, C. Y., Santos, G. C. D., Ribeiro, J. A., Figueiredo, R. Y., Menezes, S., Maia, J. S., & Maia, L. F. D. S. (2017). As consequências do uso de ocitócitos durante o parto. *Revista Recien*, *7*(19), 75–82. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.19.75-82>
- Sensos 2021. *O que mudou no seu município em 10 anos?* (n.d.). PORDATA. <https://www.pordata.pt/censos/quadro-resumo-municipios-e-regioes-484>
- Sequeira, A., Freitas, C., Seabra, A., & Correia, T. I. (2020a). Walking epidural. In A. Sequeira, O. Pousa, C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed., pp. 107–113). Lidel.
- Sequeira, A., Prata, A. P., Carreira, T. I., Henriques, C. M. G., & Monteiro, M. J. (2020b). Terceiro estágio de trabalho de parto (dequitação). In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (1st ed., pp. 162–169). Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde. (2025). *Partos e cesarianas nos cuidados de saúde hospitalares*. Serviço Nacional De Saúde. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/analyze/?flg=pt-pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAde+do+Centro&refine.instituicao=Centro+Hospitalar+de+>
- Silva, M. P. (2016). *Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas [Interpersonal relations among nursing staf: fragilities and strengths] [Relación interpersonal del equipo de enfermería: debilidades y fortalezas]* | Silva | *Revista Enfermagem UERJ*. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7657>
- Silva, V. A., & D'Elboux, M. J. (2012). Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, *46*(5), 1221–1226. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000500026>
- Silveira, M. a. M., Da Silva Monte, M. S., Rodrigues, A. R. M., Ferreira, U. R., & De Souza Gomes, L. F. (2023). TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM DURANTE a GRAVIDEZ: APLICABILIDADE PARA o CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM.

- RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, 4(5), e453114.
<https://doi.org/10.47820/recima21.v4i5.3114>
- Simmons, S. W., Cyna, A. M., Dennis, A. T., & Hughes, D. (2007). Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd003401.pub2>
- Sponsler, W., Weatherspoon, C., Weatherspoon, D., & Campbell, D. (2015). Fear of Fatherhood. *International Journal of Childbirth Education*, 30(1), 33–37.
https://www.researchgate.net/profile/Maria-Revell/publication/280880223_The_African_American_Father_Does_Matter_in_Parenting/links/55ca03b808aea2d9bdcfb27c/The-African-American-Father-Does-Matter-in-Parenting.pdf#page=33
- Statistics Portugal - web portal*. (2025, April 29).
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=pi&selTab=tab0
- Suhonen, R., Stolt, M., Gustafsson, M., Katajisto, J., & Charalambous, A. (2014). The associations among the ethical climate, the professional practice environment and individualized care in care settings for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1356–1368. <https://doi.org/10.1111/jan.12297>
- Tan, T. C., Shorey, S., Thilagamangai, Mathews, J., Yu, C. Y., Lim, S. H., Shi, L., Ng, E. D., Chan, Y. H., Law, E., Chee, C., & Chong, Y. S. (2021). Development of a supportive parenting app to improve parent and infant outcomes in the perinatal Period: Development study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(12), e27033. <https://doi.org/10.2196/27033>
- Tierney, S., Fox, J., Butterfield, C., Stringer, E., & Furber, C. (2011). Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1223–1233. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.007>
- Torres, G. D. V., Davim, R. M. B., & Da Nóbrega, M. M. L. (1999). Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 7(2), 47–53. <https://doi.org/10.1590/s0104-11691999000200007>
- Trahan, M., Badeghiesh, A., Baghlafl, H., Picado, J., & Dahan, M. H. (2022). Pregnancy outcomes among women with bulimia nervosa [A217]. *Obstetrics and Gynecology*, 139(1), 63S. <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000826144.91955.c7>
- Tümekaya, M. N., Eroğlu, K., & Karaçam, Z. (2024). The effect of Orem’s Self-Care Deficit Theory–based care during pregnancy and postpartum period on health outcomes:

- A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 30(6). <https://doi.org/10.1111/ijn.13300>
- Tyson, C. (2024). The study of disordered eating in pregnant and postpartum women. In *Advances in psychology, mental health, and behavioral studies (APMHBS) book series* (pp. 66–81). <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-1285-8.ch004>
- UCC [redacted]. (n.d.). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101151/Pages/default.aspx>
- Unidade Local de Saúde da Região [redacted]. (2024, August 5). *ULS em números. Primeiro semestre de 2024*. Unidade Local De Saúde Da Região [redacted]. <https://www.facebook.com/photo/?fbid=122160698924168449&set=a.122110760858168449>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2020). *The Sustainable Development Goals Report 2020* (2020th ed.). United Nations. <https://doi.org/10.18356/214e6642-en>
- USF [redacted] *Vitrius*. (n.d.). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101191/Paginas/default.aspx>
- Varela, V., Amaral, C. F., Santos, M. E., Madruga, C., Ferreira, N., & Ferreira, S. (2020). Diagnóstico de início de trabalho de parto. In A. Sequeira, O. Pousa, C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (1st ed., pp. 75–78).
- Walker, R. E., Choi, T. S., Quong, S., Hodges, R., Truby, H., & Kumar, A. (2020). “It’s not easy” — A qualitative study of lifestyle change during pregnancy. *Women and Birth*, 33(4), e363–e370. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.003>
- Watson, H. J., Zerwas, S., Torgersen, L., Gustavson, K., Diemer, E. W., Knudsen, G. P., Reichborn-Kjennerud, T., & Bulik, C. M. (2017). Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(5), 552–564. <https://doi.org/10.1037/abn0000241>
- World Health Organization. (2017). Optimizing the contributions of the nursing and midwifery workforce to achieve universal health coverage and the Sustainable Development Goals through education, research and practice. *Human Resources for Health Observer*, 22. <https://www.who.int/publications/i/item/978924151>
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. In *World Health Organization* (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=D08262E106E03CA7B0C6E1CEC85AA3D2?sequence=1>

World Health Organization. (2024a, March 14). *Newborn mortality*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

World Health Organization. (2024b). Global patient safety report 2024. In *World Health Organization*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>

APÊNDICES

APÊNDICE I
Síntese Registo de Atividades Práticas

Síntese de Registo de Atividades Práticas/*Registration of Practice Activities*

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/<i>Family Counseling and health promotion</i>	
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/<i>Supervision and care to the pregnant women:</i> <ul style="list-style-type: none"> Exames pré-natais/<i>Prenatal Examinations</i> (100) 	612
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/<i>Supervision and care to the women in labor:</i> <ul style="list-style-type: none"> Partos eutócicos/<i>Eutocic deliveries</i> (40) Participação ativa em partos pélvicos/<i>Active participation in breech deliveries</i> Participação ativa em partos gemelares/<i>Active participation in multiples births</i> Participação ativa noutros partos/<i>Active participation in other type of births</i> Episiotomia/<i>Episiotomy</i> Episiorrafia, perineorrafia/<i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i> 	41
	2
	1
	167
	11
	30
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/<i>Supervision and care to the woman at the risk</i> <ul style="list-style-type: none"> Gravidez/<i>Pregnancy</i> (40) Trabalho de parto/<i>Labor</i> Puerpério/<i>Puerperium</i> 	145
	33
	16
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/<i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	148
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/<i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	139
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/<i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	29
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/<i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	11
Prática simulada/<i>Simulated practice:</i> <ul style="list-style-type: none"> Prática de manobras de Leopold/<i>Leopold's maneuver practice</i> Prática de partos eutócicos/<i>Practice of eutocic births</i> Prática de partos pélvicos/<i>Practice of breech births</i> Prática de distocias de ombros/<i>Shoulder dystocia practice</i> Prática de episiorrafia, perineorrafia/<i>Practice on episiorrhaphy, periniorrhaphy</i> 	X
	X
	X
	X
	X

Santarém, junho de 2025



Estudante/*Student* _____

Assinado por: Ksenia
Stoyanovskaya
Identificação: B130897543
Data: 2025-11-25 às 23:04:49

Professor/*Teacher*

Assinado por: Teresa Margarida
Num. de Identificação: 07026484

Assinado por: Maria da Conceição Fernandes
Santiago

Num. de Identificação: 08560601

Coordenador do curso/*The course coordinator* _____

APÊNDICE II

Projeto individual de estágio

Enfermagem de saúde materna e obstétrica na comunidade

**8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO I**

**PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO I
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE**

Mestranda
Ksénia Stoyanovskaya

8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO I

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE

Mestranda

Ksénia Stoyanovskaya, nº 21040004

Titular de estágio

Sara Palma

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

BSG – Boletim de saúde da grávida

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEES – Escola Superior de Saúde de Santarém

ESMO – Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCEESMO – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

RCEEEESMO – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RN – Recém-nascido

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	
4	
1. PROJETO DE ESTÁGIO.....	5
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

INTRODUÇÃO

O presente projeto individual surge no âmbito da unidade curricular Estágio I – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade, inserida no 1º semestre, 2º ano do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS).

A unidade curricular Estágio I será realizada na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Marinha Grande na Unidade de Saúde Familiar (USF) Vitrius e terá uma duração de 6 semanas, com o respetivo início no dia 16 de janeiro de 2022 e termo no dia 24 de fevereiro de 2023. A supervisão do estágio será realizada pela Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) Cristiana Anéis.

Com a realização do presente documento pretende-se promover o processo de aprendizagem ao longo do Estágio I. Neste sentido serão definidos objetivos específicos, atividades a desenvolver com vista a atingir os mesmos, planeados os recursos a utilizar e respetiva calendarização.

Para definir os objetivos e as atividades a desenvolver ao longo do Estágio I foram considerados como base vários documentos reguladores da prática de enfermagem especializada. Os mesmos são: o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) publicado em Diário da República em fevereiro de 2019; o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) publicado em maio de 2019; Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO) (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2021).

Com base nos domínios de competências e na ficha de unidade curricular (ESSS, 2022) o objetivo geral do ensino clínico consiste na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher na fase da vida reprodutiva / climatério/ menopausa, recém-nascido (RN), família em situação de saúde/doença em diferentes contextos da comunidade.

Assim, prevê-se que no final do Estágio I sejam atingidos seguintes objetivos específicos: i) Identificar a organização e dinâmica da USF/ UCC (estrutura física, dinâmica de funcionamento e protocolos instituídos) e integrar a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados; ii) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período

pré-concepcional; iii) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; iv) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; ; v) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante climatério; vi) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica; vii) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais do domínio melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados; viii) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Todas as intervenções programadas com vista a atingir os objetivos gerais e específicos devem ter em conta os PQCEESMO (OE, 2021) com os seguintes enunciados descritivos: “1) A satisfação da/o(s) cliente(s); 2) A promoção da saúde; 3) A prevenção de complicações; 4) Autocuidado, autocontrolo e mestria; 5) A readaptação funcional às novas condições de saúde; e, 6) A organização dos cuidados” especializados em ESMO (p.8).

Este documento serve de guia orientador para a orientação de aprendizagem individual no decorrer do estágio, constituindo um instrumento de planeamento de raciocínio crítico, e assim, poderá ser mutável, ajustando-se às necessidades que podem surgir ao longo do mesmo.

Projeto Individual de Estágio I
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

1. PROJETO DE ESTÁGIO

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
<p>i) Identificar a organização e dinâmica (estrutura física, dinâmica de funcionamento e protocolos instituídos) e integrar a equipa multidisciplinar a prestação de cuidados na USF/ UCC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da estrutura física e a forma de organização do serviço; • Conhecimento do método de organização da prestação de cuidados e integrar-se na equipa multidisciplinar com o objetivo de prestar cuidados especializados tendo em conta os PQCEESMO • Estabelecimento de uma relação interpessoal assertiva com elementos da equipa multidisciplinar • Manutenção de uma postura ativa, participativa e de interesse com vista a desenvolver uma aprendizagem eficaz • Mobilização de conhecimento sobre as normas da Direção Geral de Saúde, projetos e protocolos específicos de ESMO, tais como, o Programa Nacional para vigilância da Gravidez de Baixo Risco, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (RN), Programa Nacional de vacinação (grávidas e RN); • Tomada de conhecimento sobre os protocolos de referência existentes na instituição, no caso de necessidade de acompanhamento da mulher, RN e família por outros profissionais de saúde • Colaboração com enfermeira cooperante na prestação de cuidados, com vista a aquisição gradual de autonomia • Prestar cuidados na comunidade à população alvo da Marinha Grande na área de saúde materna, obstétrica e ginecológica; • Identificação das necessidades específicas do serviço com vista a implementar um projeto de interesse para o mesmo 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2</p>	<p>Humanos: enfermeira cooperante; Equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: Protocolos de serviço; tecnologias de informação; literatura técnica na área de ESMO</p>	<p>1ª semana</p>

Projeto Individual de Estágio I

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

<p>ii) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-concepcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados com base nos aspetos socioculturais, religiosos, crenças e valores individuais de cada mulher/ casal • Realização de acolhimento à mulher/ casal de forma assertiva e com disponibilidade para que seja estabelecida uma relação de confiança que permita a exploração de dúvidas/ sentimentos e expectativas por parte da mulher/ casal • Realização de consulta de enfermagem com a mulher/ casal de forma a implementar um plano de cuidados de enfermagem individualizado e integrá-los nos cuidados (avaliação inicial; antecedentes pessoais, familiares, história obstétrica e ginecológica, hábitos e estilos de vida; avaliação do estado vacinal de acordo com o PNV; formulação de diagnósticos e focos de enfermagem ativos; intervenções, resultados esperados). Reavaliar e reformular o mesmo de acordo com as necessidades da mulher/ casal • Avaliação do estado psicológico da mulher/casal • Sensibilização para a importância da realização mensal do autoexame da mama. Educação para a correta realização do mesmo e deteção de sinais de alarme • Educação em saúde à mulher/ casal sobre as doenças sexualmente transmissíveis e sua prevenção; • Implementação e prescrição do método contraceptivo personalizado de acordo com as necessidades e preferências de cada mulher/ casal • Entrega e preenchimento do boletim de saúde reprodutiva/ planeamento familiar à mulher/ casal na primeira consulta • Em situação de identificação de patologia que requer intervenção interdependente realizar encaminhamento da mulher/ casal para outros profissionais de saúde 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 2.1, 2.2, 2.3</p>	<p>Humanos: enfermeira cooperante; Equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: Protocolos de serviço; tecnologias de informação; literatura técnica na área de ESMO</p>	
--	---	--	---	--

Projeto Individual de Estágio I

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

	<ul style="list-style-type: none"> • Realização registos de enfermagens • Agendamento de nova consulta 			
<p>iii) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados com base nos aspetos socioculturais, religiosos, crenças e valores individuais de cada mulher/ casal • Realização de acolhimento à mulher/ casal de forma assertiva e com disponibilidade para que seja estabelecida uma relação de confiança que permita a exploração de dúvidas/ sentimentos e expectativas por parte da mulher/ casal • Realização de consulta de enfermagem com uma à grávida/ casal de forma a implementar um plano de cuidados de enfermagem individualizado juntamente com a utente (avaliação inicial (boletim de saúde da grávida (BSG), antecedentes pessoais, familiares, história obstétrica e ginecológica, gravidez atual, gravidezes anteriores, hábitos e estilos de vida; formulação de diagnósticos e focos de enfermagem ativos; intervenções, resultados esperados e avaliação da eficácia das intervenções). Reavaliar e reformular o mesmo ao longo da gravidez de acordo com as necessidades da gestante/ casal • Determinação da idade gestacional e data provável do parto, através da data da última menstruação ou da primeira ecografia; • Sensibilização da mulher/ casal para a importância da vigilância da gravidez; • Identificação de risco gestacional por meio de aplicação da escala de Goodwin modificada • Cooperação na realização dos exames pré-natais e realização dos mesmos • Confirmação da percepção da grávida dos movimentos fetais a partir das 18/20 semanas de gestação. Realização dos respetivos ensinamentos de registo autónomo dos movimentos fetais no BSG a partir das 35 semanas de 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 2.1, 2.2, 2.3</p>	<p>Humanos: Enfermeira Cooperante; equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: balança, fita métrica, glicómetro, esfigmomanómetro, doppler, protocolos de serviço; tecnologias de informação; literatura técnica na área de ESMO</p>	<p>1-6ª semanas de estágio</p>

	<p>gestação</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliação do estado vacinal da grávida. Administração da vacina dTpa• Avaliação da necessidade de administrar Imunoglobulina Anti-D. (Informar grávida/ casal sobre a importância da mesma quando indicada e proceder a administração da mesma após consentimento)• Realização de educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis (realização de exercício físico, cuidados com alimentação alertando para doenças infecciosas como toxoplasmose, ganho ponderal; sexualidade; saúde emocional durante a gravidez; incentivar e apoiar na elaboração do plano de parto; incentivar e esclarecer sobre preparação da mala da maternidade; incentivar a participação nas sessões de preparação para o parto; informar sobre a fisiologia e analgesia do trabalho de parto, exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico).• Identificação de expectativas da grávida/ casal face ao aleitamento materno. Sensibilizar para a sua importância• Esclarecimento da grávida/ casal ao longo da gestação sobre sinais e sintomas de alarme em que a grávida deve procurar serviços de saúde urgentes ou não urgentes• Identificação do estado emocional da grávida/ casal relativamente à gravidez, expectativas, medos• Identificação e avaliação de riscos sociais, materiais, pessoais da grávida/ casal para a receção do RN. Mobilização da equipa multidisciplinar em caso de necessidade de apoio• Assistir e realizar a consulta de pré-curso de preparação para o parto• Assistir e participar no programa de preparação para o parto desenvolvido na UCC			
--	---	--	--	--

