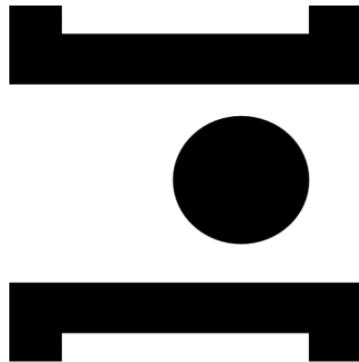


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: A VIVÊNCIA DA MULHER
NO PERÍODO PÓS-PARTO**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Margarida Miguel França da Conceição Pedrosa

Orientação:

Professora Doutora Sara Elisabete Cavaco Palma

dezembro, 2025

*“As pessoas esquecerão o que disseste, esquecerão o que fizeste,
mas nunca esquecerão como as fizeste sentir.”*

— Maya Angelou

AGRADECIMENTOS

As coisas boas da vida exigem esforço, no entanto são as mais árduas que nos levam a reconhecer a importância do apoio.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Sara. Agradecer pela sua total disponibilidade, orientação e amizade. Por torcer por nós, como se das suas filhas se tratasse. É mais do que uma professora para os seus alunos e é isso que a torna diferente e especial. A sua presença fez toda a diferença neste caminho. Tive e tenho muita sorte por a ter como orientadora.

Agradeço também a todos os professores que tive ao longo da minha vida. Tenho recordações desde a infância e consigo lembrar-me de todos aqueles que foram importantes para mim ao longo dos anos. É uma profissão muito nobre, pela qual tenho um profundo respeito e admiração.

Quero deixar também o meu mais sincero agradecimento às enfermeiras orientadoras com quem tive o prazer de me cruzar. Fizeram de mim uma melhor profissional e uma melhor pessoa. Levo comigo várias referências para a vida, nesta área tão bonita como a nossa. Agradeço também às equipas por onde passei, desde técnicos auxiliares de saúde, médicos, administrativos e empregadas de limpeza. Desde um simples sorriso às gargalhadas nos corredores e às muitas palavras de conforto. Fizeram-me sentir incluída e deram-me alento neste difícil percurso.

Não posso deixar de agradecer às principais intervenientes desta história: a todas as brilhantes mulheres que tive o prazer de acompanhar e cuidar, em tão diferentes fases de vida. Obrigada por confiarem em mim e por me darem contributos tão importantes para este trabalho. Aos bebés, em especial aos 48 que tive o privilégio de pegar pela primeira vez neste mundo, obrigada por me fazerem apaixonar ainda mais por esta profissão.

Às minhas queridas colegas de mestrado, Constança, Joana, Matilde e Márcia, agradeço por terem tornado este caminho mais feliz. Não teria sido o mesmo sem vocês. Foram vários os brindes que fizemos ao longo destes dois anos por este momento. Estamos quase.

Às minhas colegas e à minha incansável chefe, agradeço todo o apoio, as trocas fora de horas, os risos e os abraços que trouxeram leveza aos dias menos bons.

Aos meus amigos do coração, à família que eu escolhi, agradeço por não deixarem que a distância e os “não posso” afetassem a nossa bonita amizade. Prometo agora ter mais disponibilidade para nós.

À minha Maria, um agradecimento especial. Por fazeres por estar presente, por todas as mensagens bonitas, quase diárias, de força e carinho. Por me teres dado a melhor prenda, ser madrinha do meu querido afilhado Manel. Estaremos sempre juntos.

À minha família...

Mãe, agradeço-te por seres mãe. Uma palavra pequena, mas com tanta importância e impacto. Mesmo nos dias mais difíceis para ti, tentavas ajudar-me da melhor forma que conseguias.

Pai, Kátia e Mariana: agradeço por estarem sempre presentes na primeira fila da minha vida. Sei que estarão sempre prontos para aplaudir de pé todas as minhas conquistas. Esta é mais uma.

Avós, serei eternamente grata pelo vosso amor. Mesmo dos três que já partiram, sinto a vossa força e o vosso amor em todos os passos que dou. Avô António, o meu resistente e mau feitio, são quase 90 anos de vida. Obrigada por me acompanhares e apoiares numa fase tão importante e desafiante da minha vida.

Tia, primas e mini primas que nasceram neste último ano. Obrigada por serem família.

Ana, uma mistura de amiga com família. Encaixas bem em todo o lado e encaixaste tão bem na minha vida há quase oito anos atrás. És uma bênção. Tenho muita sorte por te ter na minha vida e por poder contar com o teu apoio e amizade.

Mel, para alguns uma simples cadela, para mim o meu maior amor. Foste a fiel companheira deste relatório. Lambeste várias lágrimas e aninhaste-te no meu colo enquanto escrevia muitas destas páginas. Mesmo sem o saberes, olhar para ti em muitos momentos deu-me motivação para continuar.

Rúben... palavras não chegam para te agradecer a importância que tiveste para mim. Foste mais do que podia pedir. Agradeço por seres o melhor companheiro de vida. Tenho tanto a agradecer, mas começo pelas refeições quentes (tu sabes o quanto adoro comida), pelos chás fora de horas, pelas correções do português e pelas ideias que fizeram todo o sentido. Mas, sobretudo agradeço a tua amizade e o teu amor incondicional. O teu abraço foi o melhor refúgio destes anos e desejo que continue a sê-lo sempre. Para a nossa vida fora.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACEESMO – Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

AFU – Altura do Fundo Uterino

APA – American Psychological Association

BCF – Batimentos Cardíofetais

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CTG – Cardiotocografia

DECS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

E – Estágio

EC – Ensino Clínico

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

IMC – Índice de Massa Corporal

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

ITP – Indução do Trabalho de Parto

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

JBI – Joanna Briggs Institute

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

MeSH – Medical Subject Headings

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCC – Participantes, Conceito e Contexto

PIE – Projeto Individual de Estágio

PMA – Procriação Medicamente Assistida
PPPP – Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade
RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
RE – Relatório de Estágio
RN – Recém-nascido
ScR – Scoping Review
SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
TEC – Transferência de Embriões Criopreservados
TP – Trabalho de Parto
UC – Unidade Curricular
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS – Unidade Local de Saúde
UMMF – Unidade de Medicina Materno-Fetal
UNICEF – United Nations Children’s Fund
WHO – World Health Organization

RESUMO

O presente relatório descreve e reflete o percurso formativo bem como a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A transição para a maternidade constitui um processo complexo, marcado por mudanças físicas, emocionais e identitárias que influenciam profundamente a experiência da mulher no período pós-parto. As primeiras semanas após o nascimento representam uma fase particularmente sensível, na qual emergem necessidades de apoio, validação e orientação especializada. O percurso formativo foi sustentado pela Teoria das Transições de Meleis, que concetualiza a maternidade como uma transição desenvolvimental que exige condições facilitadoras e uma prática de enfermagem sensível às vivências da mulher. Reconhecer esta complexidade reforçou a necessidade de aprofundar o fenómeno da experiência materna no pós-parto, articulando evidência científica, prática clínica e reflexão sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista. Metodologicamente, realizou-se uma *Scoping Review* segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute*®, com o objetivo de mapear a evidência científica existente sobre as vivências das puérperas nas primeiras semanas pós-parto. A análise dos estudos revelou fragilidades significativas no apoio prestado após a alta hospitalar. Estas lacunas identificadas justificaram o desenvolvimento de um estudo primário qualitativo, exploratório e descritivo, de forma a aprofundar, na perspetiva das próprias mulheres, os desafios sentidos, os recursos mobilizados e as necessidades percecionadas durante a transição para a maternidade. Os resultados mostraram que a maternidade é vivida como um processo simultaneamente enriquecedor e exigente, marcado por sentimentos ambivalentes. Destacaram-se dificuldades na adaptação ao novo papel, na amamentação, na gestão da fadiga e nos cuidados ao recém-nascido, bem como a perceção de apoio insuficiente após a alta hospitalar. Estes achados reforçam a relevância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção de uma transição saudável, através de cuidados humanizados, individualizados e orientados para a capacitação da mulher e da família.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Período pós-parto (DeCS/MeSH); Transição para a maternidade; Vivências.

ABSTRACT

This report describes and reflects on the training pathway, as well as on the acquisition and development of common and specific competencies in Maternal and Obstetric Health Nursing. The transition to motherhood is a complex process, marked by physical, emotional and identity changes that strongly influence women's experiences during the postpartum period. The first weeks after birth represent a particularly sensitive phase, during which needs for support, validation and specialised guidance emerge. The training pathway was grounded in Meleis' Transitions Theory, which conceptualises motherhood as a developmental transition that requires facilitating conditions and a nursing practice attuned to women's experiences. Recognising this complexity reinforced the need to deepen understanding of maternal experience in the postpartum period, articulating scientific evidence, clinical practice and reflection on the Specialist Nurse's intervention. Methodologically, a Scoping Review was conducted according to the Joanna Briggs Institute guidelines, with the aim of mapping the existing scientific evidence on the experiences of postpartum women in the first weeks after birth. The analysis of the studies revealed significant weaknesses in the support provided after hospital discharge. These gaps justified the development of a qualitative, exploratory and descriptive primary study, in order to deepen, from the women's own perspectives, the challenges faced, the resources mobilised and the perceived needs during the transition to motherhood. The results showed that motherhood is experienced as a process that is simultaneously enriching and demanding, marked by ambivalent feelings. Difficulties emerged regarding adaptation to the new role, breastfeeding, fatigue management and newborn care, as well as the perception of insufficient support after hospital discharge. These findings reinforce the relevance of the intervention of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing in promoting a healthy transition through humanised, individualised care focused on empowering women and families.

Keywords: Experiences; Nurse Midwives (DeCS/MeSH); Postpartum Period (DeCS/MeSH); Transition to motherhood.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	15
1.1 O PROCESSO DE TORNAR-SE MÃE: UMA TRANSIÇÃO PESSOAL E SOCIAL ...	15
1.2 TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE À LUZ DA TEORIA DE TRANSIÇÃO DE AFAF MELEIS	21
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
2.1 SCOPING REVIEW	25
2.2 TRABALHO DE CAMPO	27
2.2.1 DESENHO DO ESTUDO E ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	27
2.2.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	30
2.2.3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	31
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NOS DIFERENTES CONTEXTOS	44
3.1 ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO	44
3.2 ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA EM GINECOLOGIA	51
3.3 ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA.....	54
3.4 ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE	59
3.5 ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO BLOCO DE PARTOS	63
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
APÊNDICES	90
APÊNDICE I – PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	91
APÊNDICE II – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	132
APÊNDICE III – SCOPING REVIEW	134
APÊNDICE IV – RAZÕES PARA EXCLUSÃO DOS ARTIGOS	173

APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO	175
APÊNDICE VI – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	181
APÊNDICE VII – MATRIZ DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	186
APÊNDICE VIII – SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO “A VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS- PARTO”	197
APÊNDICE IX – FOLHETO INFORMATIVO “EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA”.....	203
APÊNDICE X – PÓSTER “IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS-PARTO - CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA”	205
ANEXOS.....	207
ANEXO I – PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA	208
ANEXO II – SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS.....	210
ANEXO III – 1º PRÉMIO RECEBIDO PELO PÓSTER APRESENTADO NO 4º ENCONTRO DE EEESMO DA ULSAS “PLANEAR O FUTURO”	212
ANEXO IV – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO “SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH”	214
ANEXO V – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS 1 ^{as} JORNADAS DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM DA ULS SANTA MARIA	216
ANEXO VI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO “CARDIOTOCOGRAFIA”.....	218
ANEXO VII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO “SUTURA PERINEAL BASEADO EM EVIDÊNCIA”	220

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	33
TABELA 2 - OBJETIVOS DOS EC	105
TABELA 3 - EXTRAÇÃO DOS DADOS DOS ARTIGOS INCLUÍDOS E PRINCIPAIS DESCOBERTAS... ..	145
TABELA 4 - RAZÕES PARA EXCLUSÃO DOS ARTIGOS	174
TABELA 5 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DAS PARTICIPANTES	187
TABELA 6 - CATEGORIA I – MUDANÇAS E SENTIMENTOS PERCEBIDOS PELAS PUÉRPERAS.....	188
TABELA 7 - CATEGORIA II – REORGANIZAÇÃO DAS ROTINAS E DA DINÂMICA FAMILIAR	191
TABELA 8 - CATEGORIA III – EDUCAÇÃO PRÉ-NATAL.....	192
TABELA 9 - CATEGORIA IV – PERCEÇÃO SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	193
TABELA 10 - CATEGORIA V – REDE DE APOIO.....	194
TABELA 11 - CATEGORIA VI – NECESSIDADES E RECOMENDAÇÕES DAS PUÉRPERAS.....	195

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), integrada no 2º ano do 10º Curso de Mestrado em ESMO da Escola Superior de Saúde de Santarém. Este documento reflete o percurso formativo, através de uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas nos diferentes Estágios (E), evidenciando a aquisição e consolidação das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), bem como dos Descritores de Dublin aplicáveis ao 2º ciclo de estudos. Estas competências representam pilares essenciais para a prestação de cuidados especializados, seguros e de excelência à mulher, ao longo do ciclo sexual e reprodutivo, em diferentes contextos de saúde e doença, abrangendo igualmente o recém-nascido e a família.

O percurso académico decorreu entre setembro de 2024 e julho de 2025, num total de 1000 horas de prática clínica realizadas em diferentes instituições da região de Lisboa e Vale do Tejo. Estas horas foram distribuídas por cinco contextos fundamentais, possibilitando uma visão abrangente da profissão, nomeadamente:

- I) EEESMO no Puerpério;
- II) EEESMO em Ginecologia;
- III) EEESMO na Gravidez Patológica;
- IV) EEESMO na Comunidade;
- V) EEESMO no Bloco de Partos.

Neste sentido, definiram-se os seguintes objetivos para o presente Relatório de Estágio (RE):

- I) Descrever as atividades desenvolvidas nos estágios, em conformidade com os objetivos delineados no Projeto Individual de Estágio (PIE) (Apêndice I), sustentando a análise numa perspetiva crítica, reflexiva e baseada em evidência científica;
- II) Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados à mulher e família, em diferentes processos de saúde e doença ao longo do ciclo sexual e reprodutivo;
- III) Desenvolver competências no domínio da investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;

IV) Compreender as vivências da mulher na transição para a maternidade.

A escolha da temática “transição para a maternidade” emergiu da conjugação de fatores pessoais e profissionais. Do ponto de vista pessoal, decorre de um interesse genuíno pelo fenómeno da maternidade e pelas múltiplas transformações que este implica na vida da mulher. Do ponto de vista profissional, a escolha deste tema resulta daquilo que observo diariamente no meu exercício clínico, acompanhando mulheres neste processo de transição. Estas observações revelaram lacunas no acompanhamento hospitalar e, sobretudo, no período pós-alta, onde persistem fragilidades no apoio, na orientação e na implementação de estratégias que promovam uma adaptação saudável ao papel materno.

Numa fase inicial, o presente trabalho centrou-se na transição para a parentalidade enquanto processo relacional e multidimensional. Contudo, ao longo do seu desenvolvimento, o foco foi delimitado, passando a incidir especificamente sobre a maternidade. Embora o conceito de parentalidade seja mais abrangente e englobe o conjunto de práticas, comportamentos e responsabilidades assumidas por ambos os cuidadores (Loreto & Raposo, 2023; Mesquita, 2013), o presente relatório privilegia a experiência materna. Esta opção justifica-se pelo facto de a vivência da mulher durante a transição para o papel de mãe apresentar características singulares que ultrapassam a dimensão biológica, envolvendo profundas transformações emocionais, sociais e identitárias (Gorin et al., 2015). Para além disso, esta transição constitui um fenómeno de saúde relevante, com impacto significativo no bem-estar materno e na dinâmica familiar.

Com o objetivo de reunir e sintetizar a evidência científica disponível sobre esta temática, foi realizada uma *Scoping Review* (ScR) segundo as orientações metodológicas do *Joanna Briggs Institute*® (JBI) (Aromataris & Munn, 2020), procurando responder à questão de investigação: “Quais as vivências da puérpera na transição para a maternidade durante o período pós-parto?”. Para complementar esta abordagem, desenvolveu-se um estudo primário de abordagem qualitativa, de carácter descritivo e exploratório, baseado em entrevistas semiestruturadas a puérperas primíparas, entre a segunda e a quarta semana pós-parto.

As transições constituem um dos focos centrais dos cuidados de enfermagem. A passagem de um papel não parental para um papel parental é definida por Meleis (2010) como uma transição desenvolvimental, implicando mudanças profundas no ciclo vital humano. Nesta perspetiva, o enfermeiro atua como facilitador do processo de adaptação,

promovendo condições que favoreçam uma transição saudável e o fortalecimento das competências maternas (Meleis, 2010).

Estruturalmente, este relatório organiza-se em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico e conceitual, aprofundando os principais conceitos relacionados com a temática em estudo e descrevendo o Modelo das Transições de Meleis, que sustentou a prática de cuidados desenvolvida. O segundo capítulo descreve a metodologia utilizada, detalhando as opções metodológicas relativas à *scoping review* e ao estudo primário. O terceiro capítulo é dedicado à análise crítica e reflexiva do processo de aquisição das competências gerais e específicas do EEESMO em cada contexto de estágio. Por fim, o quarto capítulo sintetiza os aspetos mais relevantes do relatório e as principais conclusões decorrentes do seu desenvolvimento.

A elaboração deste documento seguiu as normas de referência da American Psychological Association (APA) 7ª edição, e foi estruturada de acordo com as orientações para trabalhos académicos da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, este relatório culminará numa apresentação e defesa pública.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL

Este capítulo apresenta o enquadramento teórico que sustenta a temática em estudo. Integra uma revisão narrativa da literatura atual e o referencial teórico que norteou o percurso académico. São abordados os principais elementos que caracterizam a transição para a maternidade, englobando dimensões físicas, emocionais, sociais e culturais que influenciam as vivências e necessidades das puérperas ao longo desta fase de transição.

1.1 O PROCESSO DE TORNAR-SE MÃE: UMA TRANSIÇÃO PESSOAL E SOCIAL

O período pós-parto, também denominado puerpério, inicia-se após a dequitação e prolonga-se até cerca de seis semanas após o parto. Durante esta fase, o organismo materno inicia o retorno progressivo ao estado pré-gravídico, embora algumas alterações possam persistir para além deste período. O puerpério é tradicionalmente dividido em três fases: imediato (primeiras 24 horas), precoce (até ao final da primeira semana) e tardio (até à sexta semana) (Ferreira, 2016, p. 438). Cada uma delas está associada a exigências próprias relacionadas com a recuperação física, reorganização emocional e integração de novos papéis familiares (Hartmann et al., 2017).

Embora historicamente idealizada como expressão de amor incondicional, sacrifício e entrega total, a maternidade pode gerar expectativas irrealistas, aumentando a pressão sobre as mulheres na conciliação entre o papel materno e a vida pessoal, profissional e familiar (Fonseca & Canavarro, 2017). Assim, este fenómeno deve ser entendido como uma construção social, influenciada por variáveis como género, classe, condições laborais e cultura. As políticas públicas, os discursos sociais e as normas culturais moldam a forma como a experiência materna é percecionada e regulada, condicionando vivências e práticas das mulheres ao longo deste processo (Graham et al., 2022).

Neste âmbito, o The United Nations Children's Fund [UNICEF] (2024) realça a importância das políticas públicas de apoio à maternidade, como a licença parental e o incentivo à amamentação, reforçando que os primeiros mil dias de vida são determinantes para o desenvolvimento infantil e para o bem-estar materno.

Contudo, em Portugal, persistem constrangimentos na efetivação de políticas que apoiem a maternidade. Por exemplo, em 2025, manteve-se a discussão sobre a possibilidade de alargar a licença parental partilhada para 180 dias remunerados a 100%, uma medida recomendada por entidades internacionais, mas ainda não efetivada a nível nacional (UNICEF, 2019). Esta discrepância revela fragilidades na implementação de políticas de

apoio à maternidade e reforça a necessidade de garantir medidas consistentes e baseadas na evidência, que salvaguardem a saúde materna e infantil.

A transição para a maternidade implica uma profunda reorganização da identidade. Este processo envolve não apenas a integração do novo papel materno, mas também um luto pela identidade anterior, uma vez que muitas mulheres referem sentir perda de rotinas, autonomia e disponibilidade pessoal, ao mesmo tempo que assumem novas responsabilidades (Rubin, 1984, citada em Mercer, 2004).

Para além destas transformações identitárias, a transição para a maternidade é marcada por uma acentuada ambivalência emocional, sendo comum a coexistência de sentimentos contraditórios tais como alegria, amor e satisfação, simultaneamente com medo, incerteza, exaustão e dúvida (Zanatta et al., 2017).

A literatura mostra que as expectativas formadas durante a gravidez desempenham um papel central na forma como a mulher vivencia o período pós-parto. Quando existe discrepância entre expectativas idealizadas e a realidade quotidiana, nomeadamente no comportamento do recém-nascido, na exigência física, na privação de sono e na amamentação, podem emergir sentimentos de inadequação, frustração ou ansiedade (Benatti et al., 2020; Canavarro e Pedrosa, 2005; Zanatta et al., 2017). Esta dissonância entre o esperado e o vivido contribui para a ambivalência emocional e reforça a importância de preparar as mulheres, ainda durante a gravidez, para uma visão realista da maternidade.

Também o corpo materno sofre alterações significativas neste período. Mudanças relacionadas com dor, fadiga, alterações hormonais, cicatrização e perturbações do padrão de sono influenciam o bem-estar físico e o processo de recuperação pós-parto (Declercq et al., 2014). Estas transformações repercutem-se igualmente na perceção da imagem corporal, sendo frequente as mulheres relatarem estranheza face ao “novo corpo” e pressão para recuperar rapidamente a aparência pré-gravidez, o que contribui para insatisfação corporal e maior vulnerabilidade emocional (Hodgkinson et al., 2014).

A sexualidade no pós-parto é também afetada, observando-se em muitas mulheres, diminuição do desejo, ansiedade associada à dor e impacto da insatisfação corporal na função sexual (Rezaei et al., 2024; Youseflu et al., 2019). Estes aspetos requerem uma abordagem sensível e individualizada por parte dos profissionais de saúde.