Projeto Individual de Estágio I

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

	<ul style="list-style-type: none"> • Agendamento de consulta de enfermagem seguinte • Realização de registos de enfermagem • Realização de sessão de educação para a saúde “Sexualidade na gravidez” inserida no programa de preparação para o parto • Realização de sessão de educação para a saúde “Sexualidade na gravidez” na biblioteca municipal da Marinha Grande para o público interessado (mulheres que planeiam engravidar, grávidas, puérperas) • Elaboração de folheto informativo destinado à utentes sobre a alimentação de grávida na dieta vegetariana 		<p>Tecnologias de informação; literatura técnica na área de ESMO</p>	<p>9 e 14 de fevereiro</p>
<p>iv) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados com base nos aspetos socioculturais, religiosos, crenças e valores individuais de cada mulher/ RN/ casal • Realização do acolhimento da puérpera/RN/casal/família no serviço de Obstetrícia/ Ginecologia do CHL segundo o protocolo do mesmo • Elaboração do plano de cuidados individualizados em conjunto com a puérpera/RN/casal/família com vista a integrar os mesmos nos cuidados • Avaliação da interação da tríade • Identificação do estado emocional da puérpera/ família relativamente ao parto e nascimento, cuidados ao RN, dificuldades e medos face às mudanças • Assistir e realizar a consulta de pré-curso de pós-parto • Sensibilização da puérpera/ casal para a importância da vigilância da puérpera/ recém-nascido /família no período pós-natal • Observação física da puérpera (estado geral, sinais vitais, peso, mamas e mamilos, involução uterina, penso da ferida cirúrgica no caso de cesarianas e episiotomia ou sutura de laceração no caso de parto eutócico, características 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do ESMO: 4.1, 4.2, 4.3</p>	<p>Humanos: Enfermeira Cooperante, equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: tecnologias de informação; literatura técnica na área de ESMO; balança, esfigmomanómetro, material de tratamento de feridas; estetoscópio, craveira, fita métrica, modelo próprio de “Diagnóstico Precoce”; BSG, Boletim de Saúde</p>	<p>1-6ª semanas de estágio</p>

	<p>de lóquios)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação e tratamento da ferida cirúrgica abdominal (cesariana) • Avaliação do RN (estado geral, integridade e coloração cutâneas, coto umbilical, vitalidade, eliminação vesical e intestinal, alimentação, reflexos, cabeça, tronco e membros, genitais, fontanelas, somatometria, interação da mãe/pai com o RN, sensação de conforto, cólicas, estado de higiene do RN) • Realização de rastreio de “Diagnóstico Precoce “no RN • Realização de educação para a saúde sobre sinais de alarme na puérpera/ RN • Promoção do aleitamento materno (Identificar as expectativas da puérpera/ casal relativamente a amamentação. Explicar os benefícios para mãe e RN. Instruir a puérpera/ casal e auxiliar no aleitamento) • Participar ativamente em consulta de apoio a amamentação • Esclarecimento de dúvidas da puérpera/ casal. Validar a compreensão • Realização da promoção de saúde à puérpera/casal sobre sexualidade, alterações físicas e psicológicas no pós-parto • Detecção precoce de sinais e sintomas de complicações no pós-parto, realização de tratamento e/ou encaminhamento adequado (ingurgitamento mamário/mastite, anemia, maceração de mamilos, hemorroidas, incontinência vesical/ intestinal, deiscência da sutura, sinais e sintomas de infecção puerperal, labilidade emocional) • Promoção de apoio em caso de luto após morte fetal/ neonatal. Referenciar a mulher/ casal/ família para apoio psicológico do CHL • Detecção precoce e encaminhamento em caso de situações de alterações 		<p>Infantil/ Juvenil, boletim de vacinas, glicómetro, audiómetro, oxímetro neonatal</p>	
--	---	--	---	--

Projeto Individual de Estágio I

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

	<p>morfológicas e/ou funcionais do RN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de educação para a saúde à puérpera/ casal (alimentação, exercício físico, lactação, sexualidade, cuidados a ferida/ ferida cirúrgica, higiene, parentalidade, procura dos cuidados de saúde, segurança do RN, cuidados ao RN, consulta de revisão pós-parto) • Identificação do estado emocional da puérpera/ casal relativamente parentalidade, expectativas, medos. Mobilização da equipa multidisciplinar em caso de necessidade de apoio • Realizar registos no boletim de saúde Infantil e Juvenil • Realizar registos de enfermagem 			
<p>v) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante climatério</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de acolhimento à mulher forma assertiva e com disponibilidade para que seja estabelecida uma relação de confiança que permita a exploração de dúvidas/ sentimentos face a sua situação de saúde • Realização de consulta de enfermagem com a mulher de forma a implementar um plano de cuidados de individualizado juntamente com a promover o seu papel ativo no autocuidado • Prestação de cuidados com base nos aspetos socioculturais individuais de cada utente • Sensibilização da mulher para a importância da vigilância de saúde geral e ginecológica no período de climatério • Identificação do estado emocional da mulher relativamente às alterações vividas no período do climatério da mulher • Realização do exame físico à mulher • Avaliação o estado vacinal da mulher, de acordo com o PNV 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do ESMO: 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3</p>	<p>Humanos: Enfermeira Cooperante; Equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: tecnologias de informação; literatura técnica na área de ESMO; balança, esfigmomanómetro, espéculo</p>	<p>1-6ª semana de estágio</p>

Projeto Individual de Estágio I

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas da mulher e realizar educação para a saúde, tendo em conta as necessidades individuais • Sensibilização para a importância da realização mensal do autoexame da mama. Educação para a correta realização do mesmo e deteção de sinais de alarme • Fornecimento de informação sobre rastreios que a mulher deve realizar para promover a autovigilância ativa • Identificação de situações desviantes da normalidade do processo de transição e adaptação ao climatério • Realização de registos de enfermagens • Agendamento de nova consulta de enfermagem 			
<p>vi) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e/ ou saúde/doença ginecológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados com base nos aspetos socioculturais, religiosos, crenças e valores individuais de cada mulher/ casal • Realização de acolhimento à mulher forma assertiva e com disponibilidade para que seja estabelecida uma relação de confiança que permita a exploração de dúvidas/ sentimentos face a sua situação de saúde • Realização de consulta de enfermagem com a mulher de forma a implementar um plano de cuidados de individualizado juntamente com a promover o seu papel ativo no autocuidado • Sensibilização da mulher para a importância da vigilância de saúde ginecológica • Avaliação do estado vacinal da mulher • Escuta e esclarecimento de dúvidas da mulher face a sua situação de saúde • Realização da promoção de saúde por meio de educação para a saúde 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do ESMO: 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3</p>	<p>Humanos: Enfermeira Cooperante; Equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: tecnologias de informação; literatura técnica na área de ESMO ; balança, esfigmomanómetro, material de tratamento de feridas; espéculo</p>	<p>1-6ª semanas de estágio</p>

Projeto Individual de Estágio I

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

	<p>(alimentação; exercício físico adequado; autoexame da mama; sexualidade; doenças sexualmente transmissíveis; métodos contraceptivos; prevenção de infeções génito-urinárias, entre outros)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação de situações e comportamentos de risco que possam pôr em causa a saúde. Em caso de necessidade referenciar para outros membros da equipa multidisciplinar • Agendamento de novo contacto se necessário; • Realizar registos de enfermagem 			
vii) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no domínio melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de metodologia e organização dos serviços • Identificação do método de gestão dos cuidados de enfermagem • Colaboração na gestão de recursos humanos e materiais aquando da prestação de cuidados durante a prestação de cuidados • Planeamento e priorização de cuidados • Realização de registos de enfermagem 	Competências comuns do enfermeiro especialista: B1, B2; B3, C1, C2	Humanos: Enfermeira Cooperante; Enfermeira gestora do serviço Humanos: Enfermeira Cooperante	1-6ª semanas de estágio
viii) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em projetos e ações de formação promovidas nos serviços • Aplicação de pensamento crítico reflexivo às experiências ao longo do estágio e nos cuidados de enfermagem realizados • Mobilização de evidência científica para uma prestação de cuidados segura • Consulta diária de fontes bibliográficas acerca de novas aprendizagens, ou para aprofundar / consolidar o conhecimento existente • Reflexão com a enfermeira cooperante sobre a prática diária dos cuidados de enfermagem especializados. Tal como aspetos a manter e aspetos a 	Competências comuns do enfermeiro especialista: B3, D1, D2	Humanos: Enfermeira Cooperante; equipa multidisciplinar; fontes de informação	1-6ª semana de estágio

Projeto Individual de Estágio I
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

	<p>melhorar</p> <ul style="list-style-type: none">• Delineamento metas a atingir semanalmente• Elaboração de relatório de estágio, refletindo nas experiências vivenciadas sobre a prática e qualidade de cuidados			
--	---	--	--	--

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto serviu de base para consciencialização dos objetivos e das estratégias a adotar para alcançar os mesmos. Posteriormente contribuirá para a elaboração de relatório reflexivo do estágio. O alcance dos objetivos traçados dependerá de procura das oportunidades, oportunidades que o próprio local de estágio proporciona e da boa colaboração entre mestranda e enfermeira cooperante.

Assim, a realização do presente projeto contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional ao longo destas 6 semanas de Estágio I. Pretende-se cumprir com as atividades planeadas. Contudo, as mesmas podem vir a ser alteradas de acordo com as oportunidades proporcionadas e aproveitadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2021, May). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 391/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República*, 85(3), 13560–13565. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. (No. 26). Diário da República. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%Aancias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

APÊNDICE III

Projeto individual de estágio

Enfermagem de saúde materna e obstétrica na gravidez, ginecologia e puerpério

8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO II

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO II

ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ, GINECOLOGIA E PUERPÉRIO

Mestranda

Ksénia Stoyanovskaya

8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO II

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ, GINECOLOGIA E PUERPÉRIO

Mestranda

Ksénia Stoyanovskaya, nº 21040004

Titular de estágio

Teresa Margarida Carreira

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

BSG – Boletim de saúde da grávida

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CTG – Cardiotocografia

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEES – Escola Superior de Saúde de Santarém

ESMO – Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCEESMO – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

RCEEEESMO – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RN – Recém-nascido

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	
4	
1. PROJETO DE ESTÁGIO.....	5
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

INTRODUÇÃO

O presente projeto individual surge no âmbito da unidade curricular Estágio II – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez, Ginecologia e Puerpério, inserida no 1º semestre, 2º ano do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS).

A unidade curricular Estágio II, encontra-se repartida em duas áreas. A primeira decorrerá no Serviço de Ginecologia/ Obstetrícia do Hospital Santo André pertencente ao Centro Hospitalar de Leiria (CHL) e terá uma duração de 5 semanas, com o respetivo início no dia 26 de setembro de 2022 e termo no dia 28 de outubro de 2022. A segunda área será desenvolvida na Consulta Externa de Obstetrícia/Ginecologia no mesmo hospital e terá início no dia 31 de outubro de 2022 até 28 de novembro de 2022.

Com a realização do presente documento pretende-se promover o processo de aprendizagem ao longo do Estágio II. Neste sentido serão definidos objetivos específicos, atividades a desenvolver com vista a atingir os mesmos, planeados os recursos a utilizar e respetiva calendarização.

Para definir os objetivos e as atividades a desenvolver ao longo do Estágio II foram considerados como base vários documentos reguladores da prática de enfermagem especializada. Os mesmos são: o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) publicado em Diário da República em fevereiro de 2019; o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) publicado em maio de 2019; Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO) (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2021).

Com base nos domínios de competências e na ficha de unidade curricular (ESSS, 2022) o objetivo geral do ensino clínico consiste na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher na fase da vida reprodutiva / climatério/ menopausa, recém-nascido (RN), família em situação de saúde/doença em diferentes contextos da comunidade.

Assim, prevê-se que no final do Estágio II sejam atingidos seguintes objetivos específicos: i) Identificar a organização e dinâmica do Serviço e de Ginecologia e Obstetrícia/ Consulta Externa (estrutura física, dinâmica de funcionamento e protocolos instituídos) e integrar a equipa multidisciplinar a prestação de cuidados; ii) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e

relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; iii) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; iv) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e/ ou saúde/doença ginecológica; v) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no domínio melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados; vi) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Todas as intervenções programadas com vista a atingir os objetivos gerais e específicos devem ter em conta os PQCEESMO (OE, 2021) com os seguintes enunciados descritivos: “1) A satisfação da/o(s) cliente(s); 2) A promoção da saúde; 3) A prevenção de complicações; 4) Autocuidado, autocontrolo e mestria; 5) A readaptação funcional às novas condições de saúde; e, 6) A organização dos cuidados” especializados em ESMO (p.8).

Salienta-se o facto deste documento ser desenvolvido no decorrer do estágio, constituindo um instrumento de orientação e de planeamento de raciocínio crítico, e assim, poder ser mutável, ajustando-se às necessidades que podem surgir ao longo do mesmo.

3. PROJETO DE ESTÁGIO

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
i) Identificar a organização e dinâmica do Serviço e de Ginecologia e Obstetrícia/ Consulta Externa (estrutura física, dinâmica de funcionamento e protocolos instituídos) e integrar a equipa multidisciplinar a prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da estrutura física e a forma de organização do serviço; • Conhecimento do método de organização da prestação de cuidados e integrar-se na equipa multidisciplinar com o objetivo de prestar cuidados especializados tendo em conta os PQCEESMO • Estabelecimento de uma relação interpessoal assertiva com elementos da equipa multidisciplinar • Manutenção de uma postura ativa, participativa e de interesse com vista a desenvolver uma aprendizagem eficaz • Mobilização de conhecimento sobre as normas da Direção Geral de Saúde, projetos e protocolos específicos de ESMO, tais como, o Programa Nacional para vigilância da Gravidez de Baixo Risco, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (RN), Programa Nacional de vacinação (grávidas e RN); • Tomada de conhecimento sobre os protocolos de referência existentes nas instituições, no caso de necessidade de acompanhamento da mulher, RN e família por outros profissionais de saúde • Colaboração com enfermeira cooperante na prestação de cuidados, com vista a aquisição gradual de autonomia • Identificação das necessidades específicas do serviço com vista a implementar um projeto de interesse para o mesmo 	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2	Humanos: enfermeira cooperante; Equipa multidisciplinar Materiais: Protocolos de serviço; tecnologias de informação; literatura técnica na área de ESMO	1ª (Serviço de Ginecologia e Obstetrícia) 6ª (Consulta Externa) semanas de estágio
ii) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados com base nos aspetos socioculturais, religiosos, crenças e valores individuais de cada mulher/ casal • Realização de acolhimento à mulher/ casal de forma assertiva e com 	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1,	Humanos: Enfermeira Cooperante; equipa	7-10ª semanas de estágio

Projeto Individual de Estágio II
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez, Ginecologia e Puerpério

<p>prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal</p>	<p>disponibilidade para que seja estabelecida uma relação de confiança que permita a exploração de dúvidas/ sentimentos e expectativas por parte da mulher/ casal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de consulta de enfermagem com uma à grávida/ casal de forma a implementar um plano de cuidados de enfermagem individualizado juntamente com a utente (avaliação inicial (boletim de saúde da grávida (BSG), antecedentes pessoais, familiares, história obstétrica e ginecológica, gravidez atual, gravidezes anteriores, hábitos e estilos de vida; formulação de diagnósticos e focos de enfermagem ativos; intervenções, resultados esperados e avaliação da eficácia das intervenções). Reavaliar e reformular o mesmo ao longo da gravidez de acordo com as necessidades da gestante/ casal • Determinação da idade gestacional e data provável do parto, através da data da última menstruação ou da primeira ecografia; • Sensibilização da mulher/ casal para a importância da vigilância da gravidez; • Identificação de risco gestacional por meio de aplicação da escala de Goodwin modificada • Cooperação na realização dos exames pré-natais e realização dos mesmos • Avaliação do bem-estar materno-fetal • Confirmação da percepção da grávida dos movimentos fetais a partir das 18/20 semanas de gestação. Realização dos respetivos ensinamentos de registo autónomo dos movimentos fetais no BSG a partir das 35 semanas de gestação • Avaliação do estado vacinal da grávida • Avaliação da necessidade de administrar Imunoglobulina Anti-D. (Informar grávida/ casal sobre a importância da mesma quando indicada e proceder a 	<p>A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 2.1, 2.2, 2.3</p>	<p>multidisciplinar</p> <p>Materiais: balança, fita métrica, glicómetro, esfigmomanómetro, doppler, BSG, computador</p>	
--	---	--	---	--

Projeto Individual de Estágio II
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez, Ginecologia e Puerpério

	<p>administração da mesma após consentimento)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis (realização de exercício físico, cuidados com alimentação alertando para doenças infecciosas como toxoplasmose, ganho ponderal; sexualidade; saúde emocional durante a gravidez; incentivar e apoiar na elaboração do plano de parto; incentivar e esclarecer sobre preparação da mala da maternidade; incentivar a participação nas sessões de preparação para o parto; informar sobre a fisiologia e analgesia do trabalho de parto, exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico). • Identificação de expectativas da grávida/ casal face ao aleitamento materno. Sensibilizar para a sua importância • Esclarecimento da grávida/ casal ao longo da gestação sobre sinais e sintomas de alarme em que a grávida deve recorrer ao serviço de urgência ginecológica e obstétrica • Colaboração com outros profissionais e prestação de cuidados de enfermagem a grávidas com patologia associada; • Identificação do estado emocional da grávida/ casal relativamente à gravidez, expectativas, medos • Identificação e avaliação de riscos sociais, materiais, pessoais da grávida/ casal para a receção do RN. Mobilização da equipa multidisciplinar em caso de necessidade de apoio • Assistência de consultas de interrupção voluntária da gravidez • Agendamento de consulta de enfermagem seguinte • Realização de registos de enfermagem 			
iii) Desenvolver competências	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados com base nos aspetos socioculturais, religiosos, 	Competências comuns do	Humanos: Enfermeira	2-5ª semanas