O papel das redes sociais na experiência da maternidade tem vindo a ser amplamente estudado e revela uma influência ambivalente. Por um lado, estas plataformas funcionam como espaços de apoio, partilha e construção de comunidades entre mulheres, facilitando o

acesso a informação, recursos e narrativas de experiências reais (Ammari & Schoenebeck, 2015; Johnson, 2015). Contudo, vários autores alertam para os riscos associados à idealização da maternidade nas redes sociais. Chae (2014) descreve este fenómeno como “*mommy surveillance culture*”, onde as mulheres se sentem constantemente observadas e avaliadas quanto ao seu desempenho enquanto mães. Imagens cuidadosamente editadas, rotinas perfeitas e recuperações físicas rápidas reforçam modelos de maternidade esteticamente normativos. Estudos como o de Tang et al. (2022) mostram que a exposição frequente a estes conteúdos está associada a maior comparação social, diminuição da autoestima e aumento de sintomas de ansiedade. Estas influências digitais moldam, assim, parte das vivências da maternidade, condicionando expectativas e necessidades sentidas no pós-parto.

O vínculo materno, entendido como o conjunto de emoções, pensamentos e comportamentos que a mãe desenvolve em relação ao bebé, inicia-se habitualmente durante a gravidez e fortalece-se após o nascimento (Kinsey & Hupcey, 2013). A qualidade desta ligação é influenciada por diversos fatores, entre os quais se incluem a saúde física e mental materna, a disponibilidade emocional, o suporte social, as experiências prévias, incluindo a experiência de parto e práticas como o contacto pele-a-pele e o alojamento conjunto. Estes elementos têm impacto significativo tanto no desenvolvimento socioemocional da criança como no bem-estar materno (Delfino, 2012; Waal et al., 2023).

Neste contexto, a amamentação destaca-se como um momento privilegiado de ligação afetiva, embora possa também ser vivida como fonte de ansiedade quando surgem dificuldades ou quando a mãe se sente pressionada a corresponder a normas sociais que idealizam a maternidade (Dennis & McQueen, 2009; Jackson et al., 2021). Assim, a identificação e promoção de fatores protetores que favoreçam a construção de um vínculo seguro revelam-se essenciais para uma adaptação positiva à parentalidade (Meleis, 2010; Waal et al., 2023). Como Mercer (2004) evidencia, a qualidade do vínculo materno está profundamente ligada ao processo de construção da identidade materna e às condições emocionais e contextuais que a influenciam.

Este período caracteriza-se por uma acentuada vulnerabilidade emocional, o que pode favorecer o surgimento de perturbações psicológicas com impacto significativo na saúde materna e no desenvolvimento infantil. Entre estas, a depressão pós-parto destaca-se pela sua elevada prevalência e pelos efeitos negativos no bem-estar da mulher e na relação da tríade (Amer et al., 2024). A Organização Mundial da Saúde [OMS] (2022) estima que

cerca de uma em cada cinco mulheres possa experienciar uma perturbação de saúde mental no período perinatal. Em Portugal, a prevalência da depressão pós-parto é estimada entre 12% a 16% (Melo et al., 2024).

As exigências da maternidade podem ser agravadas por desigualdades sociais e de género, que conferem às mulheres maior carga e responsabilidade na gestão das tarefas domésticas e dos cuidados à criança. Estas desigualdades estendem-se também à esfera profissional, contribuindo para a denominada penalização da maternidade, traduzida em menor progressão na carreira e perdas salariais, perpetuando assimetrias estruturais (Kleven et al., 2019). Para além disso, estas exigências tornam-se ainda mais intensas em contextos de vulnerabilidade socioeconómica, onde o acesso a recursos e apoio institucional é limitado (Xiao et al., 2024).

As mulheres imigrantes enfrentam vulnerabilidades adicionais, incluindo barreiras linguísticas, discriminação e ausência de redes de apoio, fatores que dificultam o acesso a cuidados de saúde e aumentam o risco de perturbações psicológicas no período pós-parto. Estas vulnerabilidades traduzem-se frequentemente em maiores dificuldades na amamentação, em menor acesso à literacia em saúde e em obstáculos na utilização efetiva dos serviços de saúde, aspetos que podem comprometer o vínculo materno e a saúde global da família (Almeida et al., 2016; Hirani, 2024). Intervenções sensíveis à diversidade cultural são essenciais para garantir equidade nos cuidados.

O apoio formal, prestado por profissionais de saúde, e o apoio informal, proveniente da família, amigos e comunidade, desempenham papéis essenciais na adaptação à maternidade. O/a parceiro/a constitui frequentemente a primeira fonte de suporte, exercendo uma influência determinante na procura de ajuda e no bem-estar materno. A insuficiência destes apoios associa-se a um maior isolamento e vulnerabilidade emocional (Fonseca e Canavarro, 2017; Simpson, 2022; Warren, 2005).

O regresso a casa após a alta hospitalar representa um momento vulnerável e crítico para muitas mulheres, frequentemente marcado por dúvidas e inseguranças relacionadas com os cuidados ao recém-nascido, a amamentação e a reorganização das rotinas familiares (Baratieri & Natal, 2019; Zanatta et al., 2017). Estas vivências revelam necessidades específicas de informação, apoio emocional, acompanhamento contínuo e validação das dificuldades, aspetos bastante descritos na literatura.

Neste sentido, o American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2018) recomenda que o planeamento dos cuidados pós-parto se inicie durante a gravidez,

com a definição de um plano de cuidados individualizado que inclua, entre outros aspetos, o acompanhamento da recuperação física, a promoção da saúde mental e o apoio à amamentação, garantindo uma transição mais segura e informada para a parentalidade. Em consonância com estas orientações, a Organização Mundial da Saúde enfatiza que as primeiras semanas após o parto constituem um período crítico para a saúde materna e neonatal, defendendo a realização de contactos pós-natais precoces, nomeadamente entre 48–72 horas e entre 7–14 dias após a alta, de forma a identificar precocemente dificuldades na amamentação, alterações emocionais e necessidades de apoio nos cuidados ao recém-nascido (OMS, 2022).

A evidência nacional reforça igualmente a vulnerabilidade deste período, revelando que muitas mulheres relatam insegurança, dúvidas e desafios significativos nos primeiros dias em casa (Mendes, 2012; Rasteiro et al., 2021).

Apesar do consenso internacional e nacional quanto à importância do acompanhamento pós-natal precoce, a prática em Portugal tende a revelar uma realidade distinta. Embora a consulta de puerpério esteja prevista em contexto comunitário, esta é frequentemente agendada apenas entre a 4^a e a 6^a semana após o parto (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

Face a estas discrepâncias entre recomendações e prática, torna-se pertinente analisar os instrumentos normativos existentes em Portugal que orientam a intervenção do EEESMO.

Neste contexto, o Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à Parentalidade, elaborado pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), assume particular relevância na qualificação dos cuidados durante a transição para a parentalidade. O documento enfatiza a importância da intervenção do EEESMO na capacitação e empoderamento dos casais, reforçando que o apoio deve iniciar-se durante a gravidez e prolongar-se ao longo do pós-parto. Entre as orientações propostas, o guia destaca a promoção da amamentação, a vigilância da saúde física e emocional da mulher, com recurso a instrumentos como a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), e o reforço das competências parentais nos cuidados ao recém-nascido, incluindo cuidados de higiene e conforto, posicionamento e banho, segurança no sono, prevenção de acidentes e reconhecimento dos sinais de alerta. O guia evidencia ainda a importância de apoiar as famílias na reorganização das rotinas familiares e no equilíbrio entre conjugalidade e parentalidade, reconhecendo estes elementos como pilares essenciais para uma adaptação positiva ao novo papel. Para garantir continuidade e acessibilidade dos cuidados, o

documento recomenda a realização de consultas de seguimento em diferentes formatos: presencial na unidade de saúde ou no domicílio, bem como a dinamização de sessões de grupo, que funcionam como espaços privilegiados de partilha de experiências e de reforço das redes formais e informais de apoio (Cardoso et al., 2024).

Contudo, a implementação destas orientações enfrenta constrangimentos, nomeadamente a escassez de recursos humanos, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e a desigualdade territorial no acesso a cuidados. Estas limitações podem traduzir-se em atrasos na primeira avaliação pós-natal, o que compromete a deteção precoce de dificuldades ou alterações. Estes desafios evidenciam a necessidade de maior investimento político e organizacional para que as recomendações se traduzam em práticas consistentes e efetivas no acompanhamento das famílias durante o período pós-natal (Brandão, 2022).

Neste contexto, o EEESMO assume uma responsabilidade central no apoio à mulher e à família. Compete-lhe reforçar as competências parentais, identificar complicações, fatores de risco e facilitar a adaptação à parentalidade (Carvalho, 2020; Manning, 2008). As intervenções de enfermagem desenvolvidas neste campo revelam-se particularmente pertinentes, uma vez que se enquadram plenamente no âmbito das competências definidas para o EEESMO. Segundo o Regulamento n.º 391/2019 das Competências Específicas do EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 13563), é da competência deste profissional “cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal, de forma que potencie a saúde da puérpera e do recém-nascido, ao apoiar os mesmos neste processo de transição e de apoio à parentalidade”.

Assim, as intervenções realizadas não só respondem às necessidades emergentes no período pós-natal, como também garantem uma atuação fundamentada, orientada para a promoção da saúde, a adaptação à parentalidade e o bem-estar integral da mulher e do recém-nascido. Este enquadramento reforça a legitimidade e a relevância da prática especializada de enfermagem neste contexto, assegurando cuidados de qualidade e adequados às exigências deste período de transição familiar.

Em síntese, a literatura evidencia que a transição para a maternidade é um processo complexo, marcado por múltiplas vivências e necessidades que exigem respostas individualizadas. Este enquadramento reforça a pertinência de explorar, de forma sistemática, quais as vivências e necessidades identificadas pelas puérperas durante as primeiras seis semanas pós-parto, contribuindo para uma prática de enfermagem especializada mais informada, sensível e baseada na evidência.

1.2 TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE À LUZ DA TEORIA DE TRANSIÇÃO DE AFAP MELEIS

Segundo Ribeiro et al. (2018), os modelos e as teorias de Enfermagem permitem compreender e dar sentido à prática, assegurando um exercício profissional rigoroso, baseado em pressupostos filosóficos e científicos. Merino et al. (2018) reforçam que as teorias de enfermagem estruturam e fundamentam o conhecimento do enfermeiro, promovendo uma atuação mais coerente, intencional e direcionada.

Pelo exposto, a teoria das transições de Afaf Meleis foi o referencial elegido, constituindo o alicerce conceitual deste relatório e orientando a prestação de cuidados durante os E, uma vez que a autora destaca a importância da atuação do enfermeiro nos momentos de mudança, reconhecendo-lhe as competências específicas para atuar como agente promotor de transições saudáveis (Meleis, 2010).

No referencial teórico de Meleis, a transição é entendida como um processo dinâmico de passagem entre estados, situações ou condições de vida, que se traduz em alterações ao nível do comportamento, da identidade, das capacidades, das responsabilidades e das relações. Esta passagem pode gerar instabilidade e vulnerabilidade, mas simultaneamente constitui uma oportunidade de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento. Ao longo da vida, os indivíduos podem experienciar diferentes tipos de transições, que, embora distintas, partilham características comuns, nomeadamente a necessidade de adaptação, a redefinição de papéis e a aquisição de novas competências (Meleis et al., 2000). As transições classificam-se em quatro categorias:

- **Desenvolvimentais**, associadas às fases do ciclo vital, como a adolescência, a parentalidade, a reforma ou o envelhecimento;
- **Situacionais**, decorrentes de mudanças em funções ou circunstâncias específicas, como a entrada no mercado de trabalho, a migração ou alterações no estado civil;
- **De saúde/doença**, relacionadas com modificações no estado de saúde, como o diagnóstico de uma condição crónica, a hospitalização ou a reabilitação;
- **Organizacionais**, que envolvem transformações em contextos institucionais ou profissionais, como a implementação de políticas ou mudanças nas práticas clínicas.

A Teoria das Transições inclui a maternidade como um exemplo paradigmático de transição desenvolvimental, reconhecendo que o processo de tornar-se mãe implica uma reorganização profunda da identidade, das relações e dos papéis sociais (Meleis et al., 2000;

Meleis, 2010). Embora a autora não descreva exaustivamente as especificidades do período pós-parto, os princípios conceituais da teoria enquadram de forma consistente as mudanças vivenciadas pelas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. Assim, a aplicação da teoria à prática da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica constitui uma extensão natural dos pressupostos de Meleis ao contexto clínico.

Estas transições podem ocorrer isoladamente, de forma sequencial ou simultânea. No caso da maternidade, a mulher tende a vivenciar várias transições sobrepostas: uma transição desenvolvimental (assumir a identidade materna), situacional (redefinição de papéis familiares), de saúde/doença (adaptação ao surgimento de novas condições clínicas próprias da gravidez e do puerpério, como diabetes gestacional, hipotiroidismo gestacional, pré-eclâmpsia ou perturbações psicológicas) e, em certas circunstâncias, organizacional (alterações no funcionamento dos serviços de saúde, no acesso a cuidados ou nas políticas de apoio à parentalidade). A coexistência de várias transições potencia desafios e aumenta a vulnerabilidade, exigindo do EEESMO intervenções diferenciadas e ajustadas às necessidades da mulher e da família (Meleis, 2010).

As transições apresentam propriedades específicas, nomeadamente a consciência, o envolvimento, a mudança e a diferença, o tempo e os eventos críticos, que permitem avaliar a forma como o indivíduo vivencia o processo de mudança (Meleis et al., 2000). No contexto da maternidade:

- A consciência corresponde à percepção da mulher sobre as transformações inerentes ao novo papel, podendo ser promovida e fortalecida desde o pré-natal;
- O envolvimento reflete a sua participação ativa na preparação para o parto e parentalidade;
- Os eventos críticos, como o parto, o regresso a casa e as primeiras semanas pós-parto, constituem momentos de maior vulnerabilidade, nos quais o suporte do EEESMO assume especial relevância.

Para que o enfermeiro possa atuar como facilitador da transição, Meleis defende a compreensão das condições pessoais, comunitárias e sociais que influenciam o processo, funcionando como fatores facilitadores ou inibidores. Entre as condições pessoais pode-se incluir a idade materna, conhecimentos prévios, preparação para o parto e parentalidade, estado de saúde, crenças, experiências anteriores e estatuto socioeconómico. As condições comunitárias relacionam-se com a rede de apoio e recursos disponíveis. As condições sociais

abrangem políticas de saúde, como a licença parental, normas culturais e a forma como a sociedade valoriza a maternidade (Meleis et al., 2000).

A teoria das transições fornece também um conjunto de padrões de resposta que permite avaliar a evolução do processo e a adaptação ao novo papel materno. Estes incluem indicadores de processo, como a interação com o recém-nascido e a família, o envolvimento nos cuidados, a reformulação de rotinas e o desenvolvimento de competências parentais; e indicadores de resultado, como o bem-estar emocional, a confiança e autoeficácia materna, a integração do papel materno na identidade e a estabilidade das dinâmicas familiares (Cardoso et al., 2024; Meleis et al., 2000).

A monitorização destes indicadores permite ao EEESMO identificar precocemente dificuldades e ajustar as intervenções.

À luz da teoria de Meleis, uma transição saudável caracteriza-se por equilíbrio emocional, sentimento de competência, integração do novo papel e ausência de sofrimento desnecessário. Pelo contrário, uma transição não saudável manifesta-se por insegurança persistente, baixa autoeficácia, desorganização emocional, isolamento e dificuldades significativas na adaptação ao novo papel (Meleis, 2010).

Para promover transições saudáveis, Meleis descreve diversas intervenções facilitadoras, que, aplicadas ao contexto da saúde materna, incluem:

- avaliação contínua das expectativas, necessidades e preocupações da mulher;
- preparação antecipada e educação pré-natal realista;
- capacitação para a adaptação ao papel materno e para os cuidados ao recém-nascido;
- apoio emocional e validação das vivências, respeitando a ambivalência;
- envolvimento do parceiro e fortalecimento das redes de apoio;
- promoção da continuidade dos cuidados e acompanhamento precoce no pós-parto.

A maternidade, sendo irreversível e profundamente transformadora (Ferreira, 2021), exige adaptação psicológica, relacional, social e cultural, bem como a reorganização da vida familiar e a aquisição de competências que permitam responder às necessidades do recém-nascido (Cabral & Oliveira, 2010). Neste sentido, o EEESMO constitui um elemento fundamental no apoio à mulher e à família, contribuindo para a identificação de fatores que possam comprometer a transição e para a implementação de intervenções adequadas às necessidades identificadas (Meleis, 2010).

Deste modo, à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, a transição para a maternidade é compreendida como um processo complexo, multidimensional e influenciado por múltiplos fatores. Esta perspectiva fornece um enquadramento conceitual robusto e sensível, essencial para compreender as vivências e necessidades das puérperas no período pós-parto.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia corresponde ao conjunto de princípios e procedimentos que sustentam e orientam a produção de conhecimento científico, constituindo um elemento fundamental para a qualidade e credibilidade da investigação em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Vilelas, 2022).

Este capítulo apresenta o percurso metodológico desenvolvido para a aquisição de competências em investigação em Enfermagem. Para tal, procedeu-se à realização de uma revisão da literatura segundo a metodologia *Scoping Review*, seguida de um estudo primário de natureza qualitativa, exploratória e descritiva.

2.1 SCOPING REVIEW

Uma ScR consiste numa síntese de evidências que visa identificar e mapear a amplitude da informação existente sobre um determinado tema, reunindo dados provenientes de diversas fontes e contextos (Amendoeira, 2022).

Neste sentido, foi realizada uma ScR (Apêndice III), orientada pelos princípios metodológicos do *Joanna Briggs Institute*[®] (Aromataris & Munn, 2020), com o objetivo de mapear a evidência científica relativa às vivências das puérperas na transição para a maternidade durante o período pós-parto.

A questão de investigação foi definida segundo a mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto):

- a) **Participantes:** puérperas;
- b) **Conceitos:** vivências na transição para a maternidade;
- c) **Contexto:** período pós-parto.

Com base nesta estrutura, formulou-se a seguinte questão de investigação: **“Quais as vivências da puérpera na transição para a maternidade durante o período pós-parto?”**. Foram incluídos todos os tipos de desenho de estudo, sem limite temporal definido, com resumo e texto integral disponíveis, redigidos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, referentes à espécie humana e que abordassem puérperas adultas (> 18 anos), primíparas ou múltiparas sem patologia associada, com recém-nascido saudável e com foco nas vivências maternas durante as primeiras seis semanas após o parto. Excluíram-se estudos que abordavam a perceção dos profissionais de saúde, a avaliação dos cuidados recebidos, o contexto da infância ou o período pandémico COVID-19.

A pesquisa decorreu em dezembro de 2024 e foi atualizada em setembro de 2025, seguindo um protocolo prévio registado no *Open Science Framework* (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/9XB6J>).

Foram utilizadas as plataformas *PubMed*, *RCAAP* e *EBSCOhost*, incluindo as bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete* e *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*. Utilizou-se a seguinte expressão de pesquisa: “**(Postpartum Period) AND (Mothers OR Women) AND (Experience OR Perception) AND (Midwifery OR Nursing Care)**”.

A seleção dos estudos foi conduzida com base no diagrama de fluxo PRISMA 2020 *flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only* (Apêndice III) e compreendeu as três etapas principais para a ScR.

Na primeira fase, *Identification*, foram encontrados 969 artigos nas plataformas, dos quais 44 foram eliminados por se encontrarem duplicados.

Na segunda fase, *Screening*, após a triagem de títulos e resumos, 908 artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios definidos. Foram selecionados 17 artigos para leitura integral, tendo 6 sido excluídos por não responderem à questão de investigação ou por ultrapassarem o período temporal estipulado. Na terceira fase, *Included*, foram incluídos 11 estudos, publicados entre 1998 e 2025, provenientes de diferentes países e com desenhos metodológicos qualitativos, quantitativos e mistos.

Da análise dos estudos emergiram cinco categorias principais que sintetizam as vivências das puérperas no pós-parto: 1) Vivências emocionais e psicológicas; 2) Mudanças corporais e repercussões na autoimagem; 3) Processo de construção da identidade materna; 4) Apoio formal e informal recebido; 5) Implicações para a prática do EEESMO.

A análise realizada evidencia que a transição para a maternidade constitui um fenómeno complexo, no qual se articulam dimensões emocionais, físicas, relacionais e socioculturais que influenciam de forma significativa o bem-estar da puérpera.

As vivências descritas nos estudos revelam sentimentos ambivalentes, necessidades de apoio consistentes e uma vulnerabilidade acrescida durante as primeiras semanas após o parto. A adaptação a este novo papel depende, em grande medida, da qualidade do suporte formal e informal disponível, bem como da capacidade dos profissionais de saúde em reconhecer e responder às particularidades de cada mulher.

Neste contexto, destaca-se o contributo do EEESMO, cuja atuação se revela determinante na promoção de cuidados continuados, humanizados e culturalmente sensíveis,

incluindo contactos regulares e visitas domiciliárias que favorecem uma adaptação mais segura e contribuem para o bem-estar materno e familiar. Assim, esta ScR contribui para clarificar áreas prioritárias de intervenção e reforça a necessidade de práticas fundamentadas na evidência, capazes de responder às reais necessidades das mulheres no período pós-parto.

2.2 TRABALHO DE CAMPO

A realização da *Scoping Review* permitiu mapear a evidência científica existente sobre as vivências das puérperas na transição para a maternidade e identificar fragilidades no apoio disponibilizado no período pós-alta hospitalar. Ao confrontar estes resultados com a realidade observada nos contextos de cuidados, tornou-se evidente a necessidade de aprofundar este fenómeno junto das próprias mulheres.

Neste sentido, desenvolveu-se um estudo primário qualitativo com o objetivo de explorar como as mulheres vivenciam esta fase, que apoio recebem nas primeiras semanas após o parto e quais as necessidades que percecionam nesta transição.

2.2.1 Desenho do Estudo e Estratégia Metodológica

Atendendo à natureza do fenómeno em análise, optou-se por um estudo de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva.