Projeto Individual de Estágio II
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez, Ginecologia e Puerpério

<p>cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal</p>	<p>crenças e valores individuais de cada mulher/ RN/ casal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização do acolhimento da puérpera/RN/casal/família no serviço de Obstetrícia/ Ginecologia do CHL segundo o protocolo do mesmo • Elaboração do plano de cuidados individualizados em conjunto com a puérpera/RN/casal/família com vista a integrar os mesmos nos cuidados • Integração da tríade • Identificação do estado emocional da puérpera/ família relativamente ao parto e nascimento, cuidados ao RN, dificuldades e medos face às mudanças • Sensibilização da puérpera/ casal para a importância da vigilância da puérpera/ recém-nascido /família no período pós-natal • Observação física da puérpera (estado geral, sinais vitais, peso, mamas e mamilos, involução uterina, penso da ferida cirúrgica no caso de cesarianas e episiotomia ou sutura de laceração no caso de parto eutócico, lóquios, eliminação vesical e intestinal e existência de edemas e varizes) • Avaliação e tratamento da ferida cirúrgica abdominal (cesariana) • Avaliação do RN (estado geral, integridade e coloração cutâneas, coto umbilical, vitalidade, eliminação vesical e intestinal, alimentação, reflexos, cabeça, tronco e membros, genitais, fontanelas, avaliação de peso, comprimento e perímetro cefálico, interação da mãe/pai com o RN, sensação de conforto, cólicas, estado de higiene do RN) • Realização da somatometria, rastreio auditivo (Otoemissões Acústicas), rastreio de cardiopatias congénitas por oximetria de pulso, administrar as vacinas antes da alta clínica do RN • Realização de rastreio de “Diagnóstico Precoce”, entre o 3º e 6º dias de vida, em RN que se mantenham internados 	<p>enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do ESMO: 4.1, 4.2, 4.3</p>	<p>Cooperante, equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: balança, esfigmomanómetro, material de tratamento de feridas; estetoscópio, craveira, fita métrica, modelo próprio de “Diagnóstico Precoce”; BSG, Boletim de Saúde Infantil/ Juvenil, boletim de vacinas, glicómetro, audiómetro, oxímetro neonatal</p>	<p>de estágio</p>
--	---	---	--	-------------------

Projeto Individual de Estágio II
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez, Ginecologia e Puerpério

	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de educação para a saúde sobre sinais de alarme na puérpera/ RN • Promoção do aleitamento materno (Identificar as expectativas da puérpera/ casal relativamente a amamentação. Explicar os benefícios para mãe e RN. Instruir a puérpera/ casal e auxiliar no aleitamento) • Esclarecimento de dúvidas da puérpera/ casal. Validar a compreensão • Realização da promoção de saúde à puérpera/casal sobre sexualidade, alterações físicas e psicológicas no pós-parto • Detecção precoce de sinais e sintomas de complicações no pós-parto, realização de tratamento e/ou encaminhamento adequado (ingurgitamento mamário/mastite, anemia, maceração de mamilos, hemorroidas, incontinência vesical/ intestinal, deiscência da sutura, sinais e sintomas de infecção puerperal, labilidade emocional) • Promoção de apoio em caso de luto após morte fetal/ neonatal. Referenciar a mulher/ casal/ família para apoio psicológico do CHL • Detecção precoce e encaminhamento em caso de situações de alterações morfológicas e/ou funcionais do RN • Realização de educação para a saúde à puérpera/ casal conforme protocolo de serviço (alimentação, exercício físico, lactação, sexualidade, cuidados a ferida/ ferida cirúrgica, higiene, parentalidade, procura dos cuidados de saúde, segurança do RN, cuidados ao RN, encaminhamento para consulta de enfermeira do centro de saúde, consulta de revisão pós-parto) • Identificação do estado emocional da puérpera/ casal relativamente parentalidade, expectativas, medos. Mobilização da equipa multidisciplinar em caso de necessidade de apoio • Realizar registos no BSG/ Boletim de saúde Infantil e Juvenil 		
--	--	--	--

Projeto Individual de Estágio II
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez, Ginecologia e Puerpério

	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar registos de enfermagem 			
<p>iv) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e/ ou saúde/doença ginecológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados com base nos aspetos socioculturais, religiosos, crenças e valores individuais de cada mulher/ casal • Realização de acolhimento à mulher forma assertiva e com disponibilidade para que seja estabelecida uma relação de confiança que permita a exploração de dúvidas/ sentimentos face a sua situação de saúde • Realização de consulta de enfermagem com a mulher de forma a implementar um plano de cuidados de individualizado juntamente com a promover o seu papel ativo no autocuidado • Sensibilização da mulher para a importância da vigilância de saúde ginecológica • Avaliação do estado vacinal da mulher • Escuta e esclarecimento de dúvidas da mulher face a sua situação de saúde • Realização da promoção de saúde por meio de educação para a saúde (alimentação; exercício físico adequado; autoexame da mama; sexualidade; doenças sexualmente transmissíveis; métodos contraceptivos; prevenção de infeções génito-urinárias, entre outros) • Observação e colaboração em consultas, exames e tratamentos • Identificação de situações e comportamentos de risco que possam pôr em causa a saúde. Em caso de necessidade referenciar para outros membros da equipa multidisciplinar • Agendamento de novo contacto se necessário; • Realizar registos de enfermagem 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do ESMO: 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3</p>	<p>Humanos: Enfermeira Cooperante; Equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: balança, esfigmomanómetro, material de tratamento de feridas; espéculo; recipiente com meio líquido</p>	<p>7-10ª semanas de estágio</p>

Projeto Individual de Estágio II
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez, Ginecologia e Puerpério

	<p>melhorar</p> <ul style="list-style-type: none">• Delineamento metas a atingir semanalmente• Elaboração de relatório de estágio, refletindo nas experiências vivenciadas sobre a prática e qualidade de cuidados			
--	---	--	--	--

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto serviu de base para consciencialização dos objetivos e das estratégias a adotar para alcançar os mesmos. Posteriormente contribuirá para a elaboração de relatório reflexivo do estágio. O alcance dos objetivos traçados dependerá de procura das oportunidades, oportunidades que o próprio local de estágio proporciona e da boa colaboração entre mestranda e enfermeira cooperante.

Assim, a realização do presente projeto contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional ao longo destas 10 semanas de Estágio II. Pretende-se cumprir com as atividades planeadas. Contudo, as mesmas podem vir a ser alteradas de acordo com as oportunidades proporcionadas e aproveitadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2021, May). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 391/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República*, 85(3), 13560–13565. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. (No. 26). Diário da República. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

APÊNDICE IV
Projeto individual de estágio
Enfermagem de saúde materna e obstétrica em neonatologia

Escola Superior de Saúde de Santarém

ESTÁGIO III ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA EM NEONATOLOGIA

Projeto individual de estágio

Mestrado em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ksénia Stoyanovskaya

Orientação:

Maria da Conceição Santiago

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEES – Escola Superior de Saúde de Santarém

ESMO – Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCEESMO – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

RCEEEESMO – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RN – Recém-nascido

UCEP – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Pediátricos

INTRODUÇÃO	
4	
1. PROJETO DE ESTÁGIO.....	5
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

O presente projeto individual surge no âmbito da unidade curricular Estágio III – Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica Em Neonatologia, inserida no 1º semestre, 2º ano do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS).

A unidade curricular Estágio III será desenvolvida na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Pediátricos (UCEP) do Centro Hospitalar de Leiria e terá uma duração de quatro semanas, com o respetivo início no dia 5 de dezembro de 2022 e termo no dia 13 de janeiro de 2022.

Com a realização do presente documento pretende-se promover o processo de aprendizagem ao longo do Estágio III. Neste sentido serão definidos objetivos específicos, atividades a desenvolver com vista a atingir os mesmos, planeados os recursos a utilizar e respetiva calendarização.

Para definir os objetivos e as atividades a desenvolver ao longo do Estágio III foram considerados como base vários documentos reguladores da prática de enfermagem especializada. Os mesmos são: o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) publicado em Diário da República em fevereiro de 2019; o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) publicado em maio de 2019; Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO) (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2021).

Com base nos domínios de competências e na ficha de unidade curricular (ESSS, 2022) o objetivo geral do ensino clínico consiste na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher na fase da vida reprodutiva / climatério/ menopausa, recém-nascido (RN), família em situação de saúde/doença em diferentes contextos da comunidade. No entanto, em contexto de estágio desenvolvido na UCEP a maior ênfase será dada ao RN e sua família (triade) numa situação de doença, ou seja, de risco.

Assim, prevê-se que no final do Estágio III sejam atingidos seguintes objetivos específicos:

- i) Identificar a organização e dinâmica do Serviço UCEP (estrutura física, dinâmica de funcionamento e protocolos instituídos) e integrar a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados; ii) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados

especializados em enfermagem ESMO ao RN/ família (tríade) promovendo cuidados nas situações de doença/RN com processos desenvolvimentais especiais; iii) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no domínio melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados; iv) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Todas as intervenções programadas com vista a atingir os objetivos gerais e específicos devem ter em conta os PQCEESMO (OE, 2021) com os seguintes enunciados descritivos: “1) A satisfação da/o(s) cliente(s); 2) A promoção da saúde; 3) A prevenção de complicações; 4) Autocuidado, autocontrolo e mestria; 5) A readaptação funcional às novas condições de saúde; e, 6) A organização dos cuidados” especializados em ESMO (p.8).

Salienta-se o facto deste documento ser desenvolvido no decorrer do estágio, constituindo um instrumento de orientação e de planeamento de raciocínio crítico, e assim, poder ser mutável, ajustando-se às necessidades que podem surgir ao longo do mesmo.

5. PROJETO DE ESTÁGIO

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
i) Identificar a organização e dinâmica do Serviço UCEP (estrutura física, dinâmica de funcionamento e protocolos instituídos) e integrar a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da estrutura física e a forma de organização do serviço; • Conhecimento do método de organização da prestação de cuidados e integrar-se na equipa multidisciplinar com o objetivo de prestar cuidados especializados tendo em conta os PQCEESMO • Estabelecimento de uma relação interpessoal assertiva com elementos da equipa multidisciplinar • Manutenção de uma postura ativa, participativa e de interesse com vista a desenvolver uma aprendizagem eficaz • Mobilização de conhecimento sobre as normas da Direção Geral de Saúde, projetos e protocolos específicos de ESMO, tais como, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (RN), Programa Nacional de vacinação (grávidas e RN); • Tomada de conhecimento sobre os protocolos de referência existentes nas instituições, no caso de necessidade de acompanhamento da mulher, RN e família por outros profissionais de saúde • Colaboração com enfermeira cooperante na prestação de cuidados ao RN/ família / tríade, com vista a aquisição gradual de autonomia • Identificação das necessidades específicas do serviço com vista a implementar um projeto de interesse para o mesmo 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 4.1, 4.2, 4.3</p>	<p>Humanos: enfermeira cooperante; Equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: Protocolos de serviço; tecnologias de informação; literatura técnica na área de ESMO</p>	1ª semana de estágio
ii) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados com base nos aspetos socioculturais, religiosos, crenças e valores individuais de cada mulher/ casal • Realização de acolhimento ao RN e seu cuidador de forma assertiva e com 	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1,	Humanos: Enfermeira Cooperante; equipa	Ao longo de estágio

<p>prestar cuidados especializados em enfermagem ESMO ao RN/ família (triáde) promovendo cuidados nas situações de doença/RN com processos desenvolvimentais especiais</p>	<p>disponibilidade para que seja estabelecida uma relação de confiança com o cuidador, que permita a exploração de dúvidas/ sentimentos e expectativas face ao processo de internamento do RN por meio de uma comunicação eficaz e assertiva, adequada a cada mãe/ pai/ cuidador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização e implementação do processo de enfermagem juntamente com o cuidador (-es) do RN • Identificação de expectativas da mãe/ casal face ao aleitamento materno do RN de risco. Sensibilizar para a sua importância • Colaboração com outros profissionais e prestação de cuidados de enfermagem ao RN doente e sua família • Conhecimento e manejo da ventilação mecânica no RN • Preparação e administração de terapêutica prescrita • Observação e colaboração na realização de exames complementares de diagnóstico • Promoção do contacto pele a pele com o RN (método “Canguru”) • Identificação do estado emocional do casal/ cuidador ao longo do internamento do RN • Identificação e avaliação de riscos sociais, materiais, pessoais do casal para a receção do RN após alta. Mobilização da equipa multidisciplinar em caso de necessidade de apoio • Preparação da família/ cuidador para alta do RN (capacitação dos pais/ cuidador para cuidar do RN com processos desenvolvimentais especiais) • Realização de registos de enfermagem 	<p>A2, B1, B2, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 4.1, 4.2, 4.3</p>	<p>multidisciplinar</p> <p>Materiais: todo o material disponível no espaço físico da UCEP</p>	
<p>iii) Desenvolver competências</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de metodologia e organização do serviço UCEP (identificação do método de gestão de cuidados de enfermagem; identificação dos rácios 	<p>Competências comuns do</p>	<p>Humanos: Enfermeira</p>	<p>Ao longo das semanas de</p>

<p>cognitivas, técnicas e relacionais no domínio melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados</p>	<p>da equipa de enfermagem; identificação dos meios técnicos, materiais e humanos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboração na gestão de recursos humanos e materiais aquando da prestação de cuidados • Planeamento e priorização de cuidados • Realização de registos de enfermagem em impressos próprios segundo normas do CHL e do serviço em particular 	<p>enfermeiro especialista: B1, B3, C1, C2</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 4.1, 4.2, 4.3</p>	<p>Cooperante; Enfermeira gestora do serviço</p> <p>Humanos: Enfermeira Cooperante; Enfermeira gestora, Enfermeiros do serviço</p>	<p>estágio</p>
<p>iv) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em projetos e ações de formação promovidas no serviço • Aplicação de pensamento crítico reflexivo às experiências ao longo do estágio e nos cuidados de enfermagem realizados • Mobilização de evidência científica para uma prestação de cuidados segura • Consulta diária de fontes bibliográficas acerca de novas aprendizagens, ou para aprofundar / consolidar o conhecimento existente • Reflexão com as enfermeiras cooperantes sobre a prática diária dos cuidados de enfermagem especializados. Tal como aspetos a manter e aspetos a melhorar • Delineamento metas a atingir semanalmente • Elaboração de relatório de estágio, refletindo nas experiências vivenciadas sobre a prática e qualidade de cuidados 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: B1; B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 4.1, 4.2, 4.3</p>	<p>Humanos: Enfermeira Cooperante; equipa multidisciplinar; fontes de informação</p>	<p>Ao longo das semanas de estágio</p>

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto serviu de base para consciencialização dos objetivos e das estratégias a adotar para alcançar os mesmos. Posteriormente contribuirá para a elaboração de relatório reflexivo do estágio. O alcance dos objetivos traçados dependerá de procura das oportunidades, oportunidades que o próprio local de estágio proporciona e da boa colaboração entre mestranda e enfermeira cooperante.

Assim, a realização do presente projeto contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional ao longo destas quatro semanas de Estágio III. Pretende-se cumprir com as atividades planeadas. Contudo, as mesmas podem vir a ser alteradas de acordo com as oportunidades proporcionadas e aproveitadas.

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2021, May). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 391/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República*, 85(3), 13560–13565. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. (No. 26). Diário da República. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

APÊNDICE V

Projeto individual de estágio

Estágio e relatório em enfermagem de saúde materna e obstétrica na sala de partos

Escola Superior de Saúde de Santarém

**ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE
PARTOS**

Projeto individual de estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ksénia Stoyanovskaya

Orientação

Teresa Margarida Inácio Silva Carreira

CTG - Cardiotocografia

BSG – Boletim de saúde da grávida

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

FCF – Frequência cardíaca fetal

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCEESMO – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

RCEEEESMO – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RN – Recém-nascido

SP – Sala de partos

TP – Trabalho de parto

UOG – Urgência obstétrica e ginecológica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER.....	6
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

INTRODUÇÃO

O presente projeto individual surge no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em contexto de Sala de Partos (SP), inserida no 2º ano do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém.

O estágio em contexto de SP será desenvolvido num hospital de apoio perinatal de Nível I. Com o respetivo início no dia 27 de janeiro de 2024 e termo no dia 12 de maio de 2024. O mesmo terá uma carga horária de 500 horas.

A supervisão de estágio será realizada por Enfermeira com grau académico de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO).

Com a realização do presente documento pretende-se promover o processo de aprendizagem ao longo do Estágio IV. Neste sentido serão definidos objetivos gerais e específicos, atividades a desenvolver com vista a atingir os mesmos, planeados os recursos a utilizar e respetiva calendarização.

Para definir os objetivos e as atividades a desenvolver ao longo do Estágio IV foram considerados como base vários documentos reguladores da prática de enfermagem especializada. Tais como: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) publicado em Diário da República em fevereiro de 2019; Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) publicado em maio de 2019; Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO) (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2021).

Com base nos domínios de competências e na ficha de unidade curricular (Escola Superior de Saúde de Santarém, 2023) foram definidos os objetivos gerais e específicos para o contexto de estágio na SP. Assim, os objetivos gerais englobam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e recém-nascido (RN) em situação de saúde e doença; na integração de equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e RN em situação de saúde e doença; promoção da vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com o TP e parto ao nível dos cuidados hospitalares.