A opção por uma metodologia qualitativa fundamentou-se na necessidade de aceder ao significado atribuído pelas mulheres às mudanças físicas, emocionais, relacionais e identitárias que ocorrem na transição para a maternidade, privilegiando a compreensão das suas perceções, sentimentos e vivências, mais do que a quantificação de variáveis (Frei & Mander, 2011; Gonçalves et al., 2021).

O estudo adotou simultaneamente um carácter exploratório, uma vez que se procurou aprofundar um fenómeno pouco descrito em profundidade no contexto nacional, identificando áreas de vulnerabilidade ainda não suficientemente esclarecidas pela literatura, e um carácter descritivo, na medida em que teve como finalidade compreender, na voz das próprias puérperas, as vivências e as necessidades que identificam nas primeiras semanas após o parto, bem como os recursos que percecionam como facilitadores da sua adaptação (Fortin, 2016).

A questão de investigação que orientou este estudo foi: **“Quais são as vivências das puérperas durante o processo de transição para a maternidade no período pós-parto?”**

A partir desta questão, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das puérperas participantes;
- Explorar as percepções das puérperas relativamente às mudanças vividas durante o processo de transição para a maternidade;
- Identificar as necessidades percebidas pelas puérperas no apoio, acompanhamento e informação disponibilizados no período pós-parto;
- Identificar os recursos disponíveis que as mulheres reconhecem como facilitadores da transição para a maternidade.

O estudo foi realizado no Departamento de Obstetrícia do Hospital X, integrado na Unidade Local de Saúde X, uma instituição de grande dimensão e prestígio na área da saúde materna e obstétrica.

Recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência, selecionando as participantes que se encontravam acessíveis e que reuniam os critérios de inclusão no momento da recolha de dados (Andrade, 2021). A dimensão da amostra é habitualmente determinada pelo princípio da saturação de dados, alcançada quando as entrevistas sucessivas deixam de acrescentar novos significados relevantes para a compreensão do fenómeno (Fortin, 2016).

Foram definidos como critérios de inclusão:

- mulheres com idade igual ou superior a 18 anos;
- puérperas primíparas;
- que se encontrassem entre a 2^a e a 4^a semana pós-parto;
- gravidez, parto e puerpério sem intercorrências;
- parto ocorrido no Hospital X;
- recém-nascido de termo e clinicamente estável;
- capacidade para compreender e se expressar em língua portuguesa;
- expressassem voluntariamente a intenção de participar no estudo, formalizada através do preenchimento do consentimento informado.

Constituíram critérios de exclusão:

- história conhecida de perturbação mental grave diagnosticada;
- ocorrência de complicações maternas ou neonatais graves no parto ou pós-parto;

- internamento prolongado do recém-nascido em unidade de cuidados intensivos;
- mulheres múltiparas.

A colheita de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, método que permite explorar em profundidade as experiências, sentimentos e percepções das participantes. Este formato favorece uma escuta ativa e uma comunicação empática, possibilitando ao entrevistador estabelecer uma relação de confiança e promover um ambiente seguro para a partilha de informações (Gonçalves et al., 2021). Para além de assegurar um fio condutor comum entre todas as entrevistas, esta técnica oferece flexibilidade para formular perguntas adicionais, aprofundar tópicos de interesse e esclarecer respostas menos claras, garantindo a coerência e a riqueza do conteúdo recolhido (Vilelas, 2022).

O guião da entrevista (Apêndice VI) foi construído com base na literatura, nos resultados da ScR e nos objetivos do estudo, integrando:

- uma secção de caracterização sociodemográfica e clínica das participantes (idade, estado civil, nacionalidade, escolaridade, situação laboral, contexto habitacional, tipo de parto, sexo do bebé, idade do RN à data da entrevista e planeamento/desejo da gravidez);
- um primeiro grupo de questões centrado nas mudanças físicas, emocionais, relacionais e sociais percebidas desde o nascimento do bebé (por exemplo, alterações no sono, humor, imagem corporal, relação conjugal, gestão das tarefas domésticas);
- um segundo grupo de questões direcionado para os apoios e recursos utilizados, assim como para as dificuldades e necessidades sentidas;
- uma questão final aberta, que permitiu às participantes acrescentar qualquer aspeto que considerassem relevante e que não tivesse sido abordado ao longo da entrevista.

As entrevistas tiveram uma duração média de cerca de 20 minutos, variando em função da disponibilidade e da experiência de cada participante.

O desenvolvimento da minha atividade profissional na mesma instituição onde decorreu o estudo facilitou o acesso à equipa de saúde e às potenciais participantes. Destaco que, não prestei cuidados diretos às mulheres selecionadas, de forma a minimizar potenciais conflitos de interesse e evitar enviesamento dos resultados de pesquisa. Nesse sentido, o primeiro contacto com as potenciais participantes ocorreu durante o período em que estavam

internadas no puerpério do Hospital X. Nesta fase, apresentei os objetivos do estudo, expliquei os procedimentos, esclareci dúvidas e forneci o consentimento informado (Apêndice V), dando tempo para leitura e reflexão. As mulheres que aceitaram participar, deixaram o consentimento informado assinado e um contacto telefónico para posterior agendamento da entrevista.

As entrevistas foram realizadas entre maio e agosto de 2025, entre a segunda e a quarta semana pós-parto, em formato *online*, através de chamada de áudio via aplicação *WhatsApp*, de modo a facilitar a participação das mulheres no contexto domiciliário e minimizar deslocações. Foi gravado apenas o áudio, utilizando a aplicação de gravação do telemóvel “microfone”, garantindo a qualidade da captação sonora.

Após a colheita de dados, procedeu-se à transcrição integral das gravações. A análise dos dados seguiu a metodologia de análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2016), desenvolvida em três etapas:

1. **Pré-análise** - realizou-se a leitura das transcrições, com o objetivo de obter uma visão global do material e organizar o corpus de análise, garantindo exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência;
2. **Exploração do material** - efetuou-se a codificação dos excertos relevantes e a sua posterior organização em categorias, subcategorias, unidades de registo e de contexto;
3. **Tratamento, interpretação e inferência** – analisaram-se as categorias com base na evidência científica existente, nomeadamente nos resultados da *Scoping Review*, procurando convergências, divergências e contributos específicos do fenómeno em estudo.

Este procedimento possibilitou compreender a transição para a maternidade nas primeiras semanas pós-parto, a partir da perspectiva das próprias mulheres, assegurando simultaneamente critérios de rigor metodológico e de validade dos resultados.

2.2.2 Considerações Éticas

Durante a entrevista, foram asseguradas condições de privacidade e confidencialidade, solicitando-se às participantes que escolhessem um local calmo e o agendamento de um horário previamente combinado que se podia ajustar face às necessidades do recém-nascido. Antes do início da gravação, foi novamente confirmada a

autorização para gravação áudio, reforçando-se que a participação era voluntária e poderia ser interrompida a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

A investigação em enfermagem exige o cumprimento rigoroso dos princípios éticos que garantem a dignidade, os direitos e o bem-estar das participantes, constituindo um pilar fundamental para a credibilidade e integridade científica do estudo (Nunes, 2020; Vilelas, 2022). Assim, este estudo respeitou os princípios da autonomia, privacidade, confidencialidade, integridade, não maleficência e anonimato, conforme preconizado pelos referenciais éticos e deontológicos aplicáveis à investigação em saúde (Nunes, 2020; World Medical Association, 2013).

As participantes foram devidamente informadas sobre os objetivos, procedimentos, potenciais benefícios e eventuais desconfortos associados à investigação. Foi garantida a possibilidade de desistência em qualquer momento, sem consequências. A participação foi formalizada mediante assinatura do consentimento informado, assegurando um processo de decisão autónomo e esclarecido.

Para assegurar a confidencialidade e o anonimato, cada participante foi identificada através de códigos alfanuméricos (P1, P2, P3...), impedindo qualquer associação direta à identidade pessoal. A recolha de dados realizou-se através de entrevistas áudio, cuja gravação foi previamente autorizada. Após a transcrição integral das informações, os ficheiros áudio foram eliminados de forma permanente.

O estudo iniciou-se após a obtenção de parecer favorável do Conselho de Administração e da Comissão de Ética de um hospital da região da Grande Lisboa, cumprindo todas as exigências institucionais aplicáveis à realização da investigação. A autorização foi concedida a 21 de abril de 2025 (Anexo I).

2.2.3 Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

O presente subcapítulo apresenta os resultados obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas. A análise integra a descrição das características sociodemográficas e clínicas das participantes, bem como a interpretação das suas vivências e necessidades expressas durante a transição para a maternidade nas primeiras semanas após o parto.

Participaram neste estudo sete púérperas primíparas. As entrevistas não foram conduzidas até à saturação dos dados devido às limitações temporais inerentes ao calendário de finalização do mestrado. Embora a saturação constitua um critério ideal de rigor metodológico na investigação qualitativa, o período disponível para recolha e análise de

dados revelou-se determinante, exigindo a conclusão do trabalho em tempo útil. Assim, o número de entrevistas realizadas corresponde ao máximo possível dentro do intervalo temporal estipulado, garantindo ainda assim a obtenção de informação relevante e suficiente para responder aos objetivos do estudo. As participantes encontravam-se entre a 2^a e a 4^a semana pós-parto, com idades compreendidas entre os 20 e os 39 anos. Apresentavam diferentes níveis de escolaridade e situações laborais, vivendo maioritariamente em contexto familiar estável. Em termos clínicos, quatro mulheres tiveram parto por cesariana e três parto vaginal. Todos os recém-nascidos eram de termo, clinicamente estáveis e com idades entre 16 e 27 dias no momento da entrevista.

A apresentação destes dados sociodemográficos e clínicos é fundamental para contextualizar a interpretação dos resultados, uma vez que, como referido por Lowdermilk e Perry (2008), a forma como os pais reagem ao nascimento e se ajustam à parentalidade é influenciada por fatores como a idade, o apoio social disponível, a cultura, as condições socioeconómicas e as expectativas individuais para o futuro.

A caracterização sociodemográfica e clínica completa encontra-se apresentada no Apêndice VII.

Da análise de conteúdo emergiram seis categorias e quatorze subcategorias, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Categorias e subcategorias da análise de conteúdo

Categorias	Subcategorias
Mudanças e sentimentos percebidos pelas puérperas	Alterações corporais e autoimagem
	Recuperação física e limitações funcionais
	Sentimentos/Emoções
	Identidade Materna
Reorganização das rotinas e da dinâmica familiar	Adaptação às rotinas diárias do pós-parto
	Alterações na dinâmica familiar
Educação pré-natal	Programas de preparação para o parto e parentalidade
	Limitações à preparação
Perceção sobre a qualidade dos serviços de saúde	Experiência no internamento hospitalar
	Continuidade de cuidados após a alta
Rede de Apoio	Apoio informal
	Apoio formal
Necessidades e recomendações das puérperas	Necessidades identificadas
	Recomendações / sugestões

2.2.3.1 Mudanças e sentimentos percebidos pelas puérperas

A primeira categoria identificada neste estudo reúne um conjunto de vivências relacionadas com as alterações corporais, a recuperação física, a dimensão emocional e a construção da identidade materna. No período pós-parto, estas vivências destacam-se como parte integrante do processo de adaptação à maternidade, marcado por múltiplas mudanças.

As **alterações corporais e a perceção da autoimagem** surgem como elementos determinantes na forma como as mulheres experienciam a transição inicial para a maternidade. As participantes referiram inchaço, aumento ponderal e desconexão com o próprio corpo: *“estou muito inchada ... sinto-me desconectada de mim própria fisicamente”* (P1); *“olho-me e sinto estes 4 quilos a mais”* (P2). Para outras mulheres, estas mudanças foram vividas com maior naturalidade: *“não engordei muito e sinto-me bem com isso”* (P7). Estes achados são coerentes com estudos que descrevem o impacto das transformações físicas no bem-estar materno e na forma como a mulher se reconhece no período pós-parto

(Jeong et al., 2021; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Xiao et al., 2019). De forma semelhante, Zanatta et al. (2017) referem que a discrepância entre o corpo idealizado e o corpo real pode afetar negativamente a autoestima materna, enquanto Watson et al. (2015) mostram que esta tensão entre expectativas e alterações corporais vivenciadas durante o período perinatal pode gerar insatisfação corporal e aumentar a vulnerabilidade emocional das mulheres.

A **recuperação física** foi descrita como um processo exigente, marcado por fadiga, dor e limitação funcional. A privação de sono assumiu particular relevância: “*o mais difícil tem sido as rotinas de sono*” (P1); “*a privação de sono é das piores coisas... a pessoa sente-se completamente esgotada*” (P2); “*o sono alterou muito e isso teve impacto (...) sinto-me muito cansada*” (P5). Estes relatos alinham-se com os estudos encontrados na ScR que destacam a fadiga, a dor e o impacto das alterações do sono como elementos que marcam de forma significativa a experiência pós-parto (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hoban & Liamputtong, 2013; Jeong et al., 2021; Kalinowski et al., 2012; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Xiao et al., 2019; Zheng et al., 2019). Para as puérperas submetidas a cesariana, a limitação funcional foi ainda mais evidente, como referido por P1: “*sinto desconforto quando tenho de me dobrar*”. A **limitação da mobilidade** tende a condicionar a autonomia nas atividades quotidianas e sobretudo no cuidado ao recém-nascido, podendo gerar sentimentos de frustração ou dependência de terceiros. Declercq et al. (2014) demonstram que a dor pós-cesariana e as restrições físicas representam um obstáculo real à recuperação e adaptação da mãe. Segundo Meleis (2010), estas limitações configuram condições inibidoras da transição, na medida em que reduzem a disponibilidade física e emocional da mulher para integrar as exigências inerentes à maternidade. Neste contexto, torna-se relevante que a mulher tenha acesso a orientação profissional que a ajude a gerir a dor, recuperar a mobilidade de forma segura e adaptar-se progressivamente às exigências do cuidado ao recém-nascido, promovendo condições que favoreçam uma transição saudável.

As **experiências emocionais** descritas pelas participantes evidenciam uma marcada ambivalência, com a presença simultânea de sentimentos de medo, ansiedade e insegurança: “*tenho medo de não dar conta*” (P5); “*sinto-me receosa e com medo de falhar*” (P7), e de emoções positivas como felicidade, satisfação e sentido de realização: “*sinto-me muito feliz... já queria ser mãe há muito tempo*” (P1); “*basta olhar para ele para as coisas fazerem sentido*” (P2). A intensidade destas emoções traduz-se por vezes em momentos de maior sensibilidade: “*estou feliz, mas sinto-me mais sensível, com as hormonas desreguladas... há dias que estou mais triste*” (P4), ou em episódios de choro sem

causa identificada: “*estava a chorar sem ter motivo... foi só mesmo descarga*” (P5). A literatura sustenta esta ambivalência, descrevendo o pós-parto como um período de oscilação emocional intensa (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hoban & Liamputtong, 2013; Itai et al., 2022; Kalinowski et al., 2012; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2019; Zheng et al., 2019; Hannon et al., 2022)

A transição para a maternidade implica um processo de reorganização, através do qual a mulher passa a integrar a **identidade materna** no seu *self*. Esta integração é gradual e pode manifestar-se tanto em sentimentos de perda da identidade anterior: “*agora vivo apenas para ela... esqueço-me de mim*” (P6), como numa percepção de continuidade pessoal, “*embora agora seja mãe, continuo a ser eu própria*” (P3). A literatura mapeada na ScR confirma esta diversidade, evidenciando que a construção da identidade materna requer um reequilíbrio entre expectativas prévias e vivências reais, sendo um processo influenciado por fatores como o suporte disponível, a experiência do parto, as transformações físicas e emocionais do pós-parto, bem como pelo contexto sociocultural em que a mulher se insere (Demarchi et al., 2017; Itai et al., 2022; Kalinowski et al., 2012; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Zheng et al., 2019). Mercer (2004), reforça que a identidade materna se constrói de forma progressiva, sustentada pelo envolvimento da mulher nos cuidados e pela adaptação às mudanças físicas, emocionais e relacionais do pós-parto.

2.2.3.2 Reorganização das rotinas e da dinâmica familiar

A análise desta categoria revela como as puérperas reorganizam o quotidiano e a vida familiar após o nascimento do bebé. Esta reorganização envolve mudanças profundas nas rotinas diárias, na gestão do tempo, nas tarefas domésticas e nas relações com familiares e com o/a companheiro/a.

A sensação de inexperiência e desconhecimento foi transversal entre as puérperas: “*na primeira semana apercebemo-nos que não sabíamos nada*” (P2); “*a verdade é que não sabemos nada sobre o assunto*” (P3); “*quando cheguei a casa tive o pensamento: e agora? Eu não sei fazer nada...*” (P6). Esta incerteza e insegurança inicial perante o cuidar de um recém-nascido é amplamente reconhecida na literatura, que descreve o pós-parto como um período de aprendizagem intensiva, durante o qual as mulheres vão gradualmente adquirindo confiança e desenvolvendo as suas competências maternas (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hoban & Liamputtong, 2013; Itai et al., 2022; Kalinowski et al., 2012; Xiao et al., 2019). Estes resultados são corroborados por Ngai

et al. (2011), pois evidenciam que o início da maternidade é frequentemente acompanhado por sentimentos de insegurança, sendo a competência materna construída progressivamente através da prática e do apoio disponível.

A gestão do tempo pessoal constituiu outro elemento crítico do cotidiano das participantes. As mulheres referiram dificuldade em conciliar as necessidades do bebê com o autocuidado: *“o meu dia-a-dia tem sido particularmente focado nele (...) mas tenho pensado em mim e no meu descanso também”* (P1); *“sinto que às vezes nem tenho tempo para comer”* (P4); *“estou a tentar fazer cursos, mas não consigo acompanhar (...) tenho vindo a abdicar para me focar nele”* (P5). Demarchi et al. (2017), Kalinowski et al. (2012) e Kilavuz e Topaloğlu (2025) evidenciam que a atenção da mulher se concentra quase exclusivamente no recém-nascido, deixando o autocuidado para segundo plano. A falta de tempo para descansar, alimentar-se ou retomar rotinas básicas é frequentemente referida na literatura, sendo influenciada pela fadiga, pela intensidade das tarefas domésticas e pelo elevado grau de atenção que o recém-nascido requer (Fishbein & Burggraf, 1998; Jeong et al., 2021; Ong et al., 2014; Zheng et al., 2019). Em determinados contextos, fatores culturais e expectativas familiares podem ainda limitar a autonomia da mulher, condicionando o autocuidado e reforçando a sensação de falta de tempo e de controlo (Hoban & Liamputtong, 2013; Zheng et al., 2019).

A gestão das tarefas domésticas surgiu ainda como uma fonte de pressão adicional: *“lido mal com as tarefas domésticas por fazer (...) vou fazendo algumas tarefas enquanto ele dorme e tenho tido muita ajuda do meu namorado e da minha mãe”* (P1); *“não consigo fazer metade do que fazia antes (...) mesmo com ajuda não consigo”* (P2); *“tem ajudado muito termos a nossa tia sempre cá em casa”* (P3); *“enquanto ela está a dormir, trato das tarefas domésticas (...) e por isso acabo por não descansar muito”* (P6). Estes resultados são consistentes com a literatura que identifica o pós-parto como um período em que a divisão do trabalho doméstico tende a sofrer alterações significativas, exigindo maior apoio familiar para evitar sobrecarga materna (Ong et al., 2014; Zheng et al., 2019).

A chegada do recém-nascido desencadeou **mudanças na dinâmica familiar**, sobretudo relacionadas com a interferência de familiares e a necessidade de renegociar fronteiras e limites. Algumas participantes referiram tensão resultante da pressão externa: *“temos tido algumas dificuldades, resultantes sobretudo das diferenças geracionais e da pressão exercida por determinados familiares”* (P1); *“ficam a querer muito estar presentes... tendem a não respeitar o espaço (...) e nós temos que nos impor um*

bocadinho” (P4). A literatura corrobora esta vivência, destacando que o aumento de intervenções familiares pode gerar conflito e sobrecarga emocional, sobretudo quando as expectativas não se alinham com as necessidades da nova família (Demarchi et al., 2017; Xiao et al., 2019).

A reorganização da conjugalidade foi outro aspeto mencionado. Para algumas mulheres, foi possível encontrar um novo equilíbrio: *“consequimo-nos organizar como casal”* (P2). Para outras, o impacto nas interações foi evidente: *“a vida conjugal não desaparece, mas diminui bastante (...) às vezes é difícil eles entenderem isso”* (P4). Este reajustamento é descrito na literatura como um processo natural e inerente ao período pós-parto, influenciando de forma significativa o bem-estar materno (Jeong et al., 2021).

Os testemunhos explícitos nesta categoria são coerentes com revisões internacionais que descrevem o pós-parto como um período de reorganização profunda do quotidiano, marcado pela necessidade de conciliar as exigências do recém-nascido com o autocuidado, a gestão das tarefas domésticas e a adaptação das relações familiares e conjugais (Finlayson et al., 2020).

2.2.3.3 Educação pré-natal

A terceira categoria faz referência à forma como as puérperas vivenciaram a preparação para o parto e parentalidade, reconhecendo contributos importantes, mas também lacunas significativas que condicionaram a adaptação nos primeiros dias após o parto.

Para algumas mulheres, a **formação** pré-natal constituiu um recurso importante: *“ainda bem que fiz as aulas de preparação para o parto (...) o facto de falarmos de todos os passos e processos, deu-me muita confiança (...) para mim foi crucial”* (P1). Este testemunho reforça o contributo da educação pré-natal na promoção da confiança, na redução da ansiedade e na capacidade de adaptação a situações inesperadas, como defendido pela Ordem dos Enfermeiros (2019b) e pela OMS (2016).

Porém, nem sempre a preparação decorreu em contexto formal, levando algumas mulheres a recorrer a fontes informais de apoio e informação: *“eu não frequentei nenhum curso (...) falámos com amigos e familiares (...)”* (P2). Este recurso à rede informal confirma achados da literatura que destacam o apoio social como fonte complementar de informação e segurança (Demarchi et al., 2017; Xiao et al., 2019).

Contudo, várias puérperas identificaram **limitações no acesso aos cursos de preparação**, destacando constrangimentos organizacionais que inviabilizaram a sua

participação: *“o hospital marcou formação, mas depois nunca mais confirmaram, por isso não fiz nenhum curso, portanto não estava mesmo preparada para os primeiros dias (...)”* (P3); *“não fiz nenhum curso porque não tive vaga (...) cheguei a estar inscrita, mas não tive oportunidade (...)”* (P4). A literatura aponta obstáculos semelhantes, evidenciando que a falta de apoio estruturado, associada a barreiras logísticas e à ausência de continuidade formativa, contribui para aumentar a ansiedade e a insegurança materna no pós-parto (Hoban & Liamputtong, 2013; Ong et al., 2014).

Para outras mulheres, mesmo o acompanhamento nas consultas de vigilância da gravidez foi insuficiente: *“as consultas no centro de saúde foram muito rápidas (...) e muito direcionadas só para o parto (...) e o tempo dos profissionais também não era muito (...)”* (P7). Esta vivência é coerente com estudos como o de Baggio et al. (2023), que evidenciam que a educação em saúde no pré-natal tende a centrar-se na avaliação clínica e obstétrica, com destaque para os sinais de alarme e via de parto, deixando pouco espaço para abordar temas relacionados com o puerpério, como o autocuidado materno e os cuidados ao recém-nascido.

2.2.3.4 Perceção sobre a qualidade dos serviços de saúde

A quarta categoria reflete a perceção das puérperas acerca dos cuidados prestados no internamento e no período pós-alta, evidenciando contrastes nas experiências e a relevância do acompanhamento profissional no processo de transição para a maternidade, sobretudo nas primeiras semanas.

As **experiências vivenciadas no internamento** hospitalar oscilaram entre vivências bastante positivas e situações geradoras de frustração e insegurança. A maioria das participantes relatou interações empáticas, acolhedoras e facilitadoras do processo de adaptação: *“as ajudas que tive nesse intervalo permitiram-me vir para casa muito mais confiante”* (P1); *“fomos muito bem tratados (...) as enfermeiras deram-nos dicas muito importantes sobre o bebé”* (P3). A presença, a disponibilidade e a comunicação empática dos profissionais foram valorizadas como elementos promotores de segurança, tranquilidade e confiança, especialmente no que diz respeito à amamentação e aos cuidados ao recém-nascido. Como referiu uma participante, *“se tivesse tido contacto com equipas menos humanas, talvez tivesse sido uma experiência bastante traumática”* (P1), o que reforça a importância do cuidado humanizado no internamento.

Contudo, também surgiu referência a uma experiência negativa, traduzida em falta de apoio e distanciamento: *“infelizmente apanhámos uma equipa, principalmente na última noite, que não foi muito boa, e acho que neste momento nos hospitais não nos ensinam nada”* (P2); *“chamei a equipa e elas nem ficaram ao meu lado (...)”* (P2). Este episódio esteve associado a sentimentos de desvalorização e insegurança no regresso a casa.

A literatura evidencia que um cuidado empático, atento e humanizado favorece a adaptação e reduz a ansiedade (Hannon et al., 2022; Itai et al., 2022; Kalinowski et al., 2012; Redshaw & Henderson, 2012; Xiao et al., 2019), enquanto experiências negativas podem igualmente aumentar o medo, a sobrecarga emocional e a perceção de incapacidade (Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Ong et al., 2014). As mulheres tendem a avaliar a qualidade dos serviços não apenas pela técnica das intervenções, mas sobretudo pela forma como são acompanhadas, escutadas e integradas nos cuidados.

A forma como a **continuidade de cuidados** é assegurada no pós-alta revelou impacto significativo na vivência das puérperas nesta fase inicial da maternidade. Apenas uma mulher relatou acompanhamento imediato e útil: *“tivemos uma consulta inicial que foi muito importante na amamentação (...)”* (P1). Em contraste, outras participantes descreveram dificuldades no acesso ao apoio de que necessitavam: *“o único apoio que tive depois da alta foi ir pesar o bebé ao centro de saúde, porque de resto não há nada (...) tivemos de ir a uma consulta num pediatra privado porque não dava para fazer noutra sítio (...)”* (P3); *“uma vez precisava muito de ajuda e tive de esperar 7 dias pela consulta (...)”* (P6).

A evidência científica existente reforça esta necessidade de continuidade, destacando que a falta de acompanhamento estruturado no pós-parto aumenta sentimentos de insegurança, isolamento e sobrecarga (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hannon et al., 2022; Hoban & Liamputtong, 2013; Itai et al., 2022; Kalinowski et al., 2012; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; McLeish et al., 2021; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2020; Zheng et al., 2019). Os estudos sublinham ainda que a continuidade de cuidados, idealmente através de visitas domiciliárias ou contactos precoces com profissionais de saúde, constitui um fator protetor fundamental na adaptação ao papel materno e no sucesso da amamentação (Fishbein & Burggraf, 1998; Hannon et al., 2022; Itai et al., 2022; Kalinowski et al., 2012; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2019).

2.2.3.5 Rede de Apoio

A quinta categoria evidencia a importância da rede de apoio na adaptação à maternidade, destacando o contributo do apoio informal e do apoio formal.

O **apoio informal** emergiu como uma das dimensões mais valorizadas pelas participantes, sobretudo através do suporte familiar. A presença disponível de familiares próximos, especialmente os companheiros e mães, foi descrita como fonte de segurança, tranquilidade e alívio das exigências diárias: “(...) *tenho sentido um bom suporte familiar, tenho essa sorte (...)*” (P1); “(...) *se eu não tivesse a minha mãe, as coisas podiam ter corrido mal (...)* já tinha entrado em colapso (...)” (P2); “(...) *o meu marido e a pessoa que mora connosco ajudaram-me muito (...)*” (P5); “(...) *acabei por ter muito apoio (...)* por exemplo dar o banho, tive a ajuda da minha mãe (...)” (P6). Estas vivências reforçam o papel da rede familiar na redução da sobrecarga e no aumento da confiança materna, tal como descrito na literatura, que identifica o apoio social como facilitador da adaptação à maternidade e promotor do bem-estar físico e emocional (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hannon et al., 2022; Hoban & Liamputtong, 2013; Itai et al., 2022; Kalinowski et al., 2012; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2019; Zheng et al., 2019).

Para além do suporte familiar, algumas participantes recorreram a fontes informais de informação digital, procurando esclarecer dúvidas ou validar experiências: “*vou lendo algumas coisas na internet (...)*” (P4); “(...) *às vezes também recorreremos à internet, às redes sociais e a blogs (...)*” (P7). No entanto, este recurso pode gerar ambivalência quando a informação é excessiva ou contraditória: “*ajudam, mas ao mesmo tempo parece que só criam mais dúvidas (...)*” (P7). Este fenómeno é igualmente descrito na literatura, que reconhece que a presença massiva de conteúdos *online* pode simultaneamente apoiar e confundir as puérperas, exigindo capacidade crítica na seleção das fontes (Baker & Yang, 2018; Peng et al., 2024).

O **apoio formal**, prestado pelos profissionais de saúde, foi igualmente valorizado pelas puérperas, sobretudo quando oferecido de forma contínua e personalizada. Algumas puérperas descreveram acompanhamento regular por enfermeiros, percebido como fonte de orientação e segurança: “*vamos fazer o seguimento do pós-parto e da amamentação com a mesma enfermeira que fizemos a preparação para o parto (...)* é a profissional de saúde com quem tenho tido mais contacto (...) será uma vez por semana a partir da terceira semana de vida (...)” (P1); “*converso também com a minha enfermeira lá no centro de saúde (...)*” (P4); “*tenho uma consulta presencial por semana, para pesar e esclarecer dúvidas (...)*” (P6).

Outra participante reforçou ainda a disponibilidade do médico de família: *“temos uma médica de família e enfermeira que estão sempre disponíveis (...)”* (P2), evidenciando a importância de equipes acessíveis e consistentes durante o período pós-parto. A presença próxima e acessível dos profissionais contribui para diminuir incertezas, fortalecer a confiança e promover decisões informadas relativamente aos cuidados ao recém-nascido.

Estes achados são compatíveis com a literatura, que identifica o acompanhamento profissional regular e acessível como facilitador da adaptação materna, permitindo detectar precocemente dificuldades, promover o autocuidado e apoiar o estabelecimento da amamentação (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hannon et al., 2022; Hoban & Liamputtong, 2013; Itai et al., 2022; Jeong et al., 2021; Kalinowski et al., 2012; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2019; Zheng et al., 2019).

A importância deste apoio formal é também destacada por outros autores. Zanatta et al. (2017) referem que o suporte dos profissionais de saúde ajuda as mulheres a sentirem-se mais seguras e confiantes nas primeiras semanas, diminuindo a sensação de vulnerabilidade emocional. Na mesma linha, Meleis (2010) refere que, nas fases de transição, a presença de um profissional disponível para orientar e esclarecer constitui um elemento facilitador na adaptação à maternidade.

2.2.3.6 Necessidades e recomendações das puérperas

Esta categoria integra as necessidades identificadas pelas puérperas nas primeiras semanas e as recomendações que consideram importantes para uma adaptação mais tranquila, num período marcado por vulnerabilidade e múltiplos desafios.

As participantes identificaram várias **necessidades** neste período, destacando, em primeiro lugar, dificuldades relacionadas com a amamentação: *“o que me custou mais nos primeiros dias foi mesmo a amamentação (...) acho que era importante apoio nos primeiros dias, nas primeiras duas semanas vá”* (P4); *“gostava de ter tido mais apoio na amamentação (...) é o que me traz mais dificuldade (...)”* (P5); *“a parte da amamentação, desde que vim para casa, foi muito complicada (...)”* (P6).

Para além desta dificuldade, emergiram necessidades relacionadas com o esclarecimento de dúvidas e com o ensino de competências práticas no período de internamento e pós-alta: *“a pega na amamentação, mudar a fralda e o banho, deviam ser temas falados no internamento (...)”* (P2); *“só temos uma consulta por semana e acabo por não conseguir falar de tudo ou nem sequer me lembrar das dúvidas (...)”* (P6). A mesma

mulher refere ainda que, mesmo após “5 dias internada, não foi suficiente, portanto se fossem 2, mais sentiria ainda” (P6), sugerindo que o tempo de internamento não foi suficiente para consolidar competências nem para reduzir as inseguranças sentidas.

As puérperas salientaram também a necessidade de cuidados mais centrados na mulher e não apenas no recém-nascido: “*falam muito do bebé, mas esquecem-se que se a mãe não estiver bem, o bebé também não estará (...) parece que só se preocupam com o bebé e não tanto com a mãe (...)*” (P6). Esta perceção é igualmente identificada noutros contextos internacionais, onde as mulheres referem que no pós-parto tendem a privilegiar o bebé e a desvalorizar as necessidades maternas (Adams et al., 2023).

Estas vivências são coerentes com os resultados da ScR, que evidenciam que a ausência de apoio contínuo nas primeiras semanas potencia sentimentos de vulnerabilidade, intensifica o cansaço e dificulta a adaptação ao papel materno (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hannon et al., 2022; Hoban & Liamputtong, 2013; Itai et al., 2022; Kalinowski et al., 2012; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2020; Zheng et al., 2019). Outros estudos reforçam que as mulheres valorizam cuidados que integrem informação prática, suporte emocional e acompanhamento contínuo, capazes de responder às suas preocupações em tempo útil (Khademi & Kaveh, 2024; Rasteiro et al., 2021).

Para além das necessidades identificadas, as participantes também apresentaram várias **recomendações**: “*acho importante que as formações e essas coisas sejam para os dois, acho que se deve incluir mais o pai (...) e explicar-lhes melhor as alterações fisiológicas da mulher (...)*” (P4); “*acho que devia haver mais apoio [referindo-se ao período pós-alta] (...)*” (P6); “*mas se tivesse ficado mais um dia ou dois, especialmente pela parte da amamentação, teria sido importante*” (P4); “*talvez no hospital poder ficar mais uns dias, principalmente por ter tido cesariana, seria melhor*” (P5). Este achado é consistente com estudos que associam a alta precoce a maiores dúvidas e insegurança nas primeiras semanas (Fishbein & Burggraf, 1998). As mulheres sugeriram ainda reforçar o apoio após a alta, através de contactos acessíveis e frequentes: “*algo simples, como um email, uma possibilidade de trocar mensagens (...)*” (P6); “*devia haver umas consultas abertas no centro de saúde, ou até via telefónica (...) uma linha de apoio em que nós pudéssemos esclarecer as dúvidas que temos no momento (...)*” (P7); “*ou ter apoio em casa (...) talvez fosse melhor (...)*” (P5). Estas recomendações estão em consonância com as orientações internacionais da Organização Mundial da Saúde, que preconizam múltiplos contactos pós-

natais nas primeiras seis semanas, incluindo visitas domiciliares iniciais e um modelo de cuidados que garanta acessibilidade, continuidade e resposta atempada às necessidades da mãe (OMS, 2022).

Por fim, as participantes salientaram a importância da disponibilidade dos profissionais: *“era bom que os profissionais tivessem um bocadinho mais tempo para nos ajudarem (...)”* (P7). Esta necessidade está alinhada com estudos que evidenciam que a falta de tempo, a elevada carga assistencial e a escassez de recursos podem limitar significativamente a qualidade do apoio prestado no puerpério (Mattock et al., 2025; Nan et al., 2020).

Tal como sugere Meleis (2010), a adaptação à maternidade é facilitada quando as mulheres dispõem de apoio adequado, informação clara e profissionais acessíveis. Quando estas condições falham, a transição torna-se mais difícil, como foi evidente nos testemunhos das participantes.

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

Este percurso acadêmico constituiu uma experiência profundamente desafiante e enriquecedora, marcada por momentos de aprendizagem que exigiram integração de conhecimentos, capacidade de adaptação e reflexão contínua. A mobilização progressiva das competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros permitiu reconhecer a complexidade do exercício do EEESMO e a importância de uma prática segura, fundamentada na evidência e sensível às necessidades reais das mulheres.

Foi um processo de crescimento pessoal e profissional, no qual a reflexão guiou a compreensão dos desafios enfrentados, das estratégias utilizadas e das aprendizagens adquiridas. Assim, esta análise reflexiva procura sintetizar o caminho percorrido, valorizando o desenvolvimento de competências que sustentam a prática especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

3.1 ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO

O puerpério representa um período de transição exigente na vida da mulher e da família. Corresponde às seis semanas que se seguem ao parto, durante as quais ocorre um processo gradual de recuperação e readaptação fisiológica, anatômica e emocional, em que o corpo da mulher retoma progressivamente as suas condições anteriores à gravidez (Sendas & Freitas, 2024). Para além das alterações físicas, este período envolve transformações psicológicas, emocionais e sociais profundas, que podem prolongar-se entre nove a doze meses após o parto. É uma fase de ajustamento e de (re)construção da identidade materna, na qual a mulher procura adaptar-se às novas responsabilidades e ao seu papel de mãe (Almalik, 2017).

De acordo com Meleis (2010) e a Organização Mundial de Saúde (2022), o enfermeiro deve criar condições facilitadoras que favoreçam a adaptação positiva da mulher ao novo papel materno, assegurando que esta recebe informação, validação e apoio contínuo ao longo do processo de transição. Segundo estes autores a qualidade do acompanhamento é determinante para uma experiência positiva e equilibrada. Contudo, a evidência científica tem demonstrado que o pós-parto continua a ser uma das fases em que as mulheres recebem

menos informação e suporte adequados, uma vez que a atenção tende a centrar-se no recém-nascido, negligenciando as necessidades físicas, emocionais e sociais da puérpera (Adams et al., 2023; Sendas e Freitas, 2024).

Neste enquadramento, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica estabelece que o EEESMO assume a responsabilidade de cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal, visando potenciar a saúde materna e do recém-nascido e de facilitar a transição e adaptação à parentalidade (OE, 2019b, p. 13563).

Durante o internamento, as intervenções do EEESMO devem basear-se na empatia, escuta ativa e promoção da autonomia, traduzindo-se em cuidados humanizados e centrados na mulher. Para além de favorecer a recuperação física e psicológica da puérpera, compete-lhe promover o desenvolvimento de competências parentais, apoiar o casal na aquisição de maior confiança no cuidar do recém-nascido e fortalecer o vínculo afetivo da tríade, promovendo uma transição saudável para a parentalidade e a integração do novo papel na dinâmica familiar (Santos & Batista, 2016).

O estágio decorreu num hospital de nível III, localizado na região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta instituição é referência na área dos cuidados materno-infantis, servindo diretamente uma população superior a 300 mil habitantes.

Este E teve início a 18 de setembro e terminou a 25 de outubro de 2024, totalizando 150 horas de contacto. O serviço é constituído por 12 quartos: oito com capacidade para três díades, duas com capacidade para duas díades, e duas individuais, destinadas a situações de isolamento ou a internamentos prolongados. A equipa de enfermagem é composta maioritariamente por enfermeiros de cuidados gerais, sendo que existem apenas três EEESMO na prestação de cuidados. Contudo, distingue-se de outros hospitais da região pela implementação do Projeto Alta EEESMO, cuja finalidade é atribuir ao especialista a responsabilidade pela alta hospitalar da puérpera de baixo risco. O protocolo é desenvolvido em conjunto com a equipa médica de obstetrícia e baseia-se em critérios de inclusão bem definidos, abrangendo mulheres saudáveis, cuja gravidez, parto e puerpério decorreram sem complicações. Após a avaliação da puérpera e a validação da alta do recém-nascido pela equipa de pediatria, a alta clínica é formalizada pelo EEESMO responsável pelo projeto, enquanto as situações que suscitam dúvidas são reavaliadas pela equipa médica. Entre 24 a 48 horas após a alta, é efetuado um contacto telefónico à puérpera. Através dessas chamadas, é possível perceber como decorrem os primeiros dias em casa, esclarecer dúvidas e reforçar

as ações de educação para a saúde realizadas no internamento. Integrar este projeto foi uma das experiências que mais valorizei neste estágio, pois permitiu-me compreender o real impacto que o acompanhamento pós-alta tem na segurança, confiança e tranquilidade das mulheres. Acredito que projetos como este deveriam ser uma prática transversal a todas as maternidades, incluindo na minha realidade profissional, onde se poderia alcançar uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados prestados no pós-parto.

Apesar desta ser a minha área de atuação há cinco anos, este estágio veio confirmar algo que já intuía pela experiência: o puerpério continua a ser uma das fases mais desafiantes e menos valorizadas do ciclo reprodutivo, tanto pelas próprias mulheres, como, infelizmente, por muitos profissionais de saúde. Enquanto estudante fez-me refletir mais sobre a complexidade deste período e deu-me ainda mais certezas de que escolhi bem o tema para a minha investigação. Acredito profundamente que o puerpério, tantas vezes esquecido, merece ser compreendido, valorizado e abordado de forma mais humana e empática.

Durante o estágio, foi possível observar os desafios que este período envolve, a mulher divide-se entre cuidar de um bebé totalmente dependente e recuperar física e psicologicamente de uma experiência intensa e, por vezes, traumática. Muitas chegam exaustas, com dores, inseguranças e medos, mas acabam por ser as primeiras a ficar em segundo plano. A atenção recai frequentemente sobre o recém-nascido, se mama bem, se dorme, se ganha peso, e é fácil esquecer que, por detrás desse bebé, existe uma mulher em processo de reconstrução do corpo, das emoções e da identidade.

Mesmo rodeadas de profissionais, muitas mulheres sentem que não têm espaço para se expressar. Ainda persiste a ideia de que, por ser “natural”, o pós-parto deve ser vivido com alegria e gratidão, quando, na verdade, pode ser um turbilhão de emoções contraditórias. Acompanhei mulheres que choravam de cansaço, que duvidavam da sua capacidade de cuidar, ou que se sentiam culpadas por não estarem “felizes o suficiente”. Nesses momentos, percebi como a escuta, a presença e a empatia valem tanto ou mais que qualquer outra intervenção técnica.

No entanto, cuidar no puerpério vai além da dimensão emocional. Requer igualmente uma vigilância clínica, competência técnica e uma gestão organizada dos cuidados, para garantir a segurança e o bem-estar da díade.

A rotina no serviço inicia-se com a passagem de turno, momento essencial para a partilha de informações clínicas relevantes e para a definição do plano de cuidados de cada díade. Seguidamente, procede-se à validação da terapêutica prescrita para o turno, que inclui

habitualmente analgésicos e, em determinadas situações, antibióticos, como por exemplo em puérperas diagnosticadas com corioamnionite. Esta é uma infecção bacteriana das membranas coriônica e amniótica, do líquido amniótico e, por vezes, do próprio feto, geralmente associada à rotura prolongada das membranas, múltiplos toques vaginais ou trabalho de parto prolongado. Clinicamente, manifesta-se por febre materna, taquicardia materna e fetal, dor uterina e leucocitose (ACOG, 2017).

Posteriormente, procede-se à avaliação da puérpera, habitualmente realizada uma vez por turno e consiste na avaliação do estado de consciência, sinais vitais, pele e mucosas, mamas e mamilos, verificando a sua integridade, palpação do fundo uterino, para avaliar a tonicidade e localização e as características dos lóquios. São ainda avaliadas, caso existam, feridas cirúrgicas (episiorrafia ou sutura abdominal) ou traumáticas (lacerações perineais), presença de hemorroidas, membros inferiores, alimentação, eliminação vesical e intestinal.

Paralelamente, é essencial avaliar o seu bem-estar emocional, identificando precocemente sinais de fadiga, ansiedade ou tristeza. Avalia-se, igualmente, se há comprometimento do vínculo afetivo entre mãe e bebé, bem como o grau de autonomia e confiança da mulher na amamentação e nos cuidados ao recém-nascido, intervindo de forma precoce sempre que surjam dificuldades ou inseguranças (Geraldo et al., 2023; Lisboa & Fernandes, 2021).

No serviço, o levante das puérperas após parto vaginal realizava-se geralmente entre quatro a seis horas após o parto. No entanto, segundo as recomendações internacionais, as mulheres devem ser encorajadas a mobilizar-se o mais cedo possível após o parto, desde que clinicamente estáveis (OMS, 2015; RCOG, 2022). Estudos como o de Kaur e Kaur (2019) evidenciam que o levante nas primeiras 1–2 horas pós-parto é seguro, favorece a involução uterina, previne fenómenos tromboembólicos e promove a recuperação mais rápida da autonomia materna. Esta situação fez-me refletir sobre a importância de repensar algumas práticas, ajustando-as, com base na evidência científica mais atual, garantindo sempre a segurança e o bem-estar da mulher.