Quanto aos objetivos específicos, os mesmos serão os seguintes: 1) Integrar a equipa multidisciplinar na SP; 2) Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados na admissão/ acolhimento da mulher/família; 3) Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à parturiente/família durante os quatro estádios do TP; 4) Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados imediatos ao Recém-Nascido de risco;

5) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no domínio melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados; 6) Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Todas as intervenções programadas com vista a atingir os objetivos gerais e específicos devem ter em conta os PQCEESMO (OE, 2021) com os seguintes enunciados descritivos: “1) A satisfação da/o(s) cliente(s); 2) A promoção da saúde; 3) A prevenção de complicações; 4) Autocuidado, autocontrolo e mestria; 5) A readaptação funcional às novas condições de saúde; e, 6) A organização dos cuidados” especializados em ESMO (p.8).

Este documento serve de guia orientador para a orientação de aprendizagem individual no decorrer do estágio, constituindo um instrumento de planeamento de raciocínio crítico e documento de apoio para a elaboração do relatório final, e assim, poderá ser mutável, ajustando-se às necessidades que podem surgir.

O documento encontra-se estruturado da seguinte forma: introdução, objetivos específicos e atividades a desenvolver, considerações finais, bibliografia.

7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
1. Integrar a equipa multidisciplinar da SP	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação à enfermeira gestora do serviço e à enfermeira cooperante • Conhecimento da estrutura física e a forma de organização do serviço • Conhecimento do método de organização da prestação de cuidados de enfermagem e integração na equipa multidisciplinar com o objetivo de prestar cuidados especializados tendo em conta os PQCEESMO • Conhecimento da dinâmica organizacional do serviço, nomeadamente gestão de recursos humanos e materiais na prestação de cuidados à grávida/parturiente/ RN/ mulher com doença ginecológica em vários contextos do serviço (Urgência obstétrica e ginecológica (UOG), SP, Recobro) • Compreensão de articulação entre o SP e restantes serviços • Conhecimento dos documentos do serviço (SP e que orientam a prática clínica diária (normas e protocolos internos, manual de integração de novos elementos, objetivos do serviço na instituição) • Estabelecimento de uma relação interpessoal assertiva com elementos da equipa multidisciplinar • Manutenção de uma postura ativa, participativa e de interesse com vista a desenvolver uma aprendizagem eficaz • Mobilização de conhecimento sobre as Recomendações da Organização Mundial da Saúde sobre “Cuidados durante o parto para uma experiência de parto positiva” • Tomada de conhecimento sobre os protocolos de referência existentes 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2</p> <p>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO): 2.1, 2.2, 2.3</p>	<p>Humanos: enfermeira cooperante; Equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: Protocolos de serviço; tecnologias de informação; literatura técnica na área de ESMO</p>	1ª semana (27/01/2024 – 04/02/2024)

	<p>na instituição, no caso de necessidade de acompanhamento da mulher, RN e família por outros profissionais de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboração com enfermeira cooperante na prestação de cuidados à mulher grávida/ parturiente/ puérpera e RN, com vista a aquisição gradual de autonomia na SP e recobro • Identificação das necessidades específicas do serviço com vista a implementar um projeto de interesse para o mesmo • Identificação e compreensão das intervenções autónomas e de intervenções interdependentes do EEESMO no SP 			
<p>2. Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados na admissão/ acolhimento da mulher/família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de uma relação profissional assertiva e de confiança com mulher/casal/família • Realização de anamnese que caracterize a situação com recurso às diferentes fontes de informação em diferentes contextos: UOG, SP, recobro • Estabelecimento de prioridades de acordo com cada situação identificada • Planeamento dos cuidados de acordo com as prioridades identificadas envolvendo a mulher/ casal/ família • Execução dos cuidados de enfermagem especializados de acordo com os princípios científicos inerentes, promovendo a independência da mulher/casal/família: <ul style="list-style-type: none"> • Admissão da mulher grávida/ casal/ família na UGO: - avaliação de sinais de início de trabalho de parto (TP); - esclarecimento sobre os procedimentos a efetuar; - avaliação da história obstétrica; - conhecimento de antecedentes pessoais e 	<p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 2; 3.1; 3.2; 3.3</p>	<p>Humanos: Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: Protocolos de serviço; tecnologias de informação; literatura técnica na área de ESMO; equipamento de serviço</p>	<p>29/01/2024 – 12/05/2024</p>

	<p>familiares; - determinação da idade gestacional; - consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG), exames laboratoriais e imagiológicos; - realização de exame obstétrico e avaliação do bem-estar materno-fetal (Manobras de Leopold, Realização e avaliação de cardiotocografia (CTG), avaliação dos sinais vitais da mulher grávida); - encaminhamento da mulher para a sala de dilatação caso se encontre em TP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admissão da mulher grávida/ casal/ família na SP: - apresentação da mulher à EEESMO que irá prestar cuidados em TP; - apresentação à mulher o espaço físico da SP; - identificação do acompanhante durante o TP apresentando o circuito do serviço; - realização de anamnese à mulher/ casal/ família com vista a identificar razão de admissão na sala de dilatação da SP, antecedentes obstétricos, fatores de risco, motivação para o TP, boletim de saúde da grávida (BSG), confirmação da idade gestacional; - avaliação do bem-estar materno-fetal por meio de realização de CTG; - realização de toque vaginal se não houver contraindicações com o objetivo de avaliação das características do colo uterino, características da membrana amniótica, características do líquido amniótico em caso de rotura de membranas, avaliação das características da bacia, de avaliação apresentação, situação atitude e posição fetal, entre outros aspetos • Avaliação as respostas da mulher/casal/ família às intervenções implementadas • Realização de registos de enfermagem no programa informático e documentos em papel 			
<p>3. Desenvolver competências científicas, técnicas e</p>	<p><u>1º estágio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento da mulher e acompanhante na sala de dilatação 	<p>Competências Comuns do Enfermeiro</p>	<p>Humanos: Enfermeira cooperante, equipa</p>	<p>29/01/2024 – 12/05/2024</p>

<p>relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à parturiente/família durante os quatros estádios do TP</p>	<p>(apresentação dos profissionais envolvidos e espaço físico); preservação da privacidade e de sigilo profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de avaliação inicial com recurso a várias fontes disponíveis, com vista a elaborar um plano de cuidados em conjunto com a mulher/ casal/ família, tendo em vista uma visão holística da pessoa e cuidado humanizado • Identificação das necessidades especiais da mulher/ casal/ família (barreira linguística, possíveis limitações físicas, plano de parto, entre outras) • Identificação e avaliação da fase latente do trabalho de parto • Identificação do início da fase ativa do TP • Vigilância da progressão do TP promovendo o bem-estar materno-fetal • Identificação e implementação de técnicas não farmacológicas de alívio de (diminuição de estímulos visuais e auditivos, diminuição de focos de luz, bola de pilates, duche, musicoterapia, alternância de posicionamento da grávida, massagem, entre outros)) • Vigilância do TP <ul style="list-style-type: none"> • Realização de exame físico com vista a avaliar o bem-estar materno-fetal (coloração da pele, presença de edemas, índice de massa corporal e sinais vitais); realização de exame obstétrico (avaliação da apresentação, da posição e da atitude fetal com recurso a Manobras de Leopold). Avaliação do padrão da contratilidade uterina e dos batimentos cardíacos fetais (BCF), tal como a correlação dos mesmos por meio de CTG. Realização do exame vaginal (dilatação e o apagamento do colo de útero, membrana amniótica, posição, variedade e plano de apresentação 	<p>Especialista – A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 3.1; 3.2; 3.3</p>	<p>multidisciplinar</p> <p>Materiais: Protocolos de serviço; tecnologias de informação; literatura técnica na área de ESMO; equipamento de serviço</p>	
--	--	---	--	--

	<p>fetal, características da bacia, presença de lesões vulvares)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a micção espontânea de 2 em 2 horas, caso a mulher não consiga efetuar esvaziamento vesical • Observação das características do líquido amniótico • Administração da terapêutica medicamentosa prescrita • Vigilância e avaliação da progressão do TP • Identificação do início do 2º estadio do TP • Inclusão do acompanhante no processo de cuidados por meio de incentivo na participação ativa no TP • Tomada de decisão sobre a transferência da mulher para a sala de partos • Realização de registos <p><u>2º estágio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificação de espaço físico, recursos materiais para o TP • Preparação do reanimador neonatal aquecido • Acompanhar a mulher para a sala de partos com o acompanhante por si designado, tendo em vista aspetos culturais, étnicos, religiosos • Manter as técnicas não farmacológicas de alívio de dor e colaborar nas técnicas de alívio de dor com recurso a fármacos (colaboração na colocação do cateter epidural, administração de fármacos antiálgicos por via endovenosa) e não farmacológicas por meio de intervenções autónomas 			
--	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmação da estática fetal • Monitorização do bem-estar fetal com recurso a CTG intermitente • Implementação procedimentos prévios à expulsão: • Avaliação dos esforços expulsivos da mulher • Incentivo verbal da mulher para a realização das manobras de expulsão e avaliação da sua eficácia • Avaliação da capacidade de elasticidade de períneo • Tomada de decisão para episiotomia / analgesia do períneo (tendo em vista o plano de parto individual previamente conhecido; informar a mulher e o acompanhante sobre o procedimento e a sua pertinência; obtendo o seu consentimento informado; respeitar a vontade individual da mulher) • Aplicação das manobras de proteção do períneo • Aplicação das manobras de extração fetal • Prestação de cuidados imediatos ao RN • Promoção da vinculação precoce da díade/ tríade por meio de contato pele a pele. Identificar o RN, administrar vitamina K após obter consentimento informado da mulher/ casal/ família • Inclusão e valorização do acompanhante no processo de cuidados <p><u>3º estágio:</u></p>			
--	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos sinais de dequitação • Realização da dequitação espontânea ou colaborar na dequitação manual • Inspeção da placenta • Confirmação do globo de segurança de Pinard • Administração da terapêutica medicamentosa prescrita (oxitocina, antibioterapia, analgesia) • Promoção da relação da díade/ tríade • Verificação de presença de lacerações. Realização de episiorrafia em caso de necessidade • Reconhecimento precoce das complicações do 3º estadio do TP • Transferência da mulher e RN para o recobro • Realização de registos <p><u>4º estágio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da resposta uterina / deteção precoce de complicações • Satisfação das necessidades imediatas da mulher • Promoção de aleitamento materno na primeira hora de vida respeitando o projeto da mulher na amamentação • Prestação de cuidados ao RN 			
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do bem-estar materno, prevenção e deteção precoce de complicações no puerpério imediato • Envolvimento do acompanhante e sua valorização • Realização de registos conforme protocolo • Procedimento de transferência da puérpera e RN para a unidade de internamento 			
4. Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados imediatos ao Recém-Nascido de risco	<ul style="list-style-type: none"> • Verificação do espaço físico e material disponível • Verificação da funcionalidade do reanimador neonatal • Receção do RN na fonte de calor • Permeabilização das vias aéreas do RN por meio de aspiração de baixa pressão se necessário • Colaboração com neonatologista na prestação de cuidados imediatos ao RN • Avaliação do Índice de Apgar • Deteção de sinais de má adaptação a vida extrauterina; possíveis malformações • Promoção de vinculação precoce através de contacto pele a pele logo que possível • Promoção de aleitamento materno se possível e se a mulher o desejar • Transferência do RN para o Serviço de Neonatologia em caso de 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EEESMO: 4.1, 4.2, 4.3</p>	<p>Humanos: Enfermeira cooperante, equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: Protocolos de serviço; tecnologias de informação; literatura técnica na área de ESMO; equipamento de serviço</p>	29/01/2024 – 12/05/2024

	necessidade <ul style="list-style-type: none"> • Realização de registos 			
5. Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no domínio melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de metodologia e organização da SP • Identificação do método de gestão dos cuidados de enfermagem • Colaboração na gestão de recursos humanos e materiais da SP • Mobilização de conhecimento científico com vista a garantir continuamente a qualidade dos cuidados prestados • Planeamento e priorização de cuidados 	Competências comuns do enfermeiro especialista: B1, B2; B3, C1, C2	Humanos: Enfermeira Cooperante; Enfermeira gestora do serviço Humanos: Enfermeira Cooperante	29/01/2024 – 12/05/2024
6. Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em projetos e ações de formação promovidas no serviço • Aplicação de pensamento crítico reflexivo sobre as experiências ao longo do estágio e nos cuidados de enfermagem realizados • Mobilização de evidência científica para uma prestação de cuidados segura • Consulta diária de fontes bibliográficas acerca de novas aprendizagens, ou para aprofundar / consolidar o conhecimento existente • Reflexão com a enfermeira cooperante sobre a prática diária dos cuidados de enfermagem especializados. Tal como aspetos a manter e aspetos a melhorar • Delineamento de metas a atingir semanalmente com base na reflexão acima mencionada • Realização de reuniões com a professora coordenadora e enfermeira cooperante com vista a refletir sobre a prática e aquisição de competências. 	Competências comuns do enfermeiro especialista: B1; B3, D1, D2	Humanos: Enfermeira Cooperante; professora coordenadora, equipa multidisciplinar; fontes de informação	29/01/2024 – 12/05/2024

	<p>Definição de novas metas a atingir</p> <ul style="list-style-type: none">• Elaboração de relatório de estágio, refletindo nas experiências vivenciadas sobre a prática e qualidade de cuidados• Realização de uma Scoping Review sobre um tema de interesse e apresentação dos resultados obtidos no serviço			<p>Até 12/05/2024</p>
--	--	--	--	---------------------------



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto serviu de base para consciencialização dos objetivos e das estratégias a adotar para alcançar os mesmos. Posteriormente contribuirá para a elaboração de relatório reflexivo do estágio. O alcance dos objetivos traçados dependerá de procura das oportunidades, oportunidades que o próprio local de estágio proporciona e da boa colaboração com a enfermeira cooperante e equipa multidisciplinar.

Assim, a realização do presente projeto contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional no seu decorrer. Pretende-se cumprir com as atividades planeadas. Contudo, as mesmas podem vir a ser alteradas de acordo com as oportunidades proporcionadas e aproveitadas.



Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2021, May). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 391/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República*, 85(3), 13560–13565. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

Descritores de Dublin para o 2º e 3º ciclo. (2004). <https://museologia-portugal.net/apresentacao/descritores-dublin-2o-3o-ciclo>

Escola Superior de Saúde de Santarém. (2022). *Ficha de Unidade Curricular* [Dataset].

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. (No. 26). Diário da República. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%Aancias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

Ministério de Saúde. (2023). Rede de referência hospitalar em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia. <https://www.sns.min-saude.pt/proposta-rede-de-referenciacao-hospitalar-em-obstetricia-ginecologia-e-neonatologia/>

APÊNDICE VI

Descritores MeSH® e PubMed® Subject Headings identificados para a questão de pesquisa

Quadro: Descritores MeSH® e PubMed® Subject Headings identificados para a questão de pesquisa

Linguagem natural	Descritores	
Palavras-chave	MESH Medical Subject Headings <i>National Library of Medicine</i>	PubMed MESH Subject Headings/ All Fields/ Text Word/ Entry Terms
Pregnancy Pregnant women Prenatal Antenatal	"pregnancy"[MeSH Terms] "pregnant women"[MeSH Terms]	"pregnancy"[MeSH Terms] OR pregnancy [Text Word] "pregnant women"[MeSH Terms] OR pregnant women [Text Word]
Eating disorders	"feeding and eating disorders"[MeSH Terms]	"feeding and eating disorders"[MeSH Terms] OR eating disorders [Text Word]
Anorexia nervosa	"anorexia nervosa"[MeSH Terms]	"anorexia nervosa"[MeSH Terms] OR Anorexia nervosa [Text Word]
Bulimia nervosa	"bulimia nervosa"[MeSH Terms]	"bulimia nervosa"[MeSH Terms] OR bulimia nervosa [Text Word]