Relativamente ao recém-nascido, é realizada uma avaliação céfalo-caudal, observando a cor da pele, respiração, choro, comportamento, alimentação, padrões de eliminação e reflexos. Estes momentos de contacto constituem oportunidades para avaliar conhecimentos e reforçar a informação sobre os cuidados ao recém-nascido, nomeadamente sobre o padrão de sono e vigília, a amamentação, o posicionamento seguro, os sinais de

alarme, o cuidado com a pele e o coto umbilical e ainda sobre a importância do contacto pele-a-pele.

Durante este estágio, prestei cuidados a 84 puérperas, das quais 29 apresentavam patologias e a 78 recém-nascidos, sendo 16 em situação de risco. Embora a idade materna avançada contribua para um maior risco de complicações, a evidência revela que uma vigilância pré-natal insuficiente constitui igualmente um fator determinante. Quando a vigilância é inadequada, muitas vezes devido a dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, verifica-se um aumento da morbidade materna, incluindo pré-eclâmpsia e diabetes gestacional, bem como uma maior probabilidade de desfechos neonatais adversos, como prematuridade e baixo peso à nascença (ACOG, 2018; OMS, 2016; Partridge, et al., 2012).

Assim, a proporção significativa de puérperas com patologia pode refletir não apenas a idade materna, mas igualmente lacunas no acompanhamento pré-natal, reforçando a necessidade de vigilância clínica rigorosa e diferenciada.

Acompanhei também recém-nascidos com hipoglicémia, icterícia e sépsis neonatal precoce sob antibioterapia. Todos os cuidados foram realizados em regime de alojamento conjunto, conforme as recomendações da OMS (2022), permitindo manter o vínculo mãe-bebé, promover a amamentação e reduzir a ansiedade materna. Durante o estágio, fiz apenas uma transferência de um recém-nascido para a neonatologia, para monitorização de hipoglicémias, verificadas mesmo após o encurtamento das mamadas e introdução de suplementação com leite artificial.

Entre os cuidados que mais gostei de realizar, destaco o primeiro banho do recém-nascido, que, segundo a evidência atual, deve ser adiado pelo menos 24 horas após o parto, favorecendo a termorregulação e a manutenção da microbiota (Priyadarshi et al., 2022). A realização precoce do banho está, na maioria das vezes, associada a crenças culturais ou insistência familiar, contrariando a evidência científica que demonstra os benefícios do adiamento (OMS, 2022). O banho realizava-se habitualmente no turno da tarde, permitindo a presença da pessoa significativa e facilitando a organização das rotinas do serviço. Os pais eram incentivados a realizar o banho sob supervisão, de modo a promover a sua confiança e autonomia, havendo sempre espaço para o esclarecimento de dúvidas e apoio na execução da técnica.

Além do banho, também os cuidados com o coto umbilical seguem a evidência mais recente, refletindo as boas práticas atuais. A Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2022), recomenda que, em recém-nascidos saudáveis e em contextos hospitalares ou domiciliários

com boas condições de higiene, o coto umbilical deve ser mantido limpo e seco, sem necessidade de aplicação de antissépticos como o álcool.

A amamentação é uma área central da prática especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b) e o seu apoio e incentivo foi um dos principais focos de atenção durante este estágio, tendo-se constatado ser este o motivo pelo qual mais frequentemente era solicitado apoio. Procurava, pelo menos uma vez por turno, observar uma mamada, de forma a perceber se a pega e a posição do recém-nascido estavam corretas ou se seria necessário fazer alguma correção. Reforçava também a importância do contacto pele-a-pele e da livre demanda, explicando às mães os benefícios para o bebé e para a recuperação materna. Em algumas situações, foi necessário apoiar a extração manual do leite e orientar sobre o seu armazenamento, especialmente quando os recém-nascidos se encontravam internados na neonatologia. Segundo a OMS (2023), o apoio individualizado à amamentação é determinante para o sucesso da mesma, contribuindo para o fortalecimento do vínculo mãe-bebé e para a promoção da saúde física e emocional de ambos. Ajudar uma mulher a amamentar o seu bebé, foi dúvida, um dos momentos mais gratificantes deste estágio e estar ao lado de uma enfermeira experiente nesta área foi uma oportunidade valiosa que me permitiu aprender novas posições e técnicas de amamentação diferentes daquelas que habitualmente aplico na minha realidade profissional.

Através da teoria de Meleis (2010), compreendo que cada gesto de apoio e cada palavra de encorajamento, sobretudo nos desafios da amamentação, facilitam a transição para o novo papel materno, promovendo a confiança e o sentimento de competência da mulher.

Outro dos aspetos mais enriquecedores do E foi o contacto com mulheres de diversas origens culturais, incluindo africanas, brasileiras, europeias de leste e asiáticas, o que me levou a refletir sobre as múltiplas formas de viver o puerpério. Algumas mantinham repouso prolongado no leito, outras seguiam restrições alimentares próprias da sua cultura, enquanto outras procuravam retomar rapidamente a sua rotina e autonomia.

Da diversidade cultural às realidades clínicas mais complexas, este estágio proporcionou-me também a oportunidade de conhecer outros contextos. Tive a oportunidade de realizar um turno na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e de visitar os Cuidados Intermédios e a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Estar nestes serviços permitiu-me compreender de forma mais profunda a importância do envolvimento parental, pois era comum ver as mães sozinhas junto aos seus bebés, o que evidenciava o impacto emocional

da ausência do pai e a necessidade de promover práticas mais inclusivas e humanizadas.

Essa realidade faz-se sentir também no serviço de puerpério, onde a ausência do pai (ou pessoa significativa) durante o período noturno continua a ser uma prática frequente e desajustada da realidade familiar atual e das necessidades emocionais das mulheres. O pai é parte integrante da tríade e a sua presença tem um impacto positivo na recuperação física e psicológica da mãe, no vínculo com o bebé e na adaptação à parentalidade. Ver mães sozinhas, cansadas e inseguras durante a noite é algo que continua a causar-me desconforto.

Acredito que a humanização dos cuidados passa também pela criação de políticas institucionais que reconheçam o papel do pai e lhe permitam estar presente em todos os momentos.

Relativamente à formação, tive a oportunidade de assistir a uma sessão de formação em serviço sobre comunicação de más notícias em neonatologia, dinamizada por uma estudante do mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como de assistir a cerca de cinco sessões de preparação para o parto e parentalidade dirigidas a casais, nas quais, no final das sessões, colaborei na componente prática, apoiando os casais e esclarecendo dúvidas, nomeadamente através da demonstração de diferentes posições de amamentação, com o auxílio de um boneco.

A OMS (2016), defende que a educação pré-natal é fundamental para preparar a mulher e a família para o parto, o pós-parto e os cuidados ao recém-nascido, promovendo a autoconfiança, a redução da ansiedade e o aumento da satisfação com a experiência de maternidade. Segundo a OE (2019b), a educação para a saúde é uma dimensão essencial da prática do EEESMO, potenciando a autonomia e a tomada de decisão informada em todos os períodos do ciclo reprodutivo.

Tive ainda a oportunidade de dinamizar uma sessão de formação em serviço sobre o tema “A Visita Domiciliária no Pós-Parto” (Apêndice VIII), dirigida à equipa de enfermagem. A sessão contou com a participação de 14 enfermeiros, presencialmente e *online* através da plataforma Zoom®. O *feedback* obtido evidenciou uma perceção globalmente positiva, salientando a pertinência da temática e o interesse gerado pela partilha de testemunhos reais de puérperas, os quais permitiram ilustrar de forma concreta os desafios vivenciados no pós-parto. Este momento constituiu uma excelente oportunidade de partilha e crescimento profissional, permitindo-me reforçar a importância da continuidade de cuidados após a alta hospitalar e fomentar a reflexão sobre práticas baseadas na evidência, indo ao encontro do quarto objetivo definido para este estágio.

No final do E, posso afirmar que alcancei os objetivos delineados: acolher a mulher e a família de forma empática e segura; prestar cuidados especializados que promovam a saúde e favoreçam a recuperação física e emocional; identificar e intervir precocemente perante complicações; e participar na continuidade de cuidados, nomeadamente através do Projeto Alta EEESMO. Paralelamente, tive a oportunidade de participar e dinamizar momentos de educação para a saúde e uma formação em serviço, experiências que contribuíram significativamente para o desenvolvimento de competências de investigação e reforçaram a importância da educação para a saúde e da formação contínua enquanto pilares fundamentais da prática do EEESMO.

Tentei sempre seguir os princípios éticos e deontológicos da profissão, respeitando a dignidade, a privacidade e o consentimento informado em todas as intervenções.

A Teoria das Transições de Meleis (2010) ajudou-me a olhar o puerpério de uma forma mais profunda, entendendo-o como um processo de mudança e adaptação, onde a mulher redefine o seu papel, a sua identidade e as suas relações. Cabe ao EEESMO facilitar essa transição, promovendo o equilíbrio entre as dimensões física, emocional e social.

Concluo este estágio com a certeza de que quero continuar a dar voz a estas mulheres e a defender a importância de olhar o puerpério com a atenção e o respeito que ele merece. Porque cuidar neste período é, acima de tudo, reconhecer a vulnerabilidade, valorizar a força e estar presente.

3.2 ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA EM GINECOLOGIA

O estágio de Ginecologia realizou-se num hospital de nível III da região de Lisboa e Vale do Tejo, ao longo de duas semanas, entre 4 e 15 de novembro de 2024, totalizando 50 horas de prática clínica. Apesar da sua curta duração, proporcionou uma experiência abrangente e enriquecedora nas diversas áreas da ginecologia, favorecendo o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e éticas, em consonância com o Regulamento n.º 140/2019 e o Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019a; OE, 2019b).

Nos primeiros dias de estágio, tive oportunidade de acompanhar casais em consultas de apoio à fertilidade, o que me permitiu compreender a complexidade, não só clínica, mas também emocional, associada a esta problemática. A Organização Mundial da Saúde define infertilidade como a incapacidade de conceber após 12 meses de relações sexuais regulares

e desprotegidas. Trata-se de uma condição multifatorial e multidimensional, que ultrapassa a simples dificuldade em engravidar, podendo ser primária ou secundária, temporária ou permanente, e resultar de fatores femininos, masculinos ou mistos (OMS, 2024).

Em Portugal, estima-se que a infertilidade afete cerca de 500 mil casais, correspondendo a aproximadamente 15% da população em idade reprodutiva, o que reforça a relevância desta problemática em saúde pública e a necessidade de uma intervenção multidisciplinar que integre o cuidado especializado de enfermagem (HealthNews, 2025; Subtil, 2024).

A vivência da infertilidade constitui uma transição emocionalmente desafiante na vida do casal, frequentemente acompanhada de sentimentos de frustração, ansiedade e perda de esperança, que se podem repercutir na intimidade e na vivência da sexualidade (Simionescu et al., 2021). Este contexto exige do EEESMO uma abordagem sensível, humanizada e centrada no casal, sustentada na escuta ativa, empatia e respeito pelos valores, experiências e expectativas de cada pessoa.

Para além das consultas, tive também oportunidade de visitar o laboratório de Procriação Medicamente Assistida (PMA) e de assistir à realização de três punções ováricas. Foram experiências que me permitiram observar de perto a complexidade técnica e emocional inerente ao procedimento. Embora não tenha assistido a transferência de embriões criopreservados (TEC), por decisão expressa do casal, esta situação reforçou em mim o respeito pela autonomia, privacidade e autodeterminação das pessoas, princípios fundamentais das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019a).

Pude igualmente assistir a uma histerossalpingografia, um exame radiológico com contraste que permite visualizar a cavidade uterina e avaliar a permeabilidade das trompas de Falópio, constituindo um método fundamental no estudo da infertilidade (Cue et al., 2024). Esta observação permitiu-me compreender melhor o processo diagnóstico nestas situações, bem como reconhecer a ansiedade frequentemente associada ao exame, reforçando a importância da presença tranquila, da comunicação clara e do apoio emocional prestado pelo enfermeiro.

Paralelamente às experiências na área da fertilidade, o estágio proporcionou-me contacto com outras áreas especializadas, permitindo ampliar o leque de competências. Colaborei em consultas de patologia da mama, de uroginecologia e de patologia do colo do útero, nas quais se realizavam colposcopias para diagnóstico. Estes contextos possibilitaram-me aprofundar conhecimentos teóricos e técnicos, consolidando competências no âmbito da

avaliação, intervenção e acompanhamento da mulher em diferentes situações de saúde-doença (OE, 2019b).

Na consulta da mama, tive oportunidade de remover pontos e agrafos e de realizar pensos cirúrgicos, contactando de perto com a vulnerabilidade emocional de mulheres em processo de recuperação oncológica. Esta experiência foi particularmente desafiante, pela proximidade etária com algumas utentes e pela carga emocional associada a vivências pessoais anteriores relacionadas com a doença oncológica. Foram momentos que exigiram uma postura empática, centrada na promoção da dignidade, conforto e bem-estar da mulher (OE, 2019b).

Nas consultas de uroginecologia, apliquei questionários de avaliação da incontinência urinária, fecal e da dispareunia, experiência que me sensibilizou para a prevalência e o impacto destas alterações. Fiquei particularmente surpreendida com a idade jovem de muitas mulheres afetadas, o que contrariou a perceção comum de que estas problemáticas ocorrem apenas em idades mais avançadas. Esta constatação permitiu-me reconhecer a relevância da saúde pélvica feminina e reforçou a necessidade de intervenções educativas orientadas para o fortalecimento do pavimento pélvico e para a deteção precoce destas disfunções.

Tive ainda oportunidade de assistir à colocação de métodos contraceptivos de longa duração, nomeadamente o sistema intrauterino e o implante subcutâneo, o que me permitiu observar o processo de aconselhamento e escolha contraceptiva. O aconselhamento contraceptivo deve ser livre de juízos de valor e sustentado em informação clara e adequada, de modo a promover a autonomia, adesão e satisfação da mulher com o método escolhido (Palma et al., 2024).

Contudo, constatei que nesta consulta, a intervenção de enfermagem se encontrava limitada à vertente técnica, nomeadamente à assistência ao procedimento e preparação do material, sem envolvimento direto no aconselhamento contraceptivo. Esta limitação contrasta com a evidência científica, que destaca a importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica na promoção da literacia em saúde, na escuta ativa e no apoio à decisão informada (Palma et al., 2021).

A Teoria das Transições de Meleis (2010) constituiu o referencial orientador deste estágio, permitindo compreender e intervir nos processos de adaptação vividos pelas mulheres ao longo das diferentes experiências de saúde e doença ginecológica. Mesmo em contextos de consulta, onde a intervenção de enfermagem é mais discreta ou essencialmente

técnica, foi possível prestar cuidados significativos. Através da escuta ativa, do reforço da autoconfiança e, quando apropriado, do toque, procurei fortalecer a crença da utente nas suas capacidades para lidar com a doença, promover o conforto e responder às suas expectativas e preocupações, contribuindo assim para a humanização dos cuidados.

De forma global, considero que cumpri a maioria dos objetivos definidos para este estágio. Contudo, devido à escassez de tempo e por não se enquadrar diretamente na temática do pós-parto, não foi possível desenvolver a formação em serviço inicialmente prevista. Ainda assim, ao longo do estágio surgiram várias oportunidades para realizar intervenções de educação para a saúde dirigidas às mulheres e aos casais.

Este estágio contribuiu para o fortalecimento da minha identidade profissional e para a consolidação da intervenção de enfermagem como elemento facilitador das transições vividas pela mulher nos diferentes processos de saúde e doença ginecológica, conforme sustenta Meleis (2010).

3.3 ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA

O estágio na Unidade de Medicina Materno-Fetal (UMMF) decorreu num hospital de nível III, na região de Lisboa e Vale do Tejo, entre 9 de dezembro de 2024 e 17 de janeiro de 2025, com a duração total de seis semanas.

O internamento de medicina materno-fetal é um espaço de cuidados especializados que acolhe mulheres com patologias obstétricas de maior complexidade, bem como grávidas em indução do trabalho de parto (ITP) e mulheres em contexto de interrupção médica da gravidez (IMG).

O serviço dispõe de 14 camas, organizado em três enfermarias com capacidade para quatro camas cada e dois quartos individuais, reservados para situações que requerem maior privacidade e acompanhamento diferenciado, como casos de IMG ou outras condições emocionalmente delicadas. Esta organização física, apesar de funcional, exige uma constante articulação entre os profissionais, sobretudo devido à diversidade de situações clínicas presentes.

A equipa de enfermagem é composta por 18 elementos, dos quais 12 são EEESMO e 6 são enfermeiros generalistas.

O EEESMO tem competências para cuidar da mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal, conforme estabelecido no Regulamento das

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b). A UMMF reflete plenamente esta abrangência, uma vez que o enfermeiro é o profissional que assegura uma presença contínua, 24h por dia, junto das mulheres, e que, em situações de urgência ou emergência, atua de forma rápida, competente e articulada com a equipa médica, garantindo a segurança e o bem-estar materno-fetal. O contexto exigente desta unidade requer do EEESMO uma vigilância minuciosa e uma tomada de decisão rápida e fundamentada, competências que constituem pilares da sua prática especializada (OE, 2019b).

Desde o primeiro dia que me senti verdadeiramente acolhida pela equipa. Sempre que surgia uma nova oportunidade de aprendizagem, era chamada para observar ou participar nos procedimentos, o que me permitiu crescer em segurança, confiança e autonomia. Quero destacar, em particular, a minha orientadora, uma profissional de excelência, com vasto conhecimento técnico-científico e de uma sensibilidade humana ímpar, que fez toda a diferença no meu percurso.

Durante o estágio, prestei cuidados a mulheres internadas por diferentes motivos, desde patologias obstétricas ou fetais, como pré-eclâmpsia, frequentemente associada a restrição de crescimento fetal, hiperémese gravídica, oligoâmnios ou hidrâmnios, ameaça de parto pré-termo, placenta prévia, hemorragia, trombofilias, pielonefrite aguda e anemias graves. Em alguns casos, o internamento destinava-se à indução do trabalho de parto, procedimento que, consoante a avaliação clínica, podia envolver diferentes métodos farmacológicos ou mecânicos.

Observei e participei em ITP realizadas com dinoprostona (*Propess*[®]), sempre em conformidade com a prescrição médica e o protocolo institucional. Na altura, o uso de misoprostol ainda não estava implementado no internamento. Noutras situações, recorriam-se a métodos mecânicos, como a sonda de *Foley*, para favorecer a maturação cervical, de forma mais controlada e com menor risco. O processo de indução requer uma vigilância clínica rigorosa, incluindo, habitualmente, uma hora de monitorização cardiotocográfica (CTG), de modo a detetar precocemente alterações no bem-estar fetal ou na contratilidade uterina, garantindo o conforto e a segurança da mulher e do feto.

A realização de CTG foi uma das experiências que mais me fascinou durante o estágio. Tratou-se do meu primeiro contacto direto com esta prática, que já despertava o meu interesse desde as aulas. A cardiotocografia permite avaliar a frequência cardíaca fetal e a contratilidade uterina durante o trabalho de parto, constituindo um instrumento essencial

para a detecção precoce de sinais de sofrimento fetal e para a tomada de decisões clínicas (Ayres-de-Campos et al., 2015).

Acompanhar as mulheres durante o trabalho de parto foi uma experiência particularmente enriquecedora. À medida que as contrações se intensificavam e a dor aumentava, procurava ajudá-las a encontrar estratégias de alívio, como a respiração controlada, a adoção de diferentes posições, a hidroterapia, o uso da bola de pilates ou a realização de massagens lombares. Incentivei frequentemente os companheiros a participarem, realizando eles próprios as massagens, promovendo assim o envolvimento e o apoio da pessoa significativa. A dor no trabalho de parto é um fenómeno fisiológico e multidimensional, cuja percepção é influenciada por fatores físicos, psicológicos, culturais, sociais e até religiosos (Pedro & Oliveira, 2016, p. 411). Neste contexto, a intervenção do EEESMO é fundamental na promoção de estratégias de alívio da dor, ajustadas às preferências e necessidades de cada mulher, de modo a proporcionar uma vivência positiva e empoderada do parto.

Quando a mulher entrava na fase ativa do trabalho de parto, ou quando a dor se intensificava e já não respondia às estratégias de alívio existentes no serviço, era transferida para a sala de partos, habitualmente para realização da técnica de analgesia loco-regional. No entanto, esta encontrava-se localizada dois andares abaixo do internamento, o que representava uma limitação estrutural relevante, sobretudo em situações de emergência, devido à demora associada à espera dos elevadores e ao tempo de deslocação. Durante o estágio não vivenciei nenhuma situação emergente, embora tenha tido conhecimento de episódios relatados pela equipa. Esta constatação vai ao encontro da literatura, que reconhece que o ambiente físico e a organização dos serviços de saúde influenciam diretamente a segurança dos utentes e a qualidade dos cuidados prestados (Zamani et al., 2023).

No contexto da vigilância do trabalho de parto (TP), um dos procedimentos que mais me desafiou foi a cervicometria, fundamental para avaliar a progressão do TP e a maturação cervical. No início do estágio, sentia bastante insegurança, mas compreendi que a sensibilidade tátil se constrói com o tempo, a prática e a orientação adequada. Esta evolução foi particularmente gratificante e simboliza o crescimento que experienciei ao longo do estágio.

Para além das competências técnicas que fui consolidando, este estágio também me confrontou com experiências emocionalmente exigentes, nomeadamente situações de perda gestacional.

Quando uma gravidez não segue o percurso esperado e daí resulta uma perda gestacional, a experiência emocional é profundamente impactante para as famílias, sendo uma das situações mais traumáticas que os casais podem vivenciar, com potenciais repercussões duradouras na vida familiar (Binnie, 2020).

Para além do luto vivenciado pelos pais, o enfermeiro também pode experienciar um luto profissional, decorrente do vínculo criado e da partilha da dor durante o processo de perda. Este luto é frequentemente silencioso e exige apoio e formação adequados aos profissionais (Atkins et al., 2023). Durante este estágio, tive a oportunidade de acompanhar sete casais em processo de interrupção médica da gravidez, dos quais três vivenciaram a expulsão fetal durante o meu turno, um com nove semanas, outro com treze e outro com dezoito semanas de gestação. Este último caso, atendendo à idade gestacional, deveria ter ocorrido na sala de partos, mas acabou por acontecer no internamento, o que me permitiu acompanhar o processo em toda a sua complexidade clínica e emocional. O casal em questão era do Bangladesh e a comunicação foi dificultada por uma barreira linguística significativa.