APÊNDICE VII
Prisma 2020 Flow Diagram

Identificação dos estudos através de bases de dados e registos

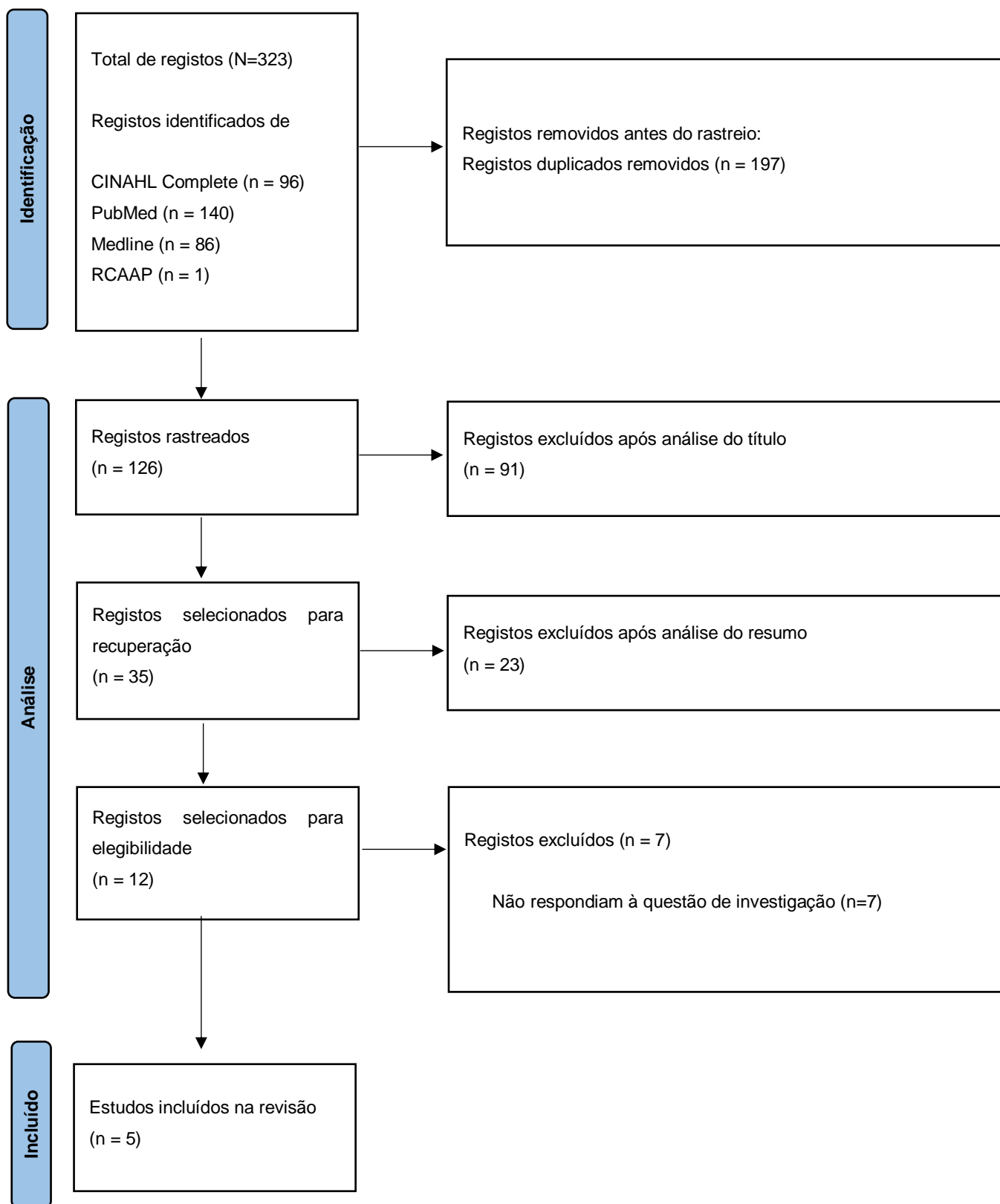


Figura 1. Diagrama de fluxo do PRISMA -ScR 2020 (Page et al., 2021 in The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>)

APÊNDICE VIII

Síntese das principais descobertas dos estudos incluídos (N=5)

Quadro: Síntese das principais descobertas dos estudos incluídos (N=5)

Autor/ano/países	Título	Objetivo	População e tamanho da amostra	Metodologia/ Métodos	Principais descobertas relacionadas à(s) pergunta(s) da SR
<p>E1</p> <p>Fogarty, S., Elmir, R., Hay, P., & Schmied, V. (2018)</p> <p>Austrália</p>	<p>The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i>, 18(1), 121.</p>	<p>Conhecer as experiências de mulheres com um DA durante a gravidez e dois anos após o parto.</p>	<p>No total dos artigos: 94 grávidas, com idades a variarem entre os 21 e os 45 anos; 22 estavam grávidas na altura da entrevista e 72 já tinham parido.</p>	<p>Tipo de estudo: foi utilizada uma abordagem meta-etnográfica para a revisão sistemática de literatura;</p> <p>Recolha de dados: CINAHL Plus (EBSCOhost, EBSCO), Scopus (Pubmed), literatura cinzenta e Google Scholar.</p>	<p>Os DA identificados foram: AN (n=33), BN(n=17), TCA (tipo não especificada) (n=34).</p>
<p>E2</p> <p>Chan, C. Y., Lee, A. M., Koh, Y. W., Lam, S. K., Lee, C. P., Leung, K. Y., & Tang, C. S. K. (2019)</p> <p>China</p>	<p>Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy. <i>International Journal of Eating Disorders</i>, 52(6), 652–658.</p>	<p>Determinar a prevalência e os níveis de DA durante a gravidez; identificar os fatores de risco e os resultados adversos para a saúde materno-fetal.</p>	<p>1.470 grávidas chinesas de hospitais de Hong Kong, com idades entre ≤30 e ≥36, com predomínio da faixa etária dos 31-35 anos (66.6%)</p>	<p>Tipo de estudo: estudo longitudinal prospetivo com uma abordagem quantitativa.</p> <p>Recolha de dados: instrumentos padronizados em cinco momentos, desde o primeiro trimestre até aos 6 meses após o parto: EAT-26 - Anxiety Subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale; Edinburgh Postnatal Depression Scale; 10-item Rosenberg Self-Esteem Scale; Kansas Marital Satisfaction Scale Chinese Version.</p>	<p>Os níveis de DA alteraram-se significativamente ao longo dos trimestres. Níveis mais elevados de PA na gravidez foram significativamente associados às 6 semanas de gestação e aos 6 meses pós-parto, maior ansiedade e sintomas depressivos, menor índice de Aparência, Pulso, Gesticulação, Atividade e Respiração (APGAR) no 1º minuto e peso anormal ao nascer.</p>

<p>E3</p> <p>Martínez-Olcina, M., Rubio-Arias, J. Á., Reche-García, C., Leyva-Vela, B., Hernández-García, M., Hernández-Morante, J. J., & Martínez-Rodríguez, A. (2020)</p> <p>Espanha</p>	<p>Eating Disorders in Pregnant and Breastfeeding Women: A Systematic Review. <i>Medicina Buenos Aires</i>, 56(7), 352.</p>	<p>Investigar a prevalência, os riscos associados e as consequências dos DA na gravidez e nas mães que amamentam.</p>	<p>16 estudos selecionados para estudar os DA em mulheres grávidas e 2 estudos em mães lactantes</p>	<p>Tipo de estudo: Revisão sistemática da literatura</p> <p>Recolha de dados: bases de dados científicas: PubMed, Web of Science, Scopus e PsycINFO. A maioria dos estudos utilizou questionários e escalas como instrumentos para o diagnóstico dos transtornos alimentares.</p>	<p>Em diferentes estudos, observou-se que havia uma preocupação com o peso durante o período de gravidez (40,2% das mulheres grávidas); juntamente com episódios de compulsão alimentar (17,3%), sintomas de ansiedade e depressão foram os sintomas mais frequentes dos DA. A preocupação com o peso nas mães com DA levou-as a adotar comportamentos inadequados, tais como vômitos autoinduzidos ou uso indevido de diuréticos. A prevalência de DA durante a gravidez foi de: 0,5% AN, 0,1% BN e 1,8% TCA (tipo não especificada).</p>
<p>E4</p> <p>Janas-Kozik, M., Żmijowska, A., Zasada, I., Jelonek, I., Cichoń, L., Siwiec, A., & Wilczyński, K. M. (2021)</p> <p>Polónia</p>	<p>Systematic review of literature on eating disorders during pregnancy—Risk and consequences for mother and child. <i>Frontiers in Psychiatry</i>, 12, 777529.</p>	<p>Sistematização das provas sobre DA em mulheres grávidas, com especial ênfase na pregorexia – AN na gravidez</p>	<p>Mulheres grávidas com pregorexia</p>	<p>Tipo de estudo: Revisão sistemática da literatura (publicações dos últimos 5 anos (2016-2021))</p> <p>Recolha de dados nas bases de dados MEDLINE/ PubMed, Google Scholar e bases de dados da Biblioteca Cochrane.</p>	<p>A questão dos DA em mulheres grávidas abrange um grupo heterogêneo de mulheres – tanto as que têm história prévia como as que têm DA no início e durante a gravidez. A ocorrência de sintomas de AN durante este período está associada a uma elevada probabilidade de consequências negativas ao nível da saúde materno-fetal.</p>
<p>E5</p>	<p>The outcomes of eating disorder behavior during pregnancy.</p>	<p>Analisar artigos de investigação relacionados com o</p>	<p>Mulheres grávidas com DA</p>	<p>Tipo de estudo: Revisão integrativa de literatura.</p>	<p>O DA durante a gravidez é fatal para o seu resultado. O RN com muito baixo peso para a idade gestacional é mais comum em mães com NA. O percentil mais elevado</p>

Khoirinda, A. (2024) Indonésia	Psychology and Behavioral Research, 5(2), 12–16.	comportamento de transtorno alimentar durante a gravidez e o impacto que ocorre nos resultados da saúde materno-fetal		Recolha de dados: bases de dados PubMed, Europepmc, Frontiers, Wiley Online Library, and Google Scholar (artigos publicados entre 2018-2023),	para a idade gestacional é mais comum em mães com TCA e BN. Os fatores que causaram os DA foram a cessação tabágica, sintomas de depressão e ansiedade.
-----------------------------------	--	---	--	---	---

APÊNDICE IX

Sessão de preparação para o nascimento – Sexualidade na gravidez



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

Preparação para o parto

Enf^a Ksénia Stoyanovskaya
Mestranda do 8^o Curso de Mestrado em Saúde Materna e
Obstétrica



01

Conteúdos a abordar

A

Sexualidade

02

A

Gravidez

03

A Sexualidade
na Gravidez



A Sexualidade

A sexualidade é uma dimensão do ser humano presente em todas as fases do ciclo da vida. Pode assumir vários significados. Em determinadas etapas do ciclo da vida podem evidenciar-se alguns aspetos associados à natureza dos processos biopsicossociais que marcam cada uma das etapas. O ciclo gravídico puerperal é uma dessas etapas, onde se observam a **influência de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais**.

A forma como a mulher vive a sua sexualidade durante este ciclo, depende dos valores e atitudes face à sexualidade, da saúde em geral e das preocupações específicas face à gravidez, da relação com o parceiro, da sua personalidade, medos, crenças e conhecimento que possui.





A Gravidez

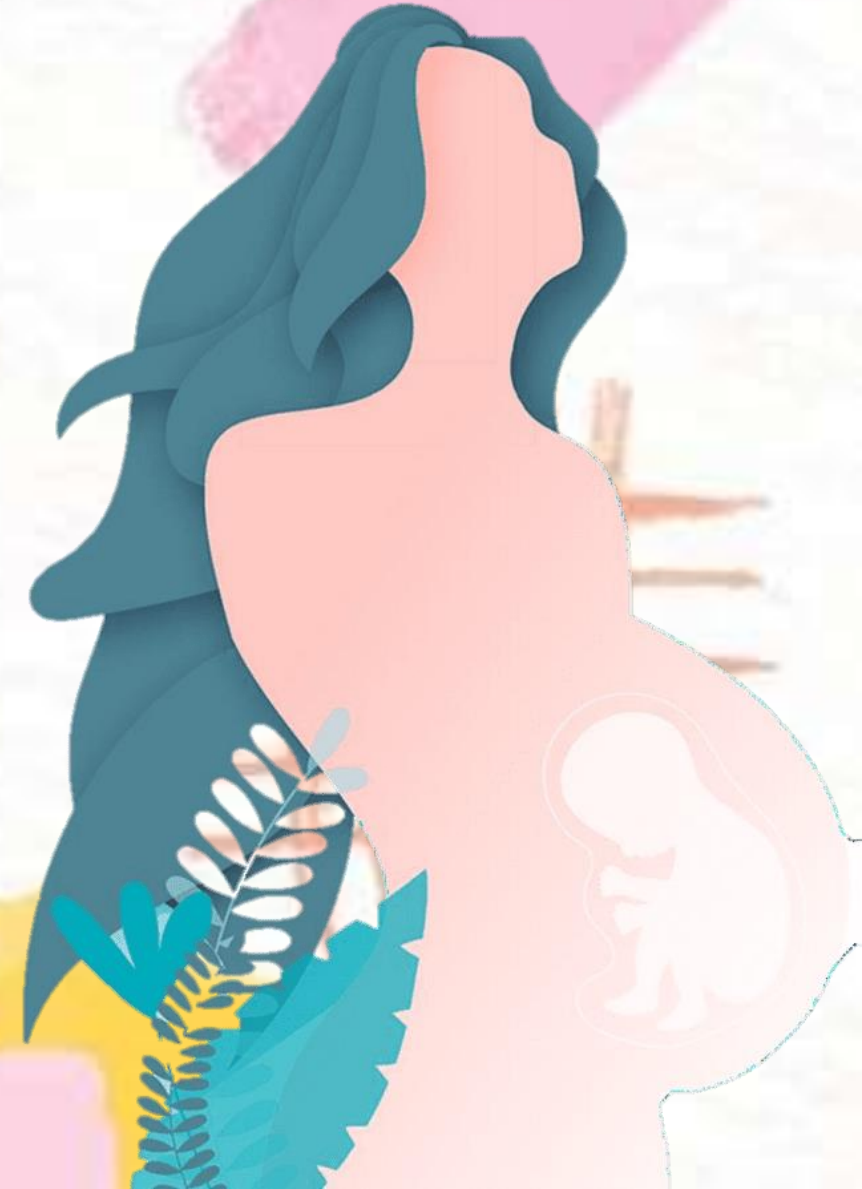
A Gravidez é a condição de desenvolver e alimentar um feto no corpo e que dura um período aproximadamente 266 dias, desde o dia da fertilização até ao nascimento. A gravidez é normal e saudável, mas implica alterações rápidas inevitáveis nas funções orgânicas.

O início da gravidez é indicado pela cessação dos períodos menstruais, enjoos matinais, aumento do volume das mamas e da pigmentação dos mamilos

A Gravidez

Processo de transição, em que as mudanças que nela ocorrem são sentidas tanto pela mulher como pelo seu par. Assim, a transição para a parentalidade implica um conjunto específico de mudanças, tanto para a mulher, como do par (relacionamentos conjugais e familiares).

A gravidez envolve uma nova adaptação do casal a vários níveis, principalmente no que se refere à sexualidade.



Durante a gravidez, como fica a relação sexual?

Será que vou magoar o bebé?

Que posição adaptar para me sentir mais confortável e confiante?

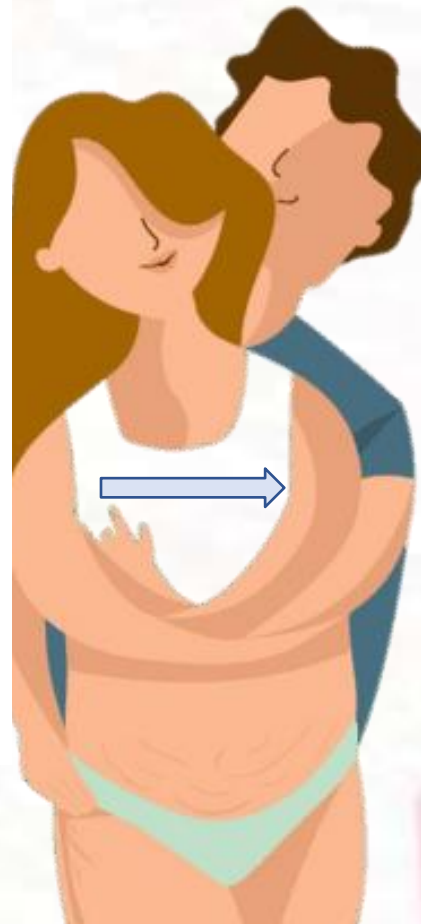
Quando devemos evitar relação sexual com penetração?



Durante a gravidez, como fica a relação sexual?

Primeiro Trimestre

- Cansaço e sono
- Sensibilidade/ desconforto mamário
- Náuseas/ vômitos
- Aceitação do novo papel
- Medo de aborto



A atividade sexual na maioria dos casais ainda não sofre alterações. Noutros o contacto sexual entre os parceiros diminui.

Durante a gravidez, como fica a relação sexual?

Segundo Trimestre

- Vascularização da pélvis
- Aumento da sensibilidade na zona genital
- Grávida sente-se mais bonita
- Diminuição de cansaço (mais energia)
- Maior estabilidade emocional
- Afirmção do novo papel



Aumento da libido e promoção de erotismo



Durante a gravidez, como fica a relação sexual?



Terceiro Trimestre

- Podem ocorrer grandes mudanças no corpo da mulher (aumento do abdómen, peso do bebé, pequenas perdas de urina, hemorroidas, dor articular)
- A ansiedade/ fadiga
- Medo da aproximação do parto



Pode afetar negativamente a sexualidade da grávida e do companheiro

! O diálogo negocial entre o casal é fundamental ao longo da gravidez para que os obstáculos sejam ultrapassados mais facilmente!

1ºT

- O companheiro pode acariciar, massajar e acompanhar a mulher em consultas e aulas pré-natais

2ºT

- Masturbação mútua ou solitária, posições sexuais alternativas e outras modalidades sexuais poderão ser exploradas pelo casal, caso este esteja à-vontade na sua prática

3ºT

O casal pode manter as relações sexuais de forma a que se sintam psicologicamente bem e adotar posição mais confortável



Que posição adaptar para me sentir mais confortável e confiante?



Quando devemos evitar relação sexual com penetração?

- Aborto espontâneo
- Parto prematuro
- Perdas de sangue antes da causa ser conhecida
- Perda de líquido amniótico/ rotura de membranas
- Alterações do colo uterino
- Placenta prévia (também chamada de placenta baixa), quando a placenta cobre em parte ou na totalidade o colo do útero
- Gestação múltipla
- Descolamento da placenta



APÊNDICE X

Sessão de educação para a saúde escolar – “Afetos e Educação para a Sexualidade”

AFETOS E EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE



IP POLITÉCNICO
DE SANTARÉM

Enf^a Ksénia Stoyanovskaya
Estudantes de 8^o Mestrado em Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica



- 1. Valores**
- 2. Relações afetivas**
- 3. Desenvolvimento da sexualidade**
- 4. Identidade e Género**
- 5. Direitos sexuais e reprodutivos**
- 6. Maternidade e Paternidade**



ADOLESCÊNCIA

- transição entre a infância e a idade adulta
- alterações em diversos níveis:
 - físico
 - mental
 - social



ADOLESCÊNCIA



autoestima

emoções

afetos

frustrações

respeito

compromissos



A PUBERDADE

- mudanças biológicas e fisiológicas
- corpo desenvolve-se física e mentalmente
- crescimento de pêlos, crescimento dos testículos e aparecimento das mamas...



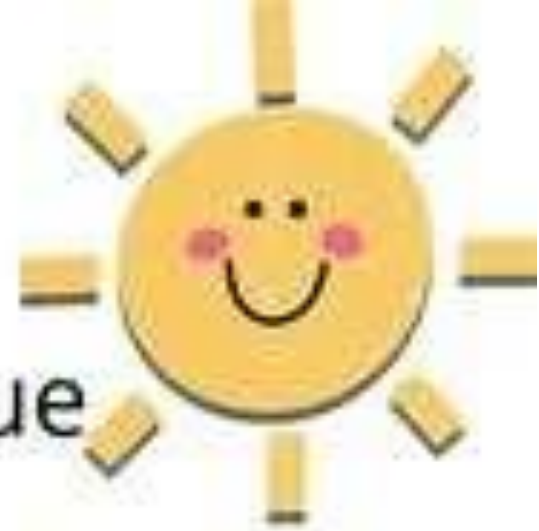


A PUBERDADE



- Inicia-se mais cedo nas raparigas do que nos rapazes
- Difere de pessoa para pessoa
- O que acontece ao teu melhor amigo aos 12 anos pode só te acontecer a ti aos 14 ou até mais tarde
- O objetivo da puberdade é preparar para a vida adulta





- Torna o corpo maior, mais forte, e fértil, o que significa que um dia poderão ser pai ou mãe se quiserem
- É também altura em que as funções do cérebro se começam a modificar permitindo pensar de maneira diferente e de ganhar uma certa independência

Com estas transformações podem ficar confusos, por isso é melhor falarem com um profissional de saúde ou com os vossos pais





Valores



solidariedade

respeito

justiça

bondade

amizade

tolerância

liberdade

amor

tolerância

partilha

honestidade

responsabilidade



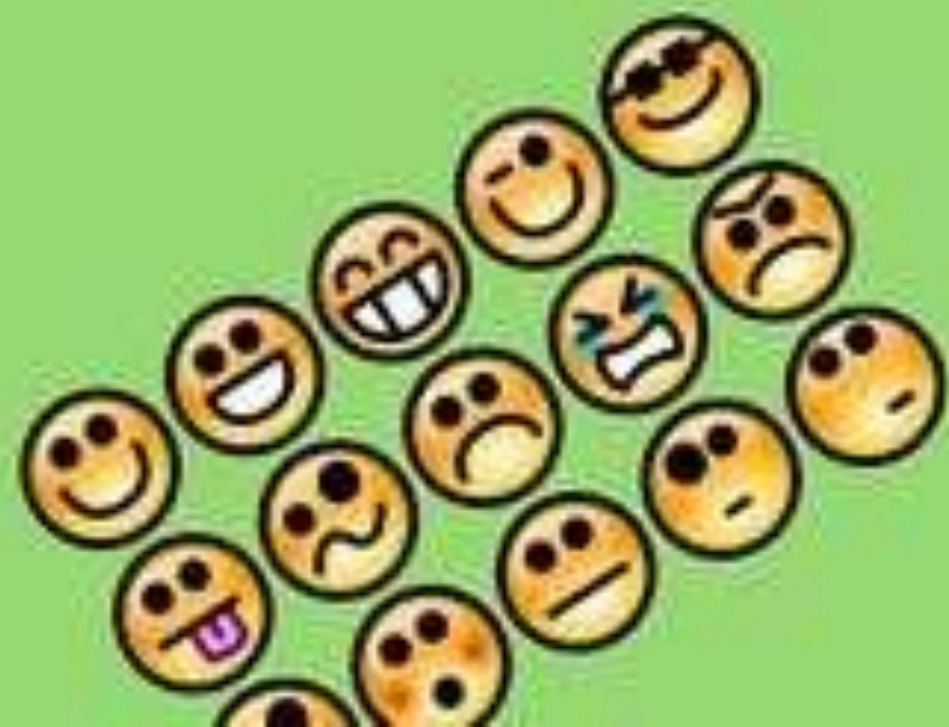
Relações afetivas

A forma como cada um de nós expressa as suas emoções, paixões, sentimentos e atitudes



Devemos saber:

- identificar e expressar as nossas próprias emoções
- identificar e respeitar as emoções dos outros
- Compreender que as emoções são expressas de diferentes formas





Relações saudáveis



respeito mútuo

boa comunicação

identidades separadas

privacidade



confiança

igualdade

honestidade



reciprocidade

apoio mútuo



Desenvolvimento da sexualidade



"... uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura, intimidade..." (OMS)

A necessidade de estarmos próximos de outras pessoas, de receber e dar carinho, amor, mimos, beijinhos...

A sexualidade muda com a idade ... assim, vivemos a sexualidade de formas muito diferentes ao longo da vida



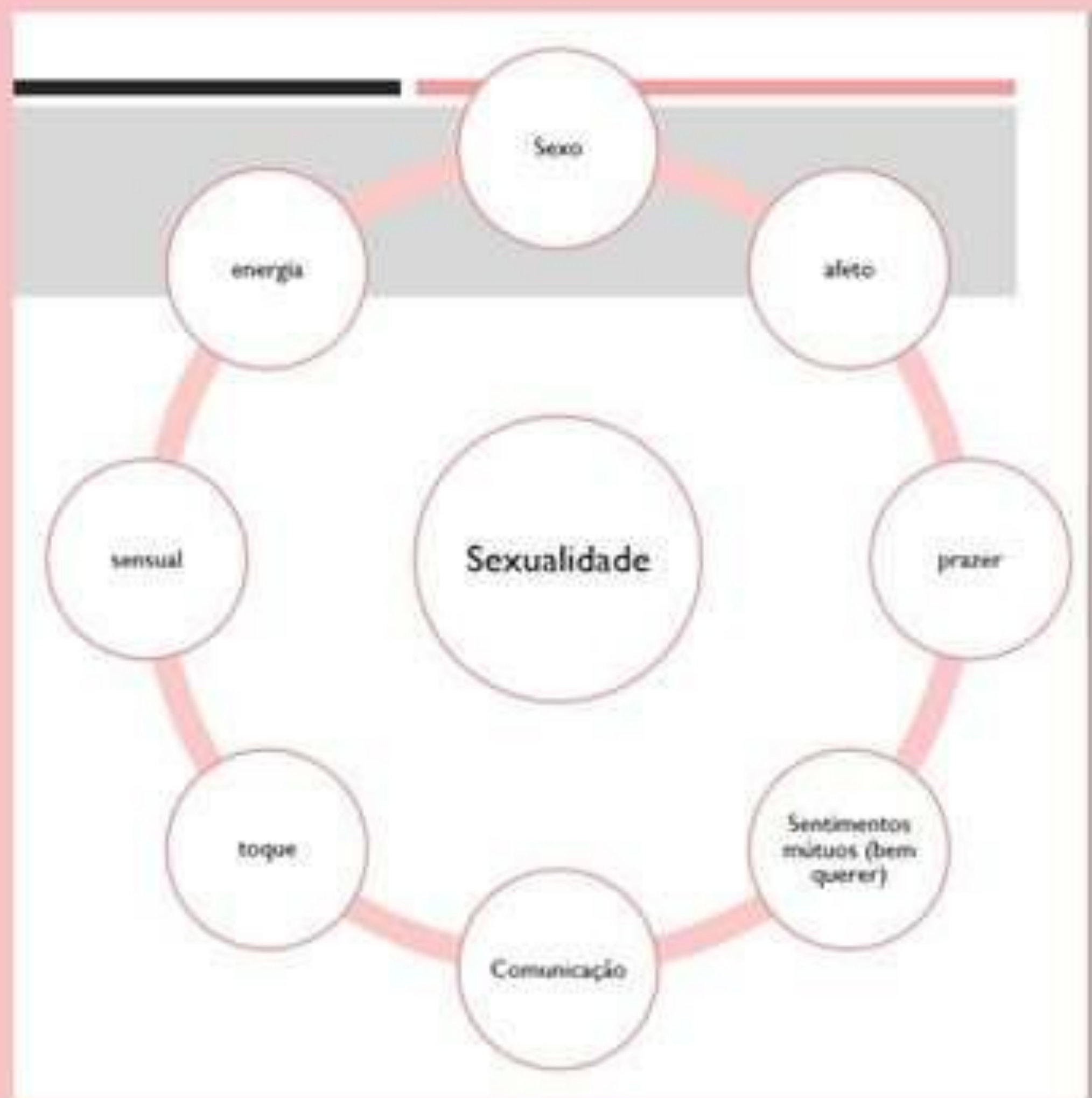


Sexualidade é:

- como cada pessoa se descobre e descobre os outros.
- "eu aprender a gostar de mim e aprender a gostar dos outros."
- Uma parte integrante da vida do ser humano. Exprime-se através de beijos, carícias, abraços... e não somente através de relação sexual.

Cada pessoa vive-a de uma forma distinta, única e irrepetível!







É na escola que se vivem alguns dos primeiros e mais impressionantes sentimentos e emoções decorrentes do desenvolvimento sexual.

A sexualidade suporta afetos, que se manifestam sob a forma de emoções, sentimentos e paixões, acompanhados sempre da impressão de dor ou prazer, de satisfação ou insatisfação, de agrado ou desagrado, de alegria ou tristeza



As alterações hormonais despertam a sensibilidade sexual

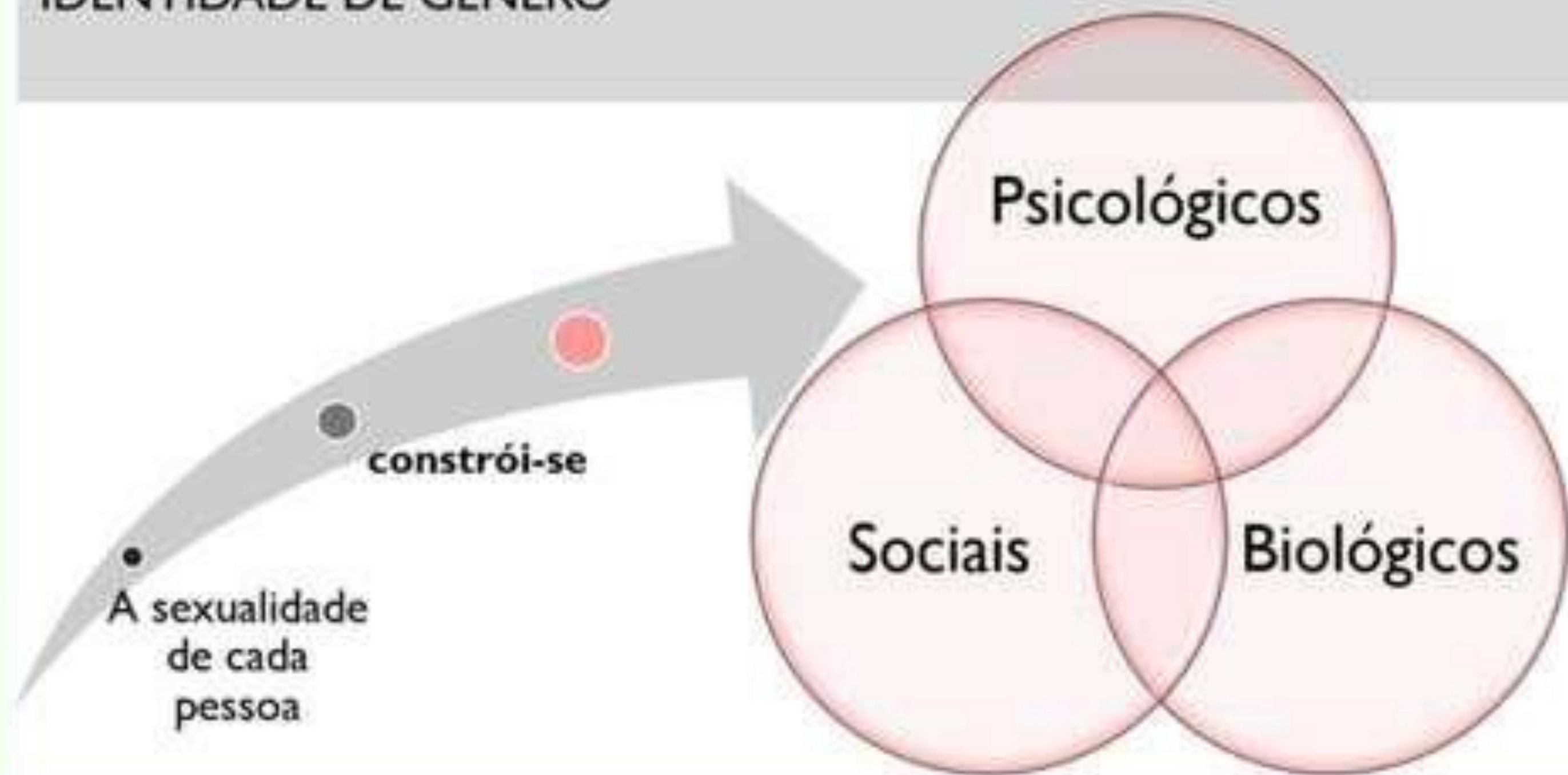
A sexualidade na adolescência manifesta-se por:

- sonhos sexuais;
- fantasias sexuais;
- masturbação;
- relações sexuais

!Não existe uma altura certa para se estar preparado para iniciar a vida sexual ativa, mas ela só deve ser iniciada quando se estiver mental e fisicamente (biologicamente) preparados!



IDENTIDADE DE GÉNERO



Boneco do Gênero



Identidade de Gênero



Cisgênero

Travesti | Transexual | Transgênero



Orientação Sexual



Heterossexual

Bissexual

Homossexual



Sexo biológico



Homem

Intersexo

Mulher



Expressão de Gênero



Esperado pela sociedade

Quebra de padrões





Direitos sexuais e reprodutivos



- liberdade
- privacidade
- saúde
- liberdade de pensamento e expressão
- educação e informação
- integridade e dignidade de todas as pessoas





Direitos sexuais e reprodutivos

- obter os melhores cuidados de saúde sexual e reprodutiva
- procurar, receber e transmitir informações em relação à sexualidade
- à educação sexual
- o respeito pela integridade corporal
- à escolha do parceiro
- decidir ter ou não atividade sexual
- ter relações sexuais consentidas
- decidir sobre se quer ou não ter filhos e quando
- e a perseguir uma vida sexual satisfatória e segura



Saber dizer **SIM** e **NÃO**, e expressar as suas necessidades e desejos de forma adequada

Pedir ajuda perante situações de **discriminação, preconceito ou violação dos seus direitos**



Maternidade e Paternidade



Uma preparação no momento certo, consciente e refletida para uma Maternidade/Paternidade deverá fazer parte do projeto de vida individual, mas também do casal

A decisão de alguém ter um filho deve ser previamente pensada. Implica mudanças na vida, e poderá implicar alterações nos comportamentos quotidianos.



Consulta de planeamento familiar

É uma consulta que se destina apoiar e informar os indivíduos ou casais, para que estes possam planear uma gravidez no momento apropriado, proporcionando-lhes a possibilidade de viverem a sua sexualidade de forma saudável e segura.