Contudo, percebi que, mesmo quando as palavras falham, o cuidado pode expressar-se através de outras linguagens, como o olhar, o toque, o silêncio e a presença. Permanecer ao lado daquela mulher, segurando-lhe a mão e oferecendo-lhe conforto, foi um dos momentos mais marcantes deste E.

Curiosamente, o que mais me custou não foi o momento da expulsão em si, nem ver o feto, mas sim o acolhimento inicial que era feito aos casais quando davam entrada no serviço para iniciarem esse doloroso processo.

Estas experiências foram emocionalmente intensas e deixaram marcas no meu percurso académico e pessoal, pois representaram o primeiro contacto direto com a prestação de cuidados em situação de perda gestacional. Enfrentei desafios iniciais, como o medo do silêncio, o receio de ser inconveniente, o controlo emocional e a dificuldade de encontrar o equilíbrio entre proximidade e contenção. No entanto, estas vivências permitiram-me desenvolver resiliência emocional, aprendendo a gerir emoções intensas e a recorrer a estratégias de *coping*, como o apoio de colegas e família.

Para além do contexto de internamento, tive também oportunidade de assistir e participar nas consultas de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e nas consultas de obstetrícia de alto risco.

Verificou-se que a maioria dos profissionais de saúde do hospital era objetora de consciência, o que implicava que apenas duas enfermeiras e um médico (que não pertencia

ao quadro), realizassem as consultas de IVG. Nos dois dias de consultas, procurei adotar uma postura empática, respeitando a decisão e autonomia da mulher, em conformidade com os princípios éticos e deontológicos de Enfermagem (OE, 2019a).

Nos três dias em que estive na consulta de obstetria de alto risco, observei o acompanhamento próximo de mulheres com patologias associadas à gravidez, situações que exigem uma vigilância mais rigorosa e frequente. A avaliação do bem-estar fetal é habitualmente realizada através da auscultação dos batimentos cardíacos com doppler, sendo que, em idades gestacionais mais avançadas, se recorre também à monitorização cardiotocográfica. Esta experiência permitiu-me consolidar conhecimentos sobre as diferentes modalidades de vigilância fetal e compreender de que forma são aplicadas em função das necessidades clínicas de cada mulher.

Além disso, nas consultas tive oportunidade de realizar ações de educação para a saúde dirigidas às mulheres e à pessoa significativa, abordando temas como a nutrição, a atividade física, a gestão terapêutica, os sinais de alarme, a preparação da mala da maternidade, elaboração do plano de parto e os benefícios da amamentação. No internamento também realizei ações educativas ajustadas à situação clínica de cada mulher, nomeadamente sobre vigilância dos sinais e sintomas associados à patologia, adesão ao regime terapêutico, importância do repouso e da hidratação, gestão da dor e ansiedade e reconhecimento dos sinais de início de trabalho de parto.

No final do estágio, dinamizei uma sessão de educação para a saúde integrada no Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP), com o tema “O Pós-Parto”. Embora a apresentação não tenha sido elaborada por mim, fui responsável pela sua dinamização junto do grupo.

A sessão contou com a participação de 11 casais e teve como principal objetivo promover a compreensão das transformações físicas, emocionais, psicológicas e sociais que ocorrem no período pós-parto. Pretendeu-se ainda, incentivar a elaboração do plano pós-parto como ferramenta de planeamento, comunicação e partilha entre o casal. De acordo com Sendas e Freitas (2025), o plano pós-parto constitui um instrumento que permite à mulher e ao casal projetar o seu papel parental e antecipar necessidades, reforçando a autonomia e o empoderamento na transição para a maternidade.

No final, o grupo demonstrou satisfação com a sessão e dedicou alguns minutos à colocação de dúvidas, o que proporcionou um momento de partilha e reforço dos conhecimentos adquiridos.

Ao longo deste E, prestei cuidados a 31 grávidas submetidas a indução do trabalho de parto e acompanhei 54 grávidas em situação de risco. No total, realizei cerca de 126 exames pré-natais.

A Teoria das Transições de Meleis (2010) esteve presente em todas as dimensões do cuidar: na vigilância da gravidez patológica, na gestão das emoções associadas à perda fetal, na preparação para o parto e na promoção do bem-estar físico e emocional. Compreendi que cada mulher, cada casal e até cada profissional vive a sua própria transição, seja ela de esperança, de medo, de perda ou de descoberta, e que o enfermeiro, ao estar presente, se torna um agente facilitador dessas mudanças.

A empatia revelou-se o fio condutor de todo o processo. Estar presente com autenticidade, oferecer conforto no silêncio, apoiar na dor e celebrar na alegria são dimensões que transcendem a técnica e definem a essência do cuidar.

Foi neste estágio que me apaixonei ainda mais pela área de saúde materna e obstétrica. Foi um espaço onde me senti plenamente realizada, onde o meu trabalho teve significado e onde confirmei que este é o meu caminho profissional.

Desta forma, o estágio na Unidade de Medicina Materno-Fetal permitiu-me desenvolver as minhas competências técnicas, o raciocínio clínico e a autonomia, tendo sido atingidos todos os objetivos delineados no âmbito deste ensino clínico.

3.4 ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE

O estágio em contexto de cuidados de saúde primários decorreu entre 20 de janeiro e 28 de fevereiro de 2025, totalizando 150h de contacto, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região de Lisboa. Este estágio constituiu uma oportunidade privilegiada de consolidação das competências específicas do EEESMO, num contexto onde a vigilância e o acompanhamento próximo da mulher permitem identificar precocemente necessidades e vulnerabilidades, bem como promover intervenções educativas e preventivas (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [ACEESMO], 2021).

A UCC era composta por uma equipa multidisciplinar, integrando enfermeiros generalistas e especialistas, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, técnicos administrativos e técnicos auxiliares de saúde. No que respeita à equipa de enfermagem, destacavam-se duas EEESMO e duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde

Infantil e Pediátrica (EEESIP), cuja articulação possibilitava uma abordagem integrada à mulher, ao recém-nascido e à família.

Embora a UCC desenvolva diversos projetos dirigidos à comunidade, no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica encontra-se ativo apenas o Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP), dinamizado pelas duas enfermeiras especialistas da área.

Durante a primeira semana de estágio, tive a oportunidade de assistir a várias sessões do programa, dinamizadas pela minha enfermeira orientadora, em diferentes locais da área de abrangência da UCC. O programa encontrava-se organizado em turmas presenciais e *online*, de forma a garantir maior acessibilidade às grávidas e casais, ajustando-se às suas necessidades e disponibilidade. Quando não era possível comparecer à sessão presencial, os participantes tinham a possibilidade de assistir à mesma temática em formato *online*. Observou-se, no entanto, que a maioria dos casais preferia o formato presencial, valorizando o contacto direto, a interação com o grupo e a componente prática das atividades. Esta observação está em consonância com a evidência científica, que indica que a educação pré-natal presencial tende a ser mais eficaz no envolvimento emocional e na redução do medo do parto, quando comparada à modalidade virtual (Moshki et al., 2023).

As sessões do programa encontravam-se bem estruturadas e eram abordadas de forma sequencial:

1^a) Sessão prática - centrada na importância da liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, permitindo aos casais experimentar diferentes posições, com recurso a bolas de pilates e colchões e compreender os benefícios do movimento ativo na gestão da dor e na facilitação da descida e rotação fisiológica do feto na bacia materna;

2^a) Trabalho de parto - dividido em duas sessões distintas, dedicadas à identificação das fases do trabalho de parto, aos sinais de alarme e às estratégias de controlo da dor, abordando também o papel do acompanhante e os direitos da mulher;

3^a) Puerpério - sessão que explorava as mudanças físicas e emocionais do pós-parto, os desafios da adaptação à maternidade e as estratégias de autocuidado;

4^a) Cuidados ao recém-nascido - dedicada aos cuidados básicos ao bebé: higiene, conforto, segurança e reconhecimento de sinais de alerta.

Complementarmente, os casais participavam ainda em duas sessões temáticas adicionais: uma conduzida por uma pediatra convidada, sobre a amamentação e outra dinamizada por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, dedicada à

temática do sono do recém-nascido. A sessão sobre amamentação foi completamente distinta das que havia presenciado até então, apresentando uma abordagem inovadora, que desafiava a visão tradicional sobre o tema e estimulava uma reflexão crítica sobre as práticas habitualmente adotadas.

A observação destas sessões permitiu-me compreender as diferentes dinâmicas de grupo, as formas de comunicação e o nível de envolvimento dos casais. Esta fase foi essencial para compreender a estrutura e os objetivos do programa, bem como para reconhecer a importância do EEESMO enquanto educador em saúde e facilitador do empoderamento parental.

A partir da segunda semana, comecei a dinamizar autonomamente as sessões, o que representou um desafio e, simultaneamente, uma conquista pessoal. Embora me sinta mais confortável a expressar-me por escrito do que a falar em público, esta experiência permitiu-me ganhar confiança na comunicação em grupo e desenvolver competências de expressão oral, fundamentais na prática do EEESMO. Fui também responsável por atualizar as apresentações do programa, integrando evidência científica recente e reformulando-as com uma vertente mais apelativa e clara.

Embora o acompanhamento domiciliário integrasse as áreas de atuação da UCC, não tive oportunidade de realizar visitas, uma vez que este tipo de intervenção não estava a ser praticado na unidade. Esta situação reflete uma realidade transversal à maioria das UCC da região de Lisboa e Vale do Tejo. O acompanhamento no pós-parto decorria sobretudo em formato *online*, através de sessões síncronas destinadas a puérperas que tinham frequentado o PPPP, permitindo esclarecer dúvidas, promover partilhas e identificar precocemente necessidades emocionais, sociais ou clínicas. O recurso a essas sessões revelou-se uma estratégia pertinente para assegurar a continuidade de cuidados, ainda que insuficiente para responder plenamente às necessidades complexas desta fase de transição.

Paralelamente à experiência na UCC, tive também a oportunidade de estar três dias numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), onde participei em 21 consultas, das quais 18 de vigilância de gravidez de baixo risco e 3 de revisão do puerpério, a mulheres sem médico de família atribuído, a maioria das quais imigrantes.

As consultas de vigilância de gravidez têm como principal objetivo avaliar o bem-estar materno e fetal, identificar precocemente sinais de risco e promover a adaptação saudável à gravidez (DGS, 2023).

Durante as consultas realizava a avaliação dos sinais vitais, controlo do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC), avaliação da altura do fundo uterino (AFU), manobras de Leopold, tendo sido a primeira vez que o fiz numa grávida real e auscultação dos batimentos cardíacos (BCF). Era igualmente efetuada a verificação dos exames laboratoriais e ecográficos, assegurando o registo atualizado no Boletim de Saúde da Grávida (BSG). Durante a observação e participação nas consultas, foi dada particular atenção à educação para a saúde de acordo com as necessidades das grávidas, promovendo momentos de esclarecimento de dúvidas sobre nutrição, atividade física, alterações fisiológicas da gravidez e sinais de alarme.

Nas consultas de revisão do puerpério que acompanhei, tive a oportunidade de aplicar a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS), reforçando a vigilância da saúde mental materna, no entanto não houve necessidade de referenciação. Estas consultas foram também momentos privilegiados para realizar educação para a saúde sobre a retoma da atividade física, sexualidade no pós-parto e opções de métodos contraceptivos, esclarecendo opções seguras e adequadas a este período, de forma a prevenir uma gravidez não planeada e apoiar decisões informadas (Palma et al., 2024).

Contudo, o tempo disponível por consulta era frequentemente limitado, o que dificultava o aprofundamento de algumas temáticas. Além disso, a barreira linguística constituiu um desafio acrescido à comunicação, uma vez que muitas utentes eram imigrantes com dificuldade na língua portuguesa ou inglesa. Mesmo recorrendo a ferramentas de tradução, como o Google Tradutor, a comunicação nem sempre era fluida ou suficiente para garantir total compreensão das informações transmitidas. A literatura evidencia que as barreiras linguísticas constituem um importante obstáculo à comunicação eficaz entre profissional e utente, podendo comprometer a adesão aos cuidados, a compreensão da informação, a segurança clínica e a relação terapêutica (Al Shamsi et al., 2020). Neste contexto, o uso de linguagem simples e visual revelaram-se estratégias eficazes para garantir a transmissão da informação.

Apesar desta aprendizagem significativa, neste contexto, não tive oportunidade de desenvolver competências no acompanhamento da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, conforme preconizado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b). Senti por isso, falta de contacto com procedimentos como a colocação e remoção de contraceção uterina e implantes, a realização

de citologias e de consultas de planeamento familiar. Embora o aspeto relacionado com a educação para a saúde no âmbito do planeamento familiar tenha sido realizado noutros contextos de estágio. Esta limitação, contudo, permitiu-me identificar áreas de desenvolvimento futuro, reforçando a noção de que o crescimento profissional é um processo contínuo de aprendizagem, reflexão e aperfeiçoamento das práticas.

Uma das experiências mais gratificantes do estágio foi a realização de uma sessão *online* com cerca de 9 puérperas que tinham participado no programa de preparação para o parto durante a gravidez e que, naquele momento, integravam as sessões do pós-parto. Este encontro foi marcado por partilhas de experiências e dúvidas, abordando temas como sexualidade, amamentação, sono e reorganização familiar. A resposta foi extremamente positiva, com várias participantes a sugerirem que este tipo de sessões ocorresse todas as semanas. Este momento reforçou a perceção de que o apoio pós-natal é determinante para uma transição saudável para a maternidade, em consonância com os princípios defendidos pela Organização Mundial da Saúde (2022) e pelo Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (Cardoso et al., 2024).

Neste contexto, a aplicação do Modelo de Meleis (2010) revelou-se particularmente pertinente: ao facilitar a partilha, promover o sentimento de pertença e reforçar a autoconfiança das puérperas, o enfermeiro atua como mediador da transição, reduzindo o *stress* e potenciando o bem-estar. Cada interação foi uma oportunidade para concretizar os conceitos centrais do modelo: conhecimento, presença, encorajamento e suporte, pilares que orientaram a minha prática ao longo de todo o estágio.

Pelo exposto, sinto que alcancei quase a totalidade dos objetivos delineados no Projeto Individual de Estágio.

Apesar de reconhecer que me identifico mais com o ambiente hospitalar, este estágio foi essencial para consolidar competências de comunicação e educação para a saúde, permitindo-me crescer enquanto futura especialista. Foi na comunidade que aprendi que a maternidade não se ensina, acompanha-se.

3.5 ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO BLOCO DE PARTOS

O estágio realizado no bloco de partos foi, para mim, uma das experiências mais desafiantes e transformadoras de todo o meu percurso formativo. Desde o início que tinha consciência de que seria o mais exigente, não apenas pela complexidade técnica, mas

também pela responsabilidade e pela intensidade emocional inerentes a um dos momentos mais significativos da vida de uma família. Apesar da ansiedade inicial, mantive sempre a convicção de que a presença competente e empática do enfermeiro especialista pode influenciar positivamente a experiência da mulher e da família. Essa certeza acompanhou-me e deu-me direção a cada dia.

O EC decorreu entre 4 de março e 11 de julho de 2025, num total de 20 semanas e 500 horas, num hospital de nível III da região de Lisboa e Vale do Tejo.

O bloco de partos tinha sido recentemente remodelado e dispunha de sete quartos individuais com casa de banho privativa, cromoterapia, bola de pilates e condições adequadas para a presença da pessoa significativa. Esta configuração permitia criar um ambiente acolhedor e humanizado, permitindo ao casal permanecer no mesmo espaço desde a admissão até ao nascimento do bebé, promovendo maior conforto, segurança e privacidade. A evidência científica reforça que um ambiente tranquilo, com luz reduzida e com mínima circulação de pessoas, favorece a libertação endógena de ocitocina, contribuindo para a progressão fisiológica do trabalho de parto (Ayerle et al., 2018).

No acolhimento das mulheres à unidade, procurava estabelecer um contacto inicial tranquilo e esclarecedor, apresentando-me, explicando a dinâmica do serviço e criando um ambiente seguro que favorecesse a confiança. Sempre que a mulher trazia um plano de parto escrito, validava-o com a própria, discutindo as suas preferências e prioridades. Quando não existia um plano escrito, explorava verbalmente expectativas, receios e desejos, assegurando que as intervenções prestadas respeitavam os seus valores e promoviam a autonomia.

Cada quarto dispunha ainda de unidade de reanimação neonatal equipada com material de suporte avançado de vida, garantindo intervenção imediata em situações críticas e elevados padrões de segurança e qualidade assistencial, em conformidade com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (2018). A organização espacial em “U”, com uma central de monitorização informatizada no centro, permitia monitorização contínua dos traçados de cardiotocografia, garantido a vigilância permanente do bem-estar materno-fetal.

O serviço integrava ainda dois blocos operatórios, sendo que, nas manhãs dos dias úteis, um deles era utilizado para cirurgias ginecológicas. Existia também uma unidade de recobro com capacidade para três utentes e uma urgência composta por sala de triagem, três gabinetes médicos, uma sala de observação e uma sala de monitorização CTG, onde frequentemente se realizavam técnicas como colheita de sangue e cateterização periférica.

Esta organização permitia uma resposta integrada e eficiente às diferentes necessidades das mulheres.

As equipas eram compostas por cinco EEESMO e três enfermeiros generalistas por turno. Em cada turno, três especialistas permaneciam na sala de partos e dois asseguravam a urgência (triagem e sala), enquanto que os generalistas se distribuíaam entre recobro, bloco e urgência. Esta dinâmica favorecia a comunicação e o apoio mútuo, aspetos essenciais num contexto de ritmo e intensidade constantes.

A minha orientadora teve um papel particularmente relevante neste percurso. Desde o primeiro dia transmitiu-me calma, confiança e disponibilidade. Era competente, humana e com grande sentido de humor e isso refletia-se no respeito e harmonia que existia entre a equipa. Foi um privilégio aprender com alguém assim.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019b), o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica encontra-se habilitado a prestar cuidados especializados à parturiente, potenciando a sua saúde e a adaptação do RN à vida extrauterina, num ambiente seguro e humanizado. Estas competências exigem uma compreensão aprofundada dos processos de mudança vivenciados pela mulher durante o trabalho de parto, bem como uma intervenção ajustada às suas necessidades individuais e ao contexto em que se insere.

Neste sentido, a Teoria das Transições de Meleis (2010) constituiu o referencial teórico que orientou o meu percurso durante o E, permitindo-me compreender o trabalho de parto como uma transição desenvolvimental, influenciada por condições pessoais e contextuais, que podem facilitar ou dificultar a adaptação ao novo papel materno. Este enquadramento ajudou-me a reconhecer indicadores de uma transição saudável, como o envolvimento ativo da parturiente, a promoção da confiança, a comunicação clara e empática, o respeito pelo seu ritmo e necessidades e o apoio contínuo da pessoa significativa.

O trabalho de parto representa um processo fisiológico complexo, dividido em quatro estádios (Graça, 2017). O primeiro estádio caracteriza-se pelo apagamento e a dilatação do colo do útero, desde o início de contrações regulares até à dilatação completa. De acordo com a definição clássica, esta fase subdivide-se em fase latente (0-4cm) e fase ativa (4-10cm), sendo esta última marcada por maior intensidade contrátil e maior necessidade de apoio diferenciado (Fatia & Tinoco, 2016). Contudo, a Organização Mundial da Saúde define atualmente a fase latente como o período com contrações dolorosas e progressão cervical lenta até aos 5cm, e a fase ativa como o período entre os 5cm e a dilatação completa, marcado por contrações regulares e aceleração da dilatação (OMS, 2018).

Acompanhar o trabalho de parto tornou-se, progressivamente, uma das minhas maiores motivações. Descobri que mais do que “assistir partos”, aquilo que verdadeiramente me realizava era cuidar ao longo de todo o processo: avaliar o colo e adequar o plano de cuidados, interpretar o traçado cardiotocográfico ao longo da evolução do trabalho de parto, gerir a dor e implementar medidas de conforto. Estes momentos tornaram-se, para mim, momentos de profundo sentido profissional.

A dor, reconhecida como o 5º sinal vital, assume particular relevância durante o trabalho de parto, sendo um fenómeno complexo, multifatorial e profundamente influenciado por fatores físicos, emocionais, culturais e contextuais. Compete ao EEESMO informar a parturiente sobre os métodos não farmacológicos e farmacológicos de alívio da dor disponíveis, permitindo uma decisão esclarecida e informada (Guerra, 2016, p. 425; NICE, 2023). A implementação de métodos não farmacológicos, como a hidroterapia, mobilidade, massagens, calor localizado, respiração guiada, cromoterapia e musicoterapia, mostraram-se eficazes e com impacto muito positivo na experiência da mulher, em consonância com recomendações internacionais (Lawrence et al., 2013; OMS, 2018).

Muitas mulheres não tinham frequentado programas de preparação para o parto, desconhecendo os benefícios da mobilidade e das posições verticalizadas. Esta realidade evidenciou a necessidade de reforçar a literacia em saúde. Por isso, elaborei o folheto informativo “Experiência de Parto Positiva” (Apêndice IX), com orientações simples sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor e posições facilitadoras da descida fetal, promovendo autonomia e tomada de decisão informada.

Dentro dos métodos farmacológicos de alívio da dor, a analgesia loco-regional revelou-se como o mais eficaz, sendo recomendada por entidades internacionais como a American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2019) e a American Society of Anesthesiologists (ASA, 2021). A evidência demonstra que baixas concentrações de anestésico local associadas a opioides permitem manter a mobilidade materna e proporcionar alívio quase total da dor, com segurança para a mãe e recém-nascido (Anim-Somuah et al., 2018; Sng et al., 2014). Ao longo do estágio, observei que a decisão pela analgesia surgia geralmente com o aumento da frequência e intensidade contrátil e quando as estratégias não farmacológicas deixavam de proporcionar o conforto desejado. Antes da decisão, esclarecia expectativas, benefícios e possíveis efeitos secundários do procedimento. Assisti frequentemente à técnica, auxiliando o médico anestesista no posicionamento da parturiente

e na preparação do material e dos fármacos, sendo também responsável pela monitorização contínua do bem-estar materno-fetal.