Procura o teu médico/enfermeiro de família no teu Centro de Saúde

Consultas gratuitas



obrigada

APÊNDICE XI
Folheto Informativo “Enxoval” em língua russa

Специальный уход

- ❖ Стирайте все вещи малыша прежде чем их использовать, отдельно от остальной одежды
- ❖ Вещи можно стирать хозяйственным мылом вручную или в машинке с детским порпшком, без ополаскивателя
- ❖ Высушите одежду на солнце и погладьте
- ❖ Отрежьте этикетки
- ❖ Одежда должна быть удобной и практичной
- ❖ Избегайте одежду, которая надевается через голову малыша
- ❖ Нижнее бельё малыша должно быть из 100% хлопка
- ❖ Не берите в госпиталь какие-либо ценности, отделение не несёт за них ответственность
- ❖ Возьмите пакеты для грязного белья

Пренатальный визит

- ❖ Посещение родильного дома, проводится каждый четверг во второй половине дня, с 14:00 часов
- ❖ Этот визит предназначен для всех беременных женщин и их партнеров. В конце будет предоставлено подтверждение визита, чтобы оправдать отсутствие на работе
- ❖ Начиная с 30-й недели беременности, вы можете записаться на прием, позвонив в секретариат акушерского отделения по следующему номеру:

Тел.: 244 817069



Отделение акушерства и гинекологии
Госпиталь Санто Андрэ - Больничный
центр Лейрия
Rua das Olhalvas, Pousos, 2410-197 Leiria –
PT
Tel. 244 817 000/ Extensão 6002 или 7721/
Факс: 244 817 069
Sec.gincobst@chleiria-min.saude.pt

Сумка в роддом



**Госпиталь Санто Андрэ -
Больничный центр Лейрия**

Консультация

СУМКА В РОДИЛЬНЫЙ ЗАЛ МЛАДЕНЕЦ

- ❖ Одеяло
- ❖ Пелёнка
- ❖ Памперс
- ❖ Чепчик
- ❖ Свитерок из хлопка/ шерсти без ворса
- ❖ Камбез
- ❖ Нижнее бельё (боди и штанишки)
- ❖ Шерстяные/ хлопковые носочки

МАМА

- ❖ 2 ночных рубашки
- ❖ 1 халат
- ❖ 2 трусов (хлопок или одноразовых)
- ❖ комнатные тапочки

СУМКА В РОДИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ МЛАДЕНЕЦ



- ❖ Упаковка памперсов для новорождённого (2-5 кг)
- ❖ Влажные салфетки или салфетки не стерильные из нетканого материала 10x10 см
- ❖ 3 пелёнки
- ❖ 1 одеяло
- ❖ 3 внешних костюма
- ❖ 3 комплекта нижнего белья
- ❖ 2 пары шерстяных ботиночек или хлопковых носков
- ❖ Полотенце
- ❖ бумажная пилочка для ногтей
- ❖ расческа

Не приносите косметических продуктов для малыша. Во время прибывания в отделении вам быдыт предоставлены необходимые косметические продукты

СУМКА В РОДИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

МАМА



- ❖ 2 ночные рубашки или пижамы (чтобы легко расстёгивалась спереди)
- ❖ 2 бюстгалтера для кормления
- ❖ тканевые диски, либо ракушки для сбора молока
- ❖ 6 трусиков (одноразовых или хлопковых)
- ❖ 1 большое полотенце
- ❖ 2 маленьких полотенца
- ❖ тапочки для душа
- ❖ предметы личной гигиены

APÊNDICE XII

Folheto Informativo “Diabetes Gestacional” em língua russa

ОСЛОЖНЕНИЯ ПЛОДА

- ❖ повышенная масса тела при рождении (> 4 кг), что может осложнить роды и привести к родовой травме (например, перелому ключицы)
- ❖ сердечно-сосудистые проблемы
- ❖ Снижение сахара в крови при рождении (неонатальная гипогликемия)
- ❖ Желтуха новорожденных (повышенный билирубин)

ПОСЛЕ РОДОВ

- ❖ Беременные женщины, у которых был гестационный диабет, лечившийся инсулином, обычно больше не нуждаются в инсулине.
- ❖ Желательно кормить ребенка грудью
- ❖ Провести исследование углеводного обмена с помощью клинических анализов крови через 6-8 недель после родов.
- ❖ Консультация после родов, чтобы проверить, исчез ли диабет, с помощью анализов крови

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В БУДУЩЕМ

- ❖ Гестационный диабет при будущих беременностях
 - ❖ Сахарный диабет II типа
- Риск повышается в случае избыточного веса, нездорового питания и отсутствия физической нагрузки. **Поэтому очень важно поддерживать здоровый образ жизни и периодически контролировать уровень глюкозы в крови.**

РЕКОМЕНДАЦИИ НА БУДУЩЕЕ

- ❖ Проходить ежегодные консультации для аналитического исследования, так как возможно развитие сахарного диабета
- ❖ Обсудите метод контрацепции с лечащим гинекологом, так как он может быть не самым подходящим для вашей ситуации
- ❖ Планирование будущих беременностей проходить консультацию перед зачатием
- ❖ При будущей беременности начните пренатальное наблюдение как можно раньше и сообщите акушеру, что во время предыдущей беременности у вас был диабет.



Отделение акушерства и гинекологии
Госпиталь Санто Андрэ - Больничный центр
Лейрия
Rua das Olhalvas, Pousos, 2410-197 Leiria – PT
Tel. 244 817 000/ Extensão 6002 или 7721/ Факс:
244 817 069
Sec.ginecobst@chleiria-min.saude.pt

Сахарный диабет при беременности



Госпиталь Санто Андрэ - Больничный центр Лейрия

Консультация

САХАРНЫЙ диабет при беременности

Во время беременности происходит увеличение гормонов, обладающих действием, противоположным инсулину, что вызывает увеличение выработки инсулина поджелудочной железой.

У некоторых беременных женщин (около 5%) это увеличение происходит некорректно, что приводит к повышению уровня глюкозы (сахара) в крови (гипергликемия) - гестационный диабет.



Это изменение обычно носит временный характер во время беременности и может не вызывать симптомов. Диабет диагностируется с помощью анализов крови.

После установления диагноза гестационного диабета для нормализации уровня глюкозы в крови беременная женщина должна начать:

- ❖ Соблюдать строгий **план питания**, адаптированный к вашему типу диабета;
- ❖ Практиковать регулярные **физические упражнения**;
- ❖ Проводить **самоконтроль уровня глюкозы в капиллярной крови** 4 раза в сутки, путем проколов пальца и использования глюкометра;
- ❖ Самостоятельное **введение инсулина**, если предыдущие меры недостаточны для нормализации уровня глюкозы в крови.

ПЛАН ПИТАНИЯ

Количество калорий в рационе зависит от активности женщины, её ИМТ (индекса массы тела) и типа диабета.



Рацион должен быть сбалансированным и распределяться на 6 приемов пищи в день.

Меры

предосторожности которые необходимо соблюдать:

- ❖ Ешьте медленно усваиваемые углеводы (овощи, хлеб, картофель, макароны, рис, бобы и т. д.) и уменьшайте количество быстро усваиваемых (сахар, сладости, мед, соки, фрукты);
- ❖ Уменьшить потребление животных жиров;
- ❖ Ешьте больше клетчатки.

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ

Регулярные и адекватные физические упражнения улучшают настроение и необходимы для контроля: уровня глюкозы в крови, увеличения веса, уровня холестерина и артериального давления.

ВАЖНО:

- Выполняйте регулярные и приятные упражнения: ходьба, плавание, гидрогимнастика, велотренажер;
- ❖ 20-минутная прогулка после еды очень помогает контролировать уровень сахара в крови.

САМОКОНТРОЛЬ уровня глюкозы в крови

Измеряя уровень глюкозы в капиллярной крови, вы можете скорректировать свой рацион, физические нагрузки и улучшить лечение.

Путем прокола пальца набирается капля крови на тест-полоску, которая вставляется в глюкометр, который показывает на дисплее значение глюкозы в крови, которое необходимо зафиксировать в специальной книжке.

СХЕМА

ПРОКОЛОВ:

- 1 на тощак;**
- через 1 час после завтрака;**
- через 1 час после обеда;**
- через 1 час после ужина;**

Всякий раз, когда плохо себя

чувствуете, у вас может быть гипогликемия (низкий уровень глюкозы в крови: <60 мг/дл)

ГИПОГЛИКЕМИЯ

Наиболее частыми причинами гипогликемии являются диетические ошибки, чрезмерные физические нагрузки, ошибки при введении инсулина и/или болезни.

Симптомы:

- ❖ Тремор и холодный пот;
- ❖ Беспокойство и раздражительность;
- ❖ Внезапный голод;
- ❖ Отсутствие концентрации внимания и сонливость;
- ❖ Повышенное сердцебиение;
- ❖ Покалывание вокруг губ.

Для коррекции гипогликемии следует съесть сладкую пищу и переоценить уровень глюкозы в капиллярной крови через 10 минут. Если ситуация не нормализуется, обратитесь за неотложной медицинской помощью.



APÊNDICE XIII
UCEP: revisão de artigo científico.

UCEP REVISÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO

Formação em Serviço

ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA EM NEONATOLOGIA

MESTRANDA: KSÉNIA STOYANOVSKAYA

Para aumentar as hipóteses de sobrevivência dos bebês prematuros, foram desenvolvidas incubadoras que proporcionam um ambiente termorregulado. Este ambiente deve ser definido em termos **de temperatura, humidade, convecção, e fontes de calor radiante circundantes.**

A humedificação das incubadoras tem ajudado neste aspeto, como a maior perda de calor por neonatos pré-termo é devida à perda de água trans epidérmica por evaporação. O aumento da humidade relativa reduz a taxa de evaporação e, como consequência, não só reduz perda de calor evaporado, mas também ajuda a manter o equilíbrio eletrolítico e de fluido de neonatos pré-termo.

Os níveis de humedificação e aquecimento são reduzidos lentamente durante os primeiros dias e semanas após o nascimento a medida que o peso e a maturidade da barreira cutânea dos neonatos aumentam.

Infelizmente, estas condições também aumentam o risco de infecção microbiana associada, porque o habitat húmido e quente criado dentro de uma incubadora é intrinsecamente ideal para microrganismos e seu crescimento

A disponibilidade de água é um dos fatores mais importantes para o crescimento microbiano

O local do RN dentro de uma incubadora pode ser calculado utilizando apenas três variáveis, que são as variáveis locais: **temperatura nesse ponto** específico, a **temperatura média do ar** na incubadora, e a **humidade** média dentro da incubadora

Tanto a temperatura média do ar como a humidade são controlados e monitorizados em incubadoras modernas. A temperatura local nas paredes do interior da incubadora, no entanto, não está e depende da diferença de temperatura entre o interior e o exterior da incubadora e do fluxo de ar dentro da incubadora.

Incubadoras Neonatais são “Locais Quentes” para Contaminação Microbiana

APPLIED AND ENVIRONMENTAL MICROBIOLOGY, Dec. 2011, p. 8568-8572
0099-2240/11/\$12.00 doi:10.1128/AEM.08015-11
Copyright © 2011, American Society for Microbiology. All Rights Reserved.

Vol. 77, No. 24

Cold Spots in Neonatal Incubators Are Hot Spots for Microbial Contamination[∇]

Marcus C. de Goffau,¹ Klasien A. Bergman,² Hendrik J. de Vries,¹ Nico E. L. Meessen,¹
John E. Degener,¹ Jan Maarten van Dijl,¹ and Hermie J. M. Harmsen^{1*}

Department of Medical Microbiology¹ and Department of Paediatrics,² University Medical Center Groningen and University of Groningen, Hanzeplein 1, P.O. Box 30001, 9700 RB Groningen, the Netherlands


Received 10 July 2011/Accepted 6 October 2011

Thermal stability is essential for the survival and well-being of preterm neonates. This is achieved in neonatal incubators by raising the ambient temperature and humidity to sufficiently high levels. However, potentially pathogenic microorganisms also can thrive in such warm and humid environments. We therefore investigated whether the level of microbial contamination (i.e., the bacterial load) inside neonatal incubators can be predicted on the basis of their average temperature and relative humidity settings, paying special attention to local temperature differences. Swab samples were taken from the warmest and coldest spots found within Caleo incubators, and these were plated to determine the number of microbial CFU per location. In incubators with high average temperature ($\approx 34^{\circ}\text{C}$) and relative humidity ($\approx 60\%$) values, the level of microbial contamination was significantly higher at cold spots than at hot spots. This relates to the fact that the local equilibrium relative humidity at cold spots is sufficiently high to sustain microbial growth. The abundance of staphylococci, which are the main causative agents of late-onset sepsis in preterm neonates, was found to be elevated significantly in cold areas. These findings can be used to improve basic incubator hygiene.

PMC PubMed Central® Search PMC Full-Text Archive Search in PMC Advanced Search | User |

Run this search in PubMed or

Journal List > [Appl Environ Microbiol](#) > [v.77\(24\); 2011 Dec](#) > PMC3233091

 Applied and Environmental Microbiology®

[Appl Environ Microbiol](#) 2011 Dec; 77(24): 8568-8572. PMID: 22003021
doi: [10.1128/AEM.06015-11](https://doi.org/10.1128/AEM.06015-11) PMCID: PMC3233091

Cold Spots in Neonatal Incubators Are Hot Spots for Microbial Contamination²

[Marcus C. de Goffau](#)¹ [Klasien A. Bergman](#)² [Hendrik J. de Vries](#)¹ [Nico E. L. Meessen](#)¹ [John F. Degener](#)¹
[Jan Maarten van Duij](#)¹ and [Herme J. M. Hamshen](#)^{1*}

• Author information • Article notes • Copyright and License information • [Disclaimer](#)

OTHER FORMATS
[PubReader](#) | [PDF \(705K\)](#)

ACTIONS
[Cite](#)
[Favorites](#)

SHARE
[Twitter](#) [Facebook](#) [LinkedIn](#)

RESOURCES

doi: [10.1128/AEM.06015-11](https://doi.org/10.1128/AEM.06015-11)

- MATERIAIS E MÉTODOS:
- DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA DO HOSPITAL INFANTIL BEATRIX, CENTRO MÉDICO UNIVERSITÁRIO DE GRONINGEN (UMCG), PAÍSES BAIXOS, NUMA UNIDADE DE NÍVEL III EM 24 LEITOS DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS. UNIDADE ESTÁ EQUIPADA COM INCUBADORAS CALEO.
- UM MINI TERMÓMETRO DE INFRAVERMELHOS FOI UTILIZADO PARA MEDIR A DISTRIBUIÇÃO DA TEMPERATURA DENTRO DE UMA INCUBADORA VAZIA (DE TESTE), COM UMA HUMIDADE MÉDIA DE 70% E UMA TEMPERATURA DE 37°C: FORAM IDENTIFICADOS VÁRIOS PONTOS FRIOS COM TEMPERATURAS ATÉ 6°C MAIS BAIXAS DO QUE A TEMPERATURA MÉDIA DO AR (37°C), E CERTOS PONTOS QUENTES ERAM ATÉ 2°C MAIS QUENTES.
- MENORES DIFERENÇAS DE TEMPERATURA ENTRE O INTERIOR E FORA DA INCUBADORA (APROXIMADAMENTE 24°C) LEVOU A MENORES DIFERENÇAS DE TEMPERATURA DENTRO DE UMA INCUBADORA
- INCUBADORAS COM VALORES DE TEMPERATURA MÉDIA MAIS BAIXOS INVARIAVELMENTE TAMBÉM TINHA VALORES MÉDIOS DE HUMIDADE RELATIVA MAIS BAIXOS

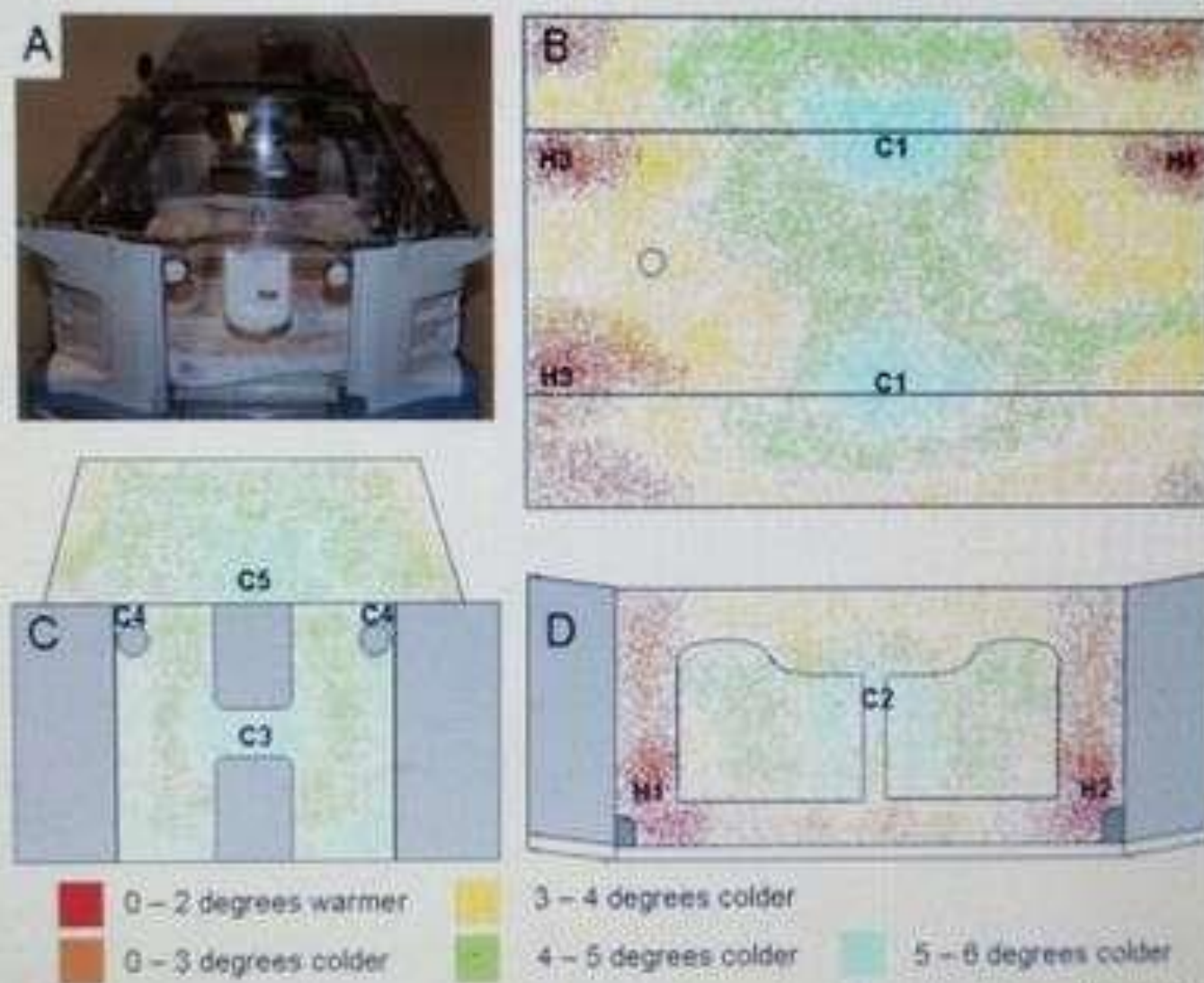
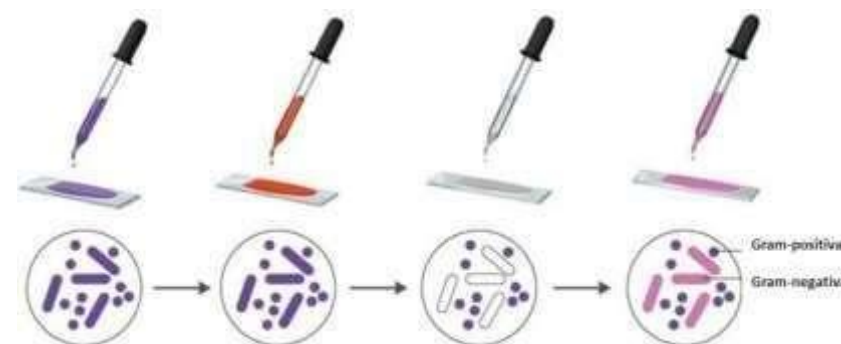


FIG. 1. Temperature distribution within a Caleo neonatal incubator. (A) Image of an empty incubator. The internal temperature distribution is represented from the top view (B), front and rear views (the part below C3 is optional) (C), and side view (D). C1 to C5 indicate cold sampling locations, and H1 to H4 indicate hot sampling locations.

- PROTOCOLO DE AMOSTRAGEM
- GRUPO I: 11 INCUBADORAS C/ HR RELATIVAMENTE BAIXA ($\leq 60\%$) E $T^{\circ} \leq 34^{\circ}\text{C}$)
- GRUPO II: 12 INCUBADORAS C/ HR RELATIVAMENTE ELEVADA ($\geq 60\%$) E $T^{\circ} \geq 34^{\circ}\text{C}$)
- TODAS AS INCUBADORAS AMOSTRADAS TINHAM ESTADO EM USO DURANTE 4 A 7 DIAS.
- FORAM REGISTADAS AS CONFIGURAÇÕES DE HR DAS INCUBADORAS AMOSTRADAS. A AMOSTRAGEM FOI REALIZADA COM UM COTONETE DE ALGODÃO HUMEDECIDO COM SOLUÇÃO FISIOLÓGICA (0,85% NA_{CL}) ESFREGADAS VIGOROSAMENTE
- PARA AS PRIMEIRAS 13 INCUBADORAS INCLUÍDAS NO ESTUDO, TRÊS A QUATRO PONTOS QUENTES E QUATRO A CINCO PONTOS FRIOS FORAM ESFREGADOS POR INCUBADORA. OS PONTOS FRIOS E QUENTES IDENTIFICADOS NA PAREDE INTERIOR DAS INCUBADORAS. ESTES SERVIRAM DE REFERÊNCIA PARA AS RESTANTES 10 INCUBADORAS
- **NÃO** FORAM RECOLHIDAS AMOSTRAS SE RESTOS DE EXCREÇÕES CORPORAIS (POR EXEMPLO, SALIVA) OU RESTOS DE OUTROS TIPOS DE FLUIDOS (POR EXEMPLO, FLUIDOS DE CATETERES RESIDENTES) ESTAVAM PRESENTES EM LOCAIS QUE DEVIAM SER AMOSTRADOS.

- AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE CONTAMINAÇÃO MICROBIANA
- OS ESFREGAÇOS FORAM IMEDIATAMENTE LEVADOS PARA O LABORATÓRIO APÓS A COLHEITA: FORAM PROCESSADAS E INCUBADAS EM PLACAS. ISOLADOS POSTERIORMENTE FORAM IDENTIFICADOS ATRAVÉS DE PROCEDIMENTOS E CRITÉRIOS MICROBIOLÓGICOS DE DIAGNÓSTICO PADRÃO, INCLUINDO MORFOLOGIA DA COLÓNIA E MICROSCOPIA
- AS AMOSTRAS COLHIDAS FORAM DEVIDAMENTE PROCESSADAS E INCUBADAS EM PLACAS DE AGAR E PLACAS E SABOURAUD E INCUBADAS A Tº AMBIENTE
- ISOLADOS POSTERIORMENTE FORAM IDENTIFICADOS POR PROCEDIMENTOS E CRITÉRIOS MICROBIOLÓGICOS DE DIAGNÓSTICO PADRÃO, INCLUINDO MORFOLOGIA DA COLÓNIA E MICROSCOPIA (COLORAÇÃO DE GRAM, FORMA CELULAR, PADRÕES DE AGREGAÇÃO, E PRESENÇA DE ESPOROS) E PELA REALIZAÇÃO DE BIOQUÍMICA TESTES TAIS COMO API-20E



Resultados obtidos

- O presente estudo mostra que os níveis de contaminação microbiana são significativamente elevados apenas em pontos frios que ocorrem dentro de incubadoras neonatais com média relativamente alta da temperatura e humidade
- Gram-positivas, foram mais prevalentes nos pontos frios das incubadoras do GRUPO II
- Em particular, os níveis de contaminação estafilocócica aumentaram significativamente nos pontos frios nas incubadoras do GRUPO II.

Estas bactérias são muito resistentes à dessecação e estão omnipresentes como parte da microbiota humana. O aumento do nível de estafilocócico e contaminação dentro das incubadoras neonatais é uma razão de preocupação, uma vez que esta é a causa de grande maioria das infeções em RN pré-termo

Resultados obtidos

- ALÉM DISSO, O LIGEIRO AUMENTO DO NÚMERO DE BACTÉRIAS GRAM-NEGATIVAS EM OS LOCAIS FRIOS DAS INCUBADORAS NEONATAIS COM ALTOS NÍVEIS DE HUMIDADE CHAMA ATENÇÃO, PORQUE SE SABE QUE AS INFEÇÕES COM BACTÉRIAS GRAM-NEGATIVAS TÊM A MAIOR TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL
- A ABUNDÂNCIA DE BACTÉRIAS GRAM-NEGATIVAS EM PONTOS FRIOS DAS INCUBADORAS DO GRUPO II TAMBÉM FOI CONSIDERADO LIGEIRAMENTE MAIS ELEVADO, EMBORA NÃO A UM NÍVEL ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
- DE TODOS OS GRAM-NEGATIVOS UMA ESPÉCIE DE METHYLOBACTERIUM, DESTACOU-SE MAIS
- MICROCOCCUS LUTEUS E OUTRAS ESPÉCIES DE MICROCOCCUS NÃO FORAM ENCONTRADAS COM MAIOR FREQUÊNCIA NO PONTOS FRIOS DAS INCUBADORAS DO GRUPO II

Os níveis de contaminação microbiana são significativamente mais elevados apenas em pontos frios dentro de incubadoras neonatais com média relativamente alta temperatura e HR

Recomendações para os cuidados de Enfermagem

Melhorias **simples** nas medidas de higiene podem ser facilmente deduzidas do estudo. A ocorrência de condensação nas superfícies interiores das incubadoras neonatais deve ser prevenida tanto quanto possível. Quando a condensação ocorre e quando é necessária uma visão clara para lidar com o recém-nascido, o condensado deve ser de preferência limpo com um pano seco de microfibras descartável

Depois de limpar a condensação, as mãos da enfermeira devem ser desinfetadas antes de manipular o recém-nascido para evitar qualquer transmissão bacteriana ao mesmo.

Mudar de incubadora mais do que uma vez por semana em RN cujas incubadoras têm uma temperatura mais elevada

Aquecer o ambiente físico fora da incubadora

Melhor “desenho” da incubadora, por exemplo, colocando pequenos elementos de aquecimento em pontos estratégicos

APÊNDICE XIV

Póster eletrônico “Distúrbios alimentares na gravidez”

I JORNADAS DE SAÚDE DA MULHER DA ULSRL

Distúrbios Alimentares na Gravidez

Ksénia Stovanovskaya, Enfermeira no Serviço de Urgência Geral da ULSRL.

Teresa Margarida Carreira, Escola Superior de Saúde de Santarém, Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde, Unidade de Investigação IPSantarém

Introdução

A gravidez representa um período de intensas transformações fisiológicas, psicológicas e sociais, que podem exacerbar ou reativar sintomas de distúrbios alimentares (DA) previamente controlados ou instaurar novos comportamentos prejudiciais¹. Estudos indicam que 0,5 a 1,8% das gestantes apresentam sintomas clínicos de DA, com variações conforme a região e critérios diagnósticos utilizados²⁻³. Entre os DA mais comuns em mulheres em idade reprodutiva encontram-se a anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno de compulsão alimentar (TCA), afetando significativamente a saúde física e mental de gestantes⁴. Apresentando riscos obstétricos e neonatais aumentados:

- Desequilíbrios eletrolíticos⁵

- Baixo peso ao nascer⁶

- Parto pré-termo³

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) implementa intervenções estratégicas na identificação de sinais de alerta e no acompanhamento das grávidas em articulação com a equipa multidisciplinar (médicos, psicólogos, nutricionista).

Critérios de Inclusão

OBJETIVO: Mapear a evidência científica disponível sobre DA em grávidas

POPULAÇÃO: Mulheres grávidas

CONCEITO: DA, anorexia, bulimia, TCA

CONTEXTO: Todos os contextos em que se prestam cuidados à mulher grávida

Methodologia

Bases de dados: PubMed, CINAHL (EBSCO), MEDLINE (EBSCO), RCAAP

Friso cronológico: 2018-2025

Crítérios de inclusão: artigos em português e inglês;

estudos quantitativos, qualitativos e revisões de literatura

Crítérios de exclusão: resumos, editoriais, cartas; sem diagnóstico de DA

Resultados

1. Prevalência e Tipos de DA: AN (33 casos); BN (17 casos); TCA (1,8%)
2. Saúde Materno-Fetal: prematuridade, cesariana, baixo peso
3. Impacto na Saúde Mental: ansiedade, depressão, baixa autoestima
4. Fatores de Risco: histórico DA, insatisfação corporal, tabagismo
5. Intervenções e Lacunas: intervenção multidisciplinar precoce; baixo nível de escolaridade

Conclusão

A SR evidenciou que os DA durante a gravidez, como BN, AN e TCA, representam uma preocupação crescente devido às suas consequências negativas para a saúde materno-fetal. Isso reforça a necessidade de intervenções específicas por equipas multidisciplinares, com especial destaque para as intervenções dos EEESMO, ocupando um lugar privilegiado de primeiro contacto com as grávidas.

Sugere-se que futuras pesquisas explorem a eficácia de intervenções personalizadas e estratégias de prevenção adaptadas às necessidades das grávidas com DA.

Figura 1: Prisma 2020 Flow Diagram



ANEXOS

ANEXO I

Certificado de Participação no 5ª Conferência Online: parto e nascimento humanizados

II Simpósio de Aleitamento Inclusivo

I Simpósio de Parentalidade Plural



5ª Conferência Online: Parto e Nascimento Humanizados

II Simpósio de Aleitamento Inclusivo

I Simpósio Parentalidade Plural

Certificamos que

KSENIA STOYANOVSKAYA

participou da **5ª Conferência Online: Parto e Nascimento Humanizados**,
realizado no período de 11, 24, 25 e 26 de maio de 2024 e 8 e 9 de junho de 2024,
de forma online, com carga horária de 41 horas.

Itajaí, 24 de junho de 2024.

Realização:



— PORTAL —
**parto e
nascimento**



PROGRAMAÇÃO

Dia 1- Sábado, 11 de maio de 2024

I Simpósio de Aleitamento Inclusivo

- (1h15) Palestra: Posição do Bebê ao Peito- Carlos Gonzales
(50min) Palestra: Amamentação e Atívimo - Flávia Schaidheuer
(55min) Palestra: Articuladores da gestão da política pública de promoção, proteção e apoio à amamentação: papéis compartilhados - Rodrigo Cesar de Oliveira Carvalho
(50min) Palestra: Amamentação - uma questão de gênero e classe social - Amanda Itagy
(50min) Palestra: Lactação induzida - Honorina de Almeida
(50min) Palestra: Amamentação em pessoas com deficiências pcD - Virginia Ferreira
(1h) Mesa Redonda: Paradigma dos Apoios na Amamentação- Liga Moraes, Filipe Freitas, Isabel Rinaldo, Carla Santos
(50min) Palestra: Amamentação sob ponto de vista do bebê - Ludmila Tavares

Dia 2- Sexta, 24 de maio de 2024

- (1h) Palestra: O Real Significado de Humanizar um Parto Indo Além do Reconhecido - Naeli Vinaver
(1h) Palestra: Parto domiciliar: um direito de escolhas - Mayra Calvete, Heloisa Lessa
(1h20) Mesa Redonda: Como o modelo obstétrico e a assistência à saúde da mulher prestada por Enfermeiras Obstétricas tem se colocado no mercado no Brasil e em Portugal e o que o SUS pode aprender com isso - Luciane D'Avila, Gabriela Valerim, Margarite Maria de Lima, Vera Lopes, Sabrina da Silva de Souza

Dia 3- Sábado, 25 de maio de 2024

- (1h50) Palestra: Epistemia e integridade de gênero: já passou da hora de deixar de cortar! - Melissa Amorim
(1h10) Palestra: Atendendo partos de gestações múltiplas - Kristine Lauria
(1h) Palestra: O microbioma infantil explicado de forma simples - Toni Haman
(1h) Palestra: As bases que sustentam a humanização do parto e nascimento e sua resistência- Daphne Raltner, Bia Florenti
(1h) Palestra: Violência obstétrica ou má prática? - Carla Pita Santos, Mia Negrão
(50min) Palestra: Homens transsexuais e gestação: Uma revisão integrativa da literatura - Monalisa Barros
(1h) Oficina-Oficina: Racismo Obstétrico: Identificar para desconstruir- Laura Elisabete Figueiredo Brito, Patrícia Ramos Graça

Dia 4- Domingo, 26 de maio de 2024

- (1h00) Mesa Redonda: Desafios para a doulagem pela aprovação do PL 3046/2021 - Morgana Escóte, Natália Felber, Rafaela Martins, Daniela Cristina Wall, Natúcia Araújo
(50min) Palestra: Disruptores endócrinos no período perinatal - o que faz a saber? - Rute Castro
(50min) Palestra: Consentimento informado em obstetria - Francisca Soromenho

- (1h30) Palestra: Redescobrir o arte do parto pélvico - Kristine Lauria
(1h10) Mesa Redonda: RESOLUÇÃO COFEN Nº 737 DE 02 DE FEVEREIRO DE 2024: o que muda, o que se consolida e o que ainda precisa avançar no cenário da atenção ao Parto Domiciliar Planejado no Brasil - Diego Vieira de Mattos, Thayná Casarim Queiroz, Luciane de Silva d'Avila, Karina Trevisan
(1h10) Mesa Redonda: Sexualidade na gravidez, parto e pós-parto - Raquel Cajão, Caterina Gomes Mercadal, Miro JDS Santos, Rita Prudente
(50min) Palestra: Formação e atuação de obstetras no Brasil- Glaucia Cristina Vives Ferreira

Dia 5- Sábado, 8 de junho de 2024

I Simpósio Parentalidade Plural

- (1h20) Mesa Redonda: Mesa Redonda: Parentalidades Plurais - Marcia Renato de Carvalho, Humberto Baltar, Leonardo Porfeto, André Sobral
(1h) Palestra: Mães Brasileiras e a Pluralidade das Maternidades - Ligia Moreira
(50min) Palestra: Puerpério Palermo - Taigo Koch
(1h10) Mesa Redonda: Maternidades plurais - Fe Lopes, Marianna Muradas, Jennyfer Bekoy Tupinambá, Dr. Txarani, Sabrina Lage
(50min) Palestra: Além da Dor - Suporte Emocional à Perda Perinatal - Monalisa Barros
(50min) Palestra: Aspectos psíquicos do puerpério - a maternidade biológica e adotiva - Carolina Rabatto
(50min) Palestra: Direitos, saúde (não) reprodutiva e parentalidades trans - Ale Mujica Rodriguez
(50min) Palestra: Quando o bebê chega cedo demais: os desafios da maternidade prematura - Danielle Maciel

Dia 6- Domingo, 9 de junho de 2024

- (1h) Palestra: Recepção Humanizada ao Recém-Nascido - Tiacul Fazendeiro
(1h10) Mesa Redonda: Preparação para o parto - Isabel Ferreira, Carolina Appliston, Diego Pinto, Raquel Cajão, Rita Prudente
(50min) Palestra: Atuação das Doulas em Portugal - Apresentação de um inquérito nacional - Stilianie Stefanek
(1h) Mesa Redonda: Impacto Cultural e Social da Fotografia do Parto: Como as imagens de parto podem influenciar normas culturais e sociais, desmistificando e promovendo uma visão mais positiva e empoderada do processo de parto e nascimento - Clara Fernandes, Ellen Mendes, Paula Beltrão, Roberta Martins
(50min) Palestra: A atuação da fisioterapia no processo gestacional - Dominique Klaczko
(1h) Palestra: O que fazer para mitigar a violência obstétrica? - Teliana Henriques Leite, Ruth Rodrigues Mendes Ferreira
(1h30) Palestra: Abordagem do bebê pélvico na gravidez- Tatianne Frank
(50min) Palestra: Gestar é um trabalho! Deixar a gestante esculpir seu filho no ventre em paz, para uma sociedade melhor!- Fadynha



Apoio



ANEXO II

Certificado de Apresentação de poster “Distúrbios alimentares na gravidez”



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE LEIRIA

I JORNADAS SAÚDE DA MULHER

DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS AOS CUIDADOS HOSPITALARES

CERTIFICADO

Certifica-se que o Poster

DISTÚRBIOS ALIMENTARES NA GRAVIDEZ

Ksénia Stoyanovskaya¹, Teresa Margarida Carreira²

¹Serviço de Urgência Geral da ULSRL, ²Escola Superior de Saúde de Santarém, Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde, Unidade de Investigação IPSantarém

foi apresentado nas I Jornadas Saúde da Mulher da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria que decorreu nos dias 2 e 3 de maio de 2025, no Hospital de Santo André e no *Campus 5* do Instituto Politécnico de Leiria.

A COMISSÃO ORGANIZADORA