A amniotomia corresponde à rutura artificial da bolsa amniótica, realizada com um amniótomo esterilizado durante o toque vaginal, com o objetivo de acelerar o trabalho de parto através do aumento da libertação de prostaglandinas, potenciando contrações mais eficazes e a pressão da apresentação sobre o colo do útero (Johnson & Taylor, 2022). Este procedimento permite ainda observar diretamente as características do líquido amniótico e possibilita a monitorização interna do feto (Smyth et al., 2013).

A evidência científica é clara quanto ao uso criterioso desta técnica: a amniotomia deve restringir-se a trabalhos de parto induzidos, prolongados ou complicados, nos quais exista risco de compromisso materno-fetal, não havendo benefícios demonstrados no trabalho de parto espontâneo e fisiológico (ACOG, 2019; OMS, 2018; Smyth et al., 2013). No contexto clínico, a sua realização ocorreu exclusivamente perante indicação adequada. Após a rutura, avaliavam-se as características do líquido amniótico, assegurava-se o apoio do polo cefálico de forma a prevenir o risco de prolapso do cordão umbilical, monitorizavam-se os BCF através de CTG e prestavam-se cuidados de higiene, conforto e segurança (Chapman & Charles, 2018; Johnson & Taylor, 2022).

O segundo estágio corresponde ao intervalo entre a dilatação completa e o nascimento do recém-nascido (Graça, 2017). É um momento intenso, de grande vulnerabilidade e expectativa. Assisti a partos em diferentes posições, o que me permitiu compreender a importância da liberdade de movimento e da verticalização no trabalho de parto (ACOG, 2019; Graça, 2017; OMS, 2018). A posição lateralizada foi a mais frequente e confortável para as mulheres. Tentámos dois partos no banco, que acabaram por não se concretizar, um devido ao desconforto da mulher e outro por desacelerações fetais persistentes que exigiram alternância de posição. Durante o período expulsivo, procurava proporcionar segurança e conforto, aplicando compressas de água quente no períneo, incentivando a respiração controlada e adotando, sempre que possível, uma atitude “*hands off*”, respeitando a fisiologia do parto. Ainda assim, em vários momentos, assumi uma atitude mais intervencionista e protegi ativamente o períneo, através da manobra de *Ritgen*, de forma a prevenir lacerações graves, o que, felizmente, consegui evitar em todos os partos que assisti.

Realizei apenas duas episiotomias, ambas com indicação clínica e sob supervisão, respeitando as recomendações internacionais de uso restritivo, reservando-a a situações

específicas, como ausência de elasticidade dos tecidos ou sofrimento fetal (NICE, 2022; OMS, 2018). Estas orientações vão ao encontro das preocupações éticas expressas pelo Parlamento Europeu (2024), ao reconhecer episiotomias desnecessárias ou não consentidas como forma de violência obstétrica.

Suturar foi, sem dúvida, um dos maiores desafios. Desde segurar corretamente as pinças até identificar corretamente os planos. Mas com prática, estudo e supervisão próxima das enfermeiras com quem tive o privilégio de aprender, especialmente da minha orientadora, comecei a ganhar confiança. Aquela insegurança inicial transformou-se em competência. Ter autonomia para suturar sozinha representou um marco significativo no meu crescimento.

Também a estática fetal exigiu tempo, prática e orientação. Distinguir suturas, reconhecer fontanelas e compreender a posição fetal revelou-se um exercício de paciência, mas ao longo das semanas fui ficando mais segura daquilo que as mãos teimavam em não perceber.

No decorrer do estágio, vivi uma grande diversidade de situações, essenciais para o desenvolvimento do pensamento crítico e tomada de decisão. Assisti a três distócias de ombros, uma das emergências obstétricas mais críticas e imprevisíveis. Todas foram resolvidas com sucesso, recorrendo à manobra de *McRoberts* e *Rubin I*, conforme preconizado pela evidência (Graça, 2017; RCOG, 2012).

Não assisti a hemorragias pós-parto graves, mas vivi várias situações de desacelerações fetais, que exigiram mudanças rápidas de posição para “quatro apoios” e perfusão de salbutamol para promover o relaxamento uterino e otimizar a oxigenação fetal. Em duas dessas situações, a ausência de recuperação do bem-estar fetal conduziu a cesariana emergente.

Para além destas situações de sofrimento fetal agudo, presenciei também várias circulares cervicais apertadas que obrigaram a utilização da manobra de *Somersault*, garantindo um nascimento seguro sem tensão sobre o cordão umbilical e evitando compressões excessivas.

Os partos precipitados foram momentos particularmente exigentes, dado o nível de *stress* inerente a este tipo de situação. Considera-se parto precipitado aquele cuja duração é inferior a três horas desde o início das contrações uterinas regulares até à expulsão fetal (Najam et al., 2021). Este tipo de parto pode implicar riscos significativos para a mãe, nomeadamente lacerações extensas do canal de parto e hemorragia pós-parto, e pode também

traduzir-se, para o recém-nascido, em dificuldade de adaptação ao meio extrauterino, dada a transição rápida e abrupta do trabalho de parto (Suzuki, 2015). Assisti a dois na triagem no serviço de urgência, outro numa maca no bloco operatório, devido à inexistência de vagas na sala de partos, e o último aconteceu na ambulância, tendo a dequitação decorrido posteriormente no quarto. Foram episódios intensos e desafiantes, nos quais a rapidez de raciocínio, a serenidade e o trabalho em equipa se revelaram essenciais para garantir a segurança da mulher e do recém-nascido.

Relativamente à importância da atenção aos pormenores e da manutenção de práticas seguras, recordo um episódio em que, num parto distócico, por inexperiência e nervosismo, após o pai cortar o cordão umbilical, aceitei a tesoura e, num gesto automático, voltei a colocá-la na mesa, junto do material esterilizado. Assim que percebi o erro, senti-me profundamente constrangida e dececionada comigo própria. Foi uma situação que me fez refletir sobre o quão fácil é, no meio da intensidade do parto, deixar que a emoção e a pressão se sobreponham à técnica. Nesse dia, recordei e interiorizei que errar também faz parte do processo de crescimento e que reconhecer a falha é o primeiro passo para nos tornarmos profissionais mais conscientes, atentos e humildes.

O terceiro estágio do TP corresponde à dequitação e decorre desde a saída do RN até à expulsão completa da placenta (Sequeira et al., 2020). Na maioria das situações, a dequitação ocorreu de forma fisiológica, através de uma atitude expectante, respeitando o tempo e os sinais naturais de descolamento placentário. Mas também adotei uma conduta ativa em determinadas situações. Realizei a manobra de *Brandt-Andrews*, que consiste na tração controlada e cuidadosa do cordão umbilical com uma das mãos, enquanto a outra exerce uma ligeira pressão sobre o útero. Quando a placenta se exteriorizava pelo canal vaginal, procedi à manobra de *Jacob-Dublin*, que implica a rotação suave da porção visível da placenta em torno do seu eixo, no sentido horário, favorecendo a dequitação completa e prevenindo a retenção de membranas. A tração controlada do cordão umbilical facilita a expulsão da placenta e contribui para a redução do risco de hemorragia pós-parto (NICE, 2023). Nesta fase, sempre que possível, e de acordo com a vontade da mulher, iniciava-se o contacto pele-a-pele. Este momento, para além de promover a vinculação e facilitar a transição extrauterina, contribui para a estabilidade cardiorrespiratória e térmica do recém-nascido, favorecendo ainda o início precoce da amamentação. Para a puérpera, o contacto pele-a-pele tem um impacto emocional significativo, reforçando o sentimento de competência maternal e estimulando a libertação endógena de ocitocina, que auxilia também

na contração uterina e na diminuição do risco de hemorragia pós-parto. Procurava, assim, garantir um ambiente calmo, respeitando o ritmo da díade e assegurando que este primeiro encontro ocorresse de forma segura, contínua e harmoniosa (Ayres et al., 2021; Moore et al., 2025; OMS, 2018).

O quarto estágio do trabalho de parto corresponde ao puerpério imediato e compreende as primeiras duas horas após o nascimento (Fatia & Tinoco, 2016). É um período que requer vigilância rigorosa, uma vez que há maior risco de complicações maternas, nomeadamente hemorragia pós-parto (Santos et al., 2020).

Nesta fase procedia à avaliação global da puérpera, incluindo a monitorização dos sinais vitais, a verificação do tônus uterino e da quantidade de perdas hemáticas, bem como a observação do períneo e da perineorrafia, quando existente, ou a avaliação da integridade do penso abdominal nos casos de cesariana. Procedia-se igualmente à remoção do cateter epidural, assegurando a integridade do mesmo e do local de inserção. Por fim, era avaliada a eliminação vesical, determinando-se a necessidade de cateterismo, sempre que clinicamente indicado.

Sempre que era vontade da mulher, iniciava-se o aleitamento materno, idealmente durante a primeira hora de vida, conforme recomendado pela OMS (2018). O início precoce da amamentação proporciona múltiplos benefícios: oferece proteção imunológica através do colostro, favorece o estabelecimento do vínculo da díade, contribui para a regulação da glicémia neonatal e reduz o risco de hemorragia materna (Ramiro et al., 2021).

Terminadas as duas horas de vigilância e confirmada a estabilidade clínica da díade, procedia-se à sua transferência para o serviço de puerpério. De acordo com a OE (2019b, p. 13564), o EEESMO “assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte”.

Durante este E, assisti 48 partos eutócicos e participei em 19 partos distócicos (quatorze por ventosa, três por fórceps e duas cesarianas). Realizei 2 episiotomias e efetuei 38 suturas perineais, utilizando diferentes técnicas (pontos simples, invertidos, *Donatti*, sutura contínua simples e intradérmica). Prestei cuidados a 72 puérperas e 69 recém-nascidos no puerpério imediato, dos quais 6 necessitaram de medidas de apoio na adaptação à vida extrauterina, como estimulação tátil, aquecimento, aspiração de secreções e utilização do *Neopuff*®.

Os números deste percurso contam histórias e responsabilidades. Entre tantas famílias, guardo com carinho um casal do Nepal, com quem criei uma ligação especial.

Disseram desde o início que queriam que fosse eu a acompanhá-los e quis o destino que o parto acontecesse ainda no meu turno. Lembro-me da alegria genuína que foi presenciar aquele momento. No final, agradeceram-me emocionados, dizendo que jamais se esqueceriam de mim. Guardo uma fotografia dos quatro para me recordar daquele momento.

Mas nem todos os momentos tiveram sorrisos. Também houve silêncios pesados. Acompanhei quatro perdas fetais, sendo uma delas particularmente marcante: uma mulher de 43 anos, 39 semanas de gestação, com pré-eclâmpsia, que chegou à urgência com ausência de movimentos fetais. Apesar de conhecer os riscos associados à idade materna avançada e à pré-eclâmpsia, nada nos prepara para o silêncio após o nascimento. O parto foi instrumentado por exaustão materna, sendo que o casal aceitou apenas uma aplicação de ventosa. Recordo o medo de ser inconveniente, de entrar no piloto automático e dizer “parabéns” por hábito, de tocar e ferir. Foi uma experiência estranha e dolorosa. Segurar um bebê sem vida confronta-nos com a mais dura fragilidade da nossa prática. A equipa geriu a situação com tranquilidade e respeito, amparando-me também. Aprendi o valor do silêncio e da presença discreta, da validação do luto, do respeito pelos rituais e pelo tempo da família.

Reconhecendo a complexidade emocional da situação, solicitei o apoio da psicóloga, assegurando uma intervenção especializada e sensível às necessidades dos pais. Assim, perante um cenário de grande sofrimento, mobilizei a competência do EEESMO de identificar vulnerabilidades e ativar recursos de suporte adequados, garantindo um cuidado humanizado (OE, 2019b).

No serviço existia a possibilidade de preparar uma caixa de memórias para os pais, contendo pequenos objetos simbólicos que pudessem apoiar o processo de luto. No entanto, no caso específico que acompanhei, não cheguei a utilizá-la, uma vez que os pais manifestaram o desejo de permanecer com a bebé nos braços durante o resto do meu turno. A caixa, incluiria uma pegada e alguns fios de cabelo, mas acabou por ser preparada por uma enfermeira generalista no turno seguinte, respeitando o ritmo e as decisões da família.

Com Meleis (2010), compreendi que o luto perinatal é também uma transição, que exige condições facilitadoras para que a família encontre significado, e que o nosso papel é, muitas vezes, sustentar, proteger e não invadir.

No âmbito do desenvolvimento de competências técnicas, tive oportunidade de assistir a uma formação em serviço dinamizada por um médico interno sobre anestesia no bloco operatório direcionada para a equipa de enfermagem e uma sessão sobre fios de sutura

apresentada por uma delegada de informação médica. Estas iniciativas permitiram-me reforçar conhecimentos técnicos e atualizar práticas essenciais.

Apesar deste serviço integrar um Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) dinâmico, a minha experiência neste contexto foi relativamente limitada, uma vez que a minha orientadora permanecia habitualmente na sala de partos e a intensidade do serviço exigia a minha presença constante. Ainda assim, sempre que o trabalho permitia, pude deslocar-me à urgência, tendo oportunidade de observar a aplicação do Sistema de Triagem de Manchester adaptado à saúde materna e obstétrica, bem como a abordagem inicial a diferentes situações clínicas. Na triagem, para além de observar a avaliação clínica e a atribuição de prioridades pela enfermeira, realizei cervicometrias e a avaliação dos sinais vitais. Na sala de observação, acompanhei mulheres com diminuição dos movimentos fetais, dor abdominal intensa, perda de líquido ou necessidade de controlo da pressão arterial e realizei técnicas como colheita de sangue, cateterização periférica e monitorização cardiotocográfica. Embora não tenha prestado cuidados diretos nestas situações, tive conhecimento de vários casos de violações que deram entrada no serviço. Não tinha consciência da elevada frequência destes episódios, sobretudo durante os meses de Verão, o que me impactou profundamente. Estas vivências na urgência, embora esporádicas, complementaram a minha aprendizagem no bloco de partos e ajudaram-me a compreender de forma mais ampla a dinâmica do serviço.

Relativamente ao meu Projeto Individual de Estágio, considero que cumpri os objetivos definidos: integrei a estrutura física e a dinâmica do serviço; prestei cuidados especializados à mulher, ao recém-nascido e à família desde o acolhimento até ao pós-parto imediato; desenvolvi competências técnico-científicas e relacionais; participei em atividades formativas e produzi material educativo. Acima de tudo, consolidei uma postura ética e reflexiva, reconhecendo os meus limites, pedindo ajuda e priorizando a segurança e o bem-estar da tríade.

Este estágio marcou-me profundamente, não apenas pela aprendizagem, mas pelo prazer genuíno de o viver. Cumpri as 500 horas por vontade e não por obrigação. Ia para o estágio com entusiasmo, mais feliz e realizada do que no meu próprio contexto laboral. Aprendi que mesmo quando as palavras faltam, a dignidade, o respeito e a compaixão são sempre linguagem suficiente.

Termino este percurso com maior confiança, consciência e maturidade profissional. Ganhei voz, segurança e sentido. Acompanhar mulheres e famílias em momentos tão

intensos permitiu-me perceber quem sou como enfermeira e quem quero continuar a ser. Sigo com a certeza de que encontrei o meu lugar e com a gratidão por todas as aprendizagens que este caminho me ofereceu.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório constituiu uma oportunidade para refletir sobre o percurso acadêmico realizado. Os estágios possibilitaram-me prestar cuidados especializados à mulher em diferentes fases do ciclo reprodutivo e em vários contextos de saúde-doença, bem como integrar competências regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros, mobilizando pensamento crítico e integrando evidência científica na tomada de decisão, sempre respeitando os princípios éticos, contribuindo assim para a qualidade dos cuidados prestados. A diversidade dos contextos clínicos permitiu-me vivenciar situações distintas e complexas, que enriqueceram de forma significativa o meu desenvolvimento pessoal e profissional. A prática de cuidados sustentada no referencial teórico de Afaf Meleis foi integrada ao longo de todo o percurso formativo, orientando a análise das vivências das mulheres e a minha atuação na facilitação de transições saudáveis.

A realização da *Scoping Review* e do estudo qualitativo permitiu compreender as dimensões subjetivas da experiência materna, o peso das dúvidas, da privação de sono, da responsabilidade, da insegurança no cuidar, das dificuldades na amamentação e do impacto que a ausência de apoio após a alta pode ter no bem-estar materno. Apesar de existir uma vasta produção científica internacional sobre o puerpério, as necessidades expressas pelas puérperas ao longo das entrevistas evidenciaram lacunas significativas no apoio prestado durante esta complexa fase, sobretudo após a alta hospitalar. Os resultados deste estudo contribuem para evidenciar essas fragilidades e reforçam a importância de um acompanhamento informado, acessível e centrado na mulher.

No entanto, apesar da relevância deste trabalho, importa reconhecer algumas limitações. A realização do estudo primário numa única instituição e num período temporal limitado poderá ter condicionado a diversidade da amostra. A reduzida disponibilidade de investigação nacional sobre o pós-parto dificulta a contextualização dos resultados e reforça a necessidade de desenvolver estudos adicionais em contextos portugueses. Sendo um estudo qualitativo com apenas sete participantes, os achados não são generalizáveis para todas as mães ou realidades socioculturais. A experiência do puerpério é fortemente influenciada por fatores como o contexto social, o apoio familiar ou a condição migratória, o que exige prudência na interpretação dos resultados. Ainda assim, este trabalho oferece contributos importantes para a prática clínica e para a reflexão sobre políticas de cuidados mais ajustadas às necessidades reais das mulheres em período de transição para a maternidade.

O percurso desenvolvido ao longo do mestrado foi igualmente marcado pela participação em atividades científicas e formativas que contribuíram para o meu crescimento enquanto futura enfermeira especialista e para a disseminação do conhecimento produzido. Participei no 4º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, “Planear o Futuro”, da Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, onde apresentei o póster “*A Importância da Visita Domiciliária no Pós-Parto - Contribuições do Enfermeiro Obstetra na Transição para a Parentalidade: Uma Revisão Integrativa da Literatura*” (Apêndice X), trabalho distinguido com o primeiro prémio (Anexo III). Também tive oportunidade de participar no Seminário Internacional “*Sexual Education: Promoting European Health*” (Anexo IV) e nas 1^{as} Jornadas do Núcleo de Enfermagem da ULS Santa Maria (Anexo V), momentos que me permitiram atualizar conhecimentos e refletir sobre diferentes perspetivas e desafios atuais da saúde materna. Paralelamente, realizei um curso de cardiocografia (Anexo VI) e um curso de suturas (Anexo VII), que contribuíram para o aperfeiçoamento de competências técnicas essenciais à prática clínica do EEESMO.

Enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, pretendo investir na disseminação dos resultados do estudo desenvolvido, através da elaboração de artigos científicos e da apresentação dos seus contributos em diferentes eventos científicos, promovendo a melhoria dos cuidados no período pós-parto. Embora, no meu contexto profissional atual, procure diariamente promover intervenções centradas na capacitação materna e reforçar o apoio emocional às mulheres e famílias, ambiciono, no futuro, acompanhar de forma mais ativa e próxima as mulheres em contexto domiciliário, no conforto da sua casa, onde muitas das suas necessidades emergem com maior intensidade.

Paralelamente, gostaria de no futuro explorar a influência das diferentes culturas nas vivências do pós-parto, reconhecendo que esta dimensão pode enriquecer a prática clínica e contribuir para cuidados culturalmente sensíveis e ajustados às necessidades das mulheres.

Desejo continuar a crescer como profissional, investindo na investigação, na formação e em estratégias que reforcem e valorizem a humanização, a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados à mulher e à sua família no período de transição para a maternidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, Y. J., Miller, M. L., Agbenyo, J. S., Ehla, E. E., & Clinton, G. A. (2023). Postpartum care needs assessment: women's understanding of postpartum care, practices, barriers, and educational needs. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 502. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05813-0>
- Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman medical journal*, 35(2), e122. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.40>
- Almalik M. M. (2017). Understanding maternal postpartum needs: A descriptive survey of current maternal health services. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4654–4663. <https://doi.org/10.1111/jocn.13812>
- Almeida, L. M., Costa-Santos, C., Caldas, J. P., Dias, S., & Ayres-de-Campos, D. (2016). The impact of migration on women's mental health in the postpartum period. *Revista de Saúde Pública*, 50(35). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005617>
- Amendoeira, J., Silva, M. R. da, Ferreira, M. R., & Dias, H. (2022). Tutorial revisão sistemática de literatura: A Scoping Review. Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>
- Amer, S. A., Zaitoun, N. A., Abdelsalam, H. A., Abbas, A., Ramadan, M. S., Ayal, H. M., Ba-Gais, S. E. A., Basha, N. M., Allahham, A., Agyenim, E. B., & Al-Shroby, W. A. (2024). Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC public health*, 24(1), 1308. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18502-0>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Intrapartum management of intraamniotic infection (Committee Opinion No. 712). *Obstetrics & Gynecology*, 130(2), e95–e101. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002236>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Optimizing postpartum care (Committee Opinion No. 736). ACOG. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). ACOG Practice Bulletin No. 209: Obstetric Analgesia and Anesthesia. *Obstetrics & Gynecology*, 133(3), E208–E225. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003132>

- American Society of Anesthesiologists. (2021). Statement on Neuraxial Analgesia or Anesthesia in Obstetrics (and related practice guidelines). <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters>
- Ammari, T., & Schoenebeck, S. Y. (2015). Understanding and supporting fathers and fatherhood on social media sites. Proceedings of the 33rd Annual ACM Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI '15), 1905-1914. <https://doi.org/10.1145/2702123.2702205>
- Andrade, C. (2021). The inconvenient truth about convenience and purposive samples. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(1), 86–88. <https://doi.org/10.1177/0253717620977000>
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD000331. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2021). 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
- Atkins, B., Kindinger, L., Mahindra, M. P., Moatti, Z., & Siassakos, D. (2023). Stillbirth: prevention and supportive bereavement care. *BMJ medicine*, 2(1), e000262. <https://doi.org/10.1136/bmjmed-2022-000262>
- Ayerle, G. M., Schäfers, R., Mattern, E., Striebich, S., Haastert, B., Vomhof, M., Icks, A., Ronniger, Y., & Seliger, G. (2018). Effects of the birthing room environment on vaginal births and client-centred outcomes for women at term planning a vaginal birth: BE-UP, a multicentre randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 641. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2979-7>
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., Chandrachan, E., & FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 131(1), 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Ayres, L. F. A., Cnossen, R. E., Passos, C. M. D., Lima, V. D., Prado, M. R. M. C. D., & Beirigo, B. A. (2021). Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma

maternidade. *Escola Anna Nery*, 25(2), e20200116. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0116>

- Baggio, M. A., Heilborn, M. L., & Coelho, E. A. C. (2023). Educação em saúde no pré-natal: Perspetivas de puérperas e de profissionais de saúde. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 97(29), 1–9. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.4-art.2016>
- Baker, B., & Yang, I. (2018). Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Women and Birth*, 31(2), 136–143. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.05.003>
- Baratieri, T., & Natal, S. (2019). Postpartum program actions in primary health care: an integrative review. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11), 4227–4238. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benatti, A. P., Pereira, C. R. R., dos Santos, D. C. M., & de Paiva, I. L. (2020). A maternidade em contextos de vulnerabilidade social: Papéis e significados atribuídos por pais e mães. *Interação em Psicologia*, 24(2). <https://doi.org/10.5380/psi.v24i2.59856>
- Binnie, C. (2020). Breaking the silence. *British Journal of Midwifery*, 28(3), 144-145. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.3.144>
- Brandão, A. S. P. A. N. (2022). A visita domiciliária como recurso facilitador do processo de transição para a parentalidade (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/44280>
- Cabral, F. B., & Oliveira, D. L. L. C. D. (2010). Vulnerabilidade de puérperas na visão de equipes de saúde da família: Ênfase em aspectos geracionais e adolescência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 368–375. <http://hdl.handle.net/10183/69689>
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). *Transição para a parentalidade: Compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas*. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225–256). Quarteto Editora.
- Cardoso A., Soares A., Sousa B., Oliveira M., Chaves, S, Carvalho J. (2024). Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à parentalidade. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf

- Carvalho, J. (2020). Adaptação à maternidade: Influência de uma intervenção de educação parental em mães primíparas. [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/132242>
- Chae, J. (2014). “Am I a better mother than you?”: Media and 21st-century motherhood in the context of the social comparison theory. *Communication Research*, 42(4), 503–525. <https://doi.org/10.1177/0093650214534969>
- Chapman, V., & Charles, C. (2018). *The midwife’s labor and birth handbook* (4th ed.). Wiley-Blackwell.
- Cue, L., Mayer, C., & Martingano, D. J. (2024). Hysterosalpingogram. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572146/>
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2014). Major Survey Findings of Listening to Mothers (SM) III: Pregnancy and Birth: Report of the Third National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. *The Journal of perinatal education*, 23(1), 9–16. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.1.9>
- Delfino, C. I. B. (2012). Ligação pais/filho – contributo para o processo de vinculação. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16005>
- Demarchi, R. F., Nascimento, V. F. do, Borges, A. P., Terças, A. C. P., Grein, T. A. D., & Baggio, É. (2017). Perception of Pregnant Women and Primiparous Puerperas on Maternity. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(7), 2663–2673. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23438>.
- Dennis, C. L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), e736– e751. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1629>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma n.º 015/2015 - Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Norma 001/2023 – Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério. Lisboa: DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf

- European Parliament [Parlamento Europeu]. (2024). Obstetric and gynaecological violence in the EU – Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination (PE 761.478). European Parliament, Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs.
[https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU\(2024\)761478_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU(2024)761478_EN.pdf)
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). *Fisiologia do trabalho de parto* (pp. 335 – 347). In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.
- Ferreira, A. F. (2016). *Fisiologia do puerpério* (pp. 438–442). In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Ferreira, C. D. S. (2021). *Intervenções do enfermeiro obstetra na promoção da transição para a parentalidade* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/44311>
- Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M., & Downe, S. (2020). What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PloS one*, *15*(4), e0231415.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231415>
- Fishbein, E. G., & Burggraf, E. (1998). Early postpartum discharge: how are mothers managing?. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, *27*(2), 142–148.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1998.tb02604.x>
- Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2017). Women's intentions of informal and formal help-seeking for mental health problems during the perinatal period: The role of perceived encouragement from the partner. *Midwifery*, *50*, 78–85.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.001>
- Fortin, M. F. (2016). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (2ª ed.). Lusodidata.
- Frei, I. A., & Mander, R. (2011). The relationship between first-time mothers and care providers in the early postnatal phase: An ethnographic study in a Swiss postnatal unit. *Midwifery*, *27*(5), 716–722. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.11.004>
- Geraldo, C., Rodeia, C., Silva, D., Guerreiro, I., Varela, M., Silva, S., & Lusquinhos, L. (2023). Benefícios do aleitamento materno e a importância dos cuidados de enfermagem para a adesão à amamentação exclusiva. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, *9*(1), 6–21.
https://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/600

- Gonçalves, S., Gonçalves, J., & Marques, C. (2021). *Manual de investigação qualitativa: Conceção, análise e aplicações*. PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Gorin, M. C., Mello, R., Machado, R. N., & Carneiro, T. F. (2015). O estatuto contemporâneo da parentalidade. *Revista da SPAGESP*, 16(2), 3-15. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Graça, L. M. (2017). *Medicina materno-fetal* (Número 5a edição). Lidel.
- Graham, H., Haintz, G. L., McKenzie, H., Lippi, K., & Bugden, M. (2022). “That’s a woman’s body, that’s a woman’s choice”: The influence of policy on women’s reproductive choices. *Women’s Studies International Forum*, 90, 102559. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2021.102559>
- Guerra, A. (2016). *Analgesia e Anestesia em Obstetrícia* (pp. 425–431). In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: LIDEL.
- Hannon, S., Newnham, E., Hannon, K., Wuytack, F., Johnson, L., McEvoy, E., & Daly, D. (2022). Positive postpartum well-being: What works for women. *Health Expectations*, 25(6), 2971–2981. <https://doi.org/10.1111/hex.13605>
- Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A. (2017). Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados [Postpartum depression: prevalence and associated factors]. *Cadernos de saúde pública*, 33(9), e00094016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016>
- HealthNews. (2025, 3 de junho). *Infertilidade: Informação, tratamento e mitos a quebrar em Portugal*. <https://healthnews.pt/2025/06/03/infertilidade-informacao-tratamento-e-mitos-a-quebrar-em-portugal/>
- Hirani S. A. A. (2024). Barriers Affecting Breastfeeding Practices of Refugee Mothers: A Critical Ethnography in Saskatchewan, Canada. *International journal of environmental research and public health*, 21(4), 398. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040398>
- Hoban, E., & Liamputtong, P. (2013). Cambodian migrant women’s postpartum experiences in Victoria, Australia. *Midwifery*, 29(7), 772–778. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.021>
- Hodgkinson, E. L., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2014). Women’s experiences of their pregnancy and postpartum body image: A systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 330. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-330>

- Itai, M., Harada, S., Nakazato, R., & Sakurai, S. (2022). Transition to Motherhood of Mothers Receiving Continuity of Child-Rearing Support. *International journal of environmental research and public health*, 19(14), 8440. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148440>
- Jackson, L., De Pascalis, L., Harrold, J., & Fallon, V. (2021). Guilt, shame, and postpartum infant feeding outcomes: A systematic review. *Maternal & child nutrition*, 17(3), e13141. <https://doi.org/10.1111/mcn.13141>
- Jeong, Y. J., Nho, J. H., Kim, H. Y., & Kim, J. Y. (2021). Factors Influencing Quality of Life in Early Postpartum Women. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2988. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062988>
- Johnson S. A. (2015). 'Intimate mothering publics': comparing face-to-face support groups and Internet use for women seeking information and advice in the transition to first-time motherhood. *Culture, health & sexuality*, 17(2), 237–251. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.968807>
- Johnson, R., & Taylor, W. (2022). *Skills for midwifery practice* (5th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Kalinowski, L. C., Favero, L., Carraro, T. E., Wall, M. L., & Lacerda, M. R. (2012). Postpartum primipara at home and associated nursing care: Grounded Theory. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11(3), 701–719. <https://objnursing.uff.br/nursing/article/view/3852>
- Kaur, M. S., & Kaur, P. (2019). *Early ambulation on involution of uterus among postnatal mothers. The Research Review International Journal of Multidisciplinary*, 4(6), 96–100. https://anapublishingprivate.com/wp-content/uploads/2020/11/article_15_trr_june_2019_ms_simratjit-kaur-dr.-parampal-kaur_full.pdf
- Khademi, K., & Kaveh, M. H. (2024). Social support as a coping resource for psychosocial conditions in postpartum period: a systematic review and logic framework. *BMC psychology*, 12(1), 301. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01814-6>
- Kilavuz, M., & Topaloğlu, S. (2025). Psychosocial and maternal care needs of recently delivered women during the postpartum period. *BMC pregnancy and childbirth*, 25(1), 874. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07982-6>
- Kinsey, C. B., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314–1320. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.019>

- Kleven, H., Landais, C., Posch, J., Steinhauer, A., & Zweimüller, J. (2019). Child penalties across countries: Evidence and explanations. *AEA Papers and Proceedings*, 109, 122–126. <https://doi.org/10.1257/pandp.20191078>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(10), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>
- Lisboa, C. S., & Fernandes, S. S. (2021). Acolhimento e vínculo como estratégias de cuidado no puerpério. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(6), e8769. <https://doi.org/10.25248/reas.e8769.2021>
- Loreto, M. D. D. S., & Raposo, K. R. P. S. (2023). Divórcio, conjugalidade e parentalidade: revisão sistemática e metanálise com foco nos instrumentos de apoio à resolução dos conflitos familiares. *Caderno Eletrônico de Ciências Sociais*, 11(2), 52-77.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7ª ed.). Lusodidacta.
- Manning, B. (2008). *Transição para a Parentalidade*. In Lowdermilk, D. & Perry, S. *Enfermagem na Maternidade* (pp. 521-556). 7ª ed., Loures: Lusodidacta.
- Mattock, P., Way, S., McDonald, S., & Sandall, J. (2025). The impact of midwife workload on delivery of care, and mother and baby outcomes in maternity settings in OECD countries: A scoping review. *PLOS ONE*, 20(1), e0329117. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0329117>
- McLeish, J., Harvey, M., Redshaw, M., & Alderdice, F. (2021). A qualitative study of first time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 34(5), e451–e460. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.012>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo, H. C. S. G. B., Carneiro, M. T. C. M., Almeida, I. S., Marques, F. M., & Cavaleiro, R. M. D. (2024). *Depressão pós-parto – A realidade de uma unidade de saúde*. Comunicação oral apresentada na 6.ª Reunião Internacional da RACS, Niterói, RJ, Brasil. *Anais da 6.ª Reunião Internacional da RACS*. <https://doity.com.br/anais/6rracs/trabalho/363949>

- Mendes, A. M. P. S. (2012). A visita domiciliária no puerpério. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras* – N.º 12/2012, 37-44. <https://rapeo.apeo.pt/index.php/rapeo/issue/download/10/52>
- Mercer R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship: An official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Merino, M. F. G. L., Ramos da Silva, P. L. A., Carvalho, M. D. B., Pelloso, S. M., Baldissera, V. D. A., & Higarashi, I. H. (2018). Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: Percepção de pós-graduandos de enfermagem. *Revista Rene*, 19, e3363. <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/33662>
- Mesquita, M. (2013). Parentalidade: Contributo para uma definição do conceito. *Barómetro Social*. <https://www.barometro.com.pt/2013/02/14/parentalidade-contributo-para-uma-definicao-do-conceito/>
- Moore, E. R., Brimdyr, K., Blair, A., Jonas, W., Lilliesköld, S., Svensson, K., Ahmed, A. H., Bastarache, L. R., Crenshaw, J. T., Giugliani, E. R. J., Grady, J. E., Zakarija-Grkovic, I., Haider, R., Hill, R. R., Kagawa, M. N., Mbalinda, S. N., Stevens, J., Takahashi, Y., & Cadwell, K. (2025). Immediate or early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub5>
- Moshki, M., Esmailzadeh-Asali, F., Rahmani-Bilandi, R., Esmaily, H., Dehnoalian, A., & Jafari, A. (2023). The effect of prenatal education in two ways, face-to-face and virtual, on the fear of natural childbirth in pregnant women. *Zeitschrift fur Gesundheitswissenschaften = Journal of public health*, 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-01866-9>
- Najam, S., Solangi, H. S., Syeda, U., Naqvi, B., Hassan, S. I., Farzana, S., Malik, S., & Saeed, S. (2021). Precipitate labour: Frequency, risk factors and complications in patients delivering at Dr Sulaiman Al Habib Hospital Sweidi. *International Journal of Health Sciences & Research*, 11(2), 207-213. https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.11_Issue.2_Feb2021/IJHSR028.pdf
- Nan, Y., Zhang, J., Nisar, A., Huo, L., Yang, L., Yin, J., Wang, D., Rahman, A., Gao, Y., & Li, X. (2020). Professional support during the postpartum period: primiparous mothers' views on professional services and their expectations, and barriers to utilizing professional help. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 402. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03087-4>

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). Exceptional surveillance of intrapartum care for healthy women and babies (NICE guideline CG190). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/2022-exceptional-surveillance-of-intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-nice-guideline-cg190-pdf-17085633374149>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2023). Intrapartum guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>
- Ngai, F. W., Chan, S. W., & Holroyd, E. (2011). Chinese primiparous women's experiences of early motherhood: factors affecting maternal role competence. *Journal of clinical nursing*, 20(9-10), 1481–1489. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03415.x>
- Nunes, L. (2020). Aspetos Éticos na investigação em Enfermagem. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. <http://hdl.handle.net/10400.26/32782>
- Ong, S. F., Chan, W.-C. S., Shorey, S., Chong, Y. S., Klainin-Yobas, P., & He, H.-G. (2014). Postnatal experiences and support needs of first-time mothers in Singapore: A descriptive qualitative study. *Midwifery*, 30(6), 772–778. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.09.004>
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 391/2019 — Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-nº-391-2019_regulamento-das-competências-específicas-do-eesmo.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2015). Postnatal care for mothers and newborns: Highlights from the WHO 2013 guidelines. World Health Organization. <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/nbh/brief-postnatal-care-for-mothers-and-newborns-highlights-from-the-who-2013-guidelines.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2024). *Infertility*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Organização Mundial de Saúde. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

- Organização Mundial de Saúde. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- Organização Mundial de Saúde. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- Organização Mundial de Saúde. (2023). Infant and young child feeding counselling: Implementation guidance. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Palma, S., Ayres-de-Campos, D., Antunes, M., São-João, R., & Presado, M. H. (2024). Contraceptive counseling: Construction and validation of instrument - “5C Contraceptive Counseling.” *Healthcare*, 12(11), 1088. <https://doi.org/10.3390/healthcare12111088>
- Palma, S., Presado, M. H., & Ayres-de-Campos, D. (2021). O que promove a escolha das mulheres pelos *long-acting reversible contraceptives*: Uma *scoping review*. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 21(1), 45–56. <https://doi.org/10.53795/rapeo.v21.2021.9>
- Partridge, S., Balayla, J., Holcroft, C. A., & Abenhaim, H. A. (2012). Inadequate prenatal care utilization and risks of infant mortality and poor birth outcomes: A retrospective analysis of 28,729,765 U.S. deliveries over 8 years. *American Journal of Perinatology*, 29(10), 787–793. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1316439>
- Pedro, L., & Oliveira, S. C. (2016). *A dor no trabalho de parto* (pp. 411–412). In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Peng, W., Zainudin, S. S. S., Hasan, N. A. M., & Xiaoyan, W. (2024). A Systematic Review of Social Media Use and Social Support among New Mothers. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 14(12), 3535–3556. [10.6007/IJARBS/v14-i12/23964](https://doi.org/10.6007/IJARBS/v14-i12/23964)
- Priyadarshi, M., Balachander, B., Gupta, S., & Sankar, M. J. (2022). Timing of first bath in term healthy newborns: A systematic review. *Journal of global health*, 12, 12004. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.12004>
- Ramiro, N. C. M. P., Pereira, M. de S., Souza, R. S., Chaparin, B. R. M., Navarro, B. V. A., & Aver, L. A. (2021). Os benefícios do aleitamento materno na primeira hora de vida. *Global Clinical Research Journal*, 1(1), e7. <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210007>

- Rasteiro, R., Santos, E., & Coutinho, E. (2021). Necessidades e preocupações maternas no período pós-parto: Revisão sistemática da literatura. *NTQR: Revista Científica*, 8(2021), 817-827. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.817-827>
- Redshaw, M., & Henderson, J. (2012). Learning the hard way: expectations and experiences of infant feeding support. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 39(1), 21–29. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00509.x>
- Rezaei, N., Behboodi Moghadam, Z., Tahmasebi, A., Taheri, S., & Namazi, M. (2024). Women`s sexual function during the postpartum period: A systematic review on measurement tools. *Medicine*, 103(30), e38975. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038975>
- Ribeiro, O., Martins, M. M., Tronchin, D., & Silva, J. (2018). Professional nursing practice grounded in the theoretical framework of the discipline: Reality or utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39–48. <https://doi.org/10.12707/RIV18040>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2012). Shoulder dystocia: Green-top guideline No. 42 (2.^a ed.) https://www.rcog.org.uk/media/ewgpnmio/gtg_42.pdf
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium (Green-top Guideline No. 37a). <https://www.rcog.org.uk/media/qejfhcaj/gtg-37a.pdf>
- Santos, M. J. F., & Baptista, M. C. D. (2016). *Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido*. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 455–472). Lidel.
- Santos, M. J., Sequeira, A., Freitas, A., Prata, A. P. & Lopes, S. (2020). *Vigilância do Puerpério de Baixo Risco*. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de enfermagem em saúde maternal e obstétrica* (pp. 187-207). Lidel.
- Sendas, M. V., & Freitas, M. J. (2024). The needs of women in the postpartum period: A scoping review. *Midwifery*, 136, 104098. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104098>
- Sendas, M., & Freitas, M. J. (2025). Postpartum planning: Contributions to the positive postpartum experience. *Pensar Enfermagem*, 28(Supl.), 21–22. <https://doi.org/10.71861/pensarenf.v28iSup.361>
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação)*. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 162–169). Lidel.
- Simionescu, G., Doroftei, B., Maftai, R., Obreja, B. E., Anton, E., Grab, D., Ilea, C., & Anton, C. (2021). The complex relationship between infertility and psychological distress

- (Review). *Experimental and therapeutic medicine*, 21(4), 306.
<https://doi.org/10.3892/etm.2021.9737>
- Simpson, K. (2022). Maternal mental health. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 47(1). <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000785>
- Smyth, R. M., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(6), CD006167.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub4>
- Sng, B. L., Leong, W. L., Zeng, Y., Siddiqui, F. J., Assam, P. N., Lim, Y., Chan, E. S., & Sia, A. T. (2014). Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(10), CD007238.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007238.pub2>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2022). *Cuidados gerais ao recém-nascido saudável* (Edição n.º 1, p. 6). Sociedade Portuguesa de Neonatologia. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Sauda%CC%81vel.pdf>
- Subtil, M. (2024, 5 de março). *Quando o amor espera: Sexualidade e intimidade em tempos de fertilidade* [Artigo]. Associação Portuguesa de Fertilidade. <https://apfertilidade.org/quando-o-amor-espera-sexualidade-e-intimidade-em-tempos-de-fertilidade/>
- Suzuki S. (2015). Clinical significance of precipitous labor. *Journal of clinical medicine research*, 7(3), 150–153. <https://doi.org/10.14740/jocmr2058w>
- Tang, L., Lee, M., Wehde, M., & Cummings, J. (2022). #Fitmom: An experimental investigation of the effect of body-focused social media posts on body dissatisfaction and eating and physical activity intentions, attitudes and behaviours among postpartum mothers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 7984. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05089-w>
- United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2019). *Family-friendly policies: Redesigning the workplace of the future*. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/95051/file/Family-friendly-policies-EN.pdf>
- United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2024). *A policy solutions report*. New York, NY: UNICEF. <https://www.unicef.org/media/172681/file/Policy%20solutions%20report.pdf>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo.
- Waal, N., Boekhorst, M. G. B. M., Nykliček, I., & Pop, V. J. M. (2023). Maternal-infant bonding and partner support during pregnancy and postpartum: Associations with early child social-

- emotional development. *Infant Behavior and Development*, 72, Article 101871. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2023.101871>
- Warren, L. P. (2005). First-time mothers: Social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479–488. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x>
- Watson, B., Fuller-Tyszkiewicz, M., Broadbent, J., & Skouteris, H. (2015). The meaning of body image experiences during the perinatal period: A systematic review of the qualitative literature. *Body image*, 14, 102–113. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.005>
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>
- Xiao, X., Ngai, F. W., Zhu, S. N., & Loke, A. Y. (2019). The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: a qualitative exploratory study. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2686-8>
- Xiao, Y., Cui, Y., Li, F., Zeng, W., Rozelle, S., Shi, C., Shi, J., Xu, J., Li, G., & Jiang, F. (2024). The mediating effect of family support in the relationship between socio-economic status and postpartum depressive symptoms. *BMC Public Health*, 24, Article 3374. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20849-3>
- Youseflu, S., Rostami, F., Afrashteh, M. Y., Bayat, Z., & Rastegari, L. (2019). The effect of body image satisfaction on women's sexual function in the postpartum period. *Preventive Care in Nursing & Midwifery*, 8(4), 27–31. <http://nmcjournal.zums.ac.ir/article-1-612-en.html>
- Zamani, Z., Joy, T., & Abbey, M. (2023). Exploring environmental design attributes impacting staff perceptions of safety in a complex hospital system: Implications for healthcare design. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 7, 21. <https://doi.org/10.21037/jhmhp-23-93>
- Zanatta, E., Pereira, C. R., & Alves, A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: As mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 16–27. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005
- Zheng, X., Watts, K., & Morrell, J. (2019). Chinese primiparous women's experience of the traditional postnatal practice of "Doing the month": A descriptive method study. *Japan journal of nursing science: JJNS*, 16(3), 253–262. <https://doi.org/10.1111/jjns.12232>

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto Individual de Estágio

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

**TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: A VIVÊNCIA DA MULHER
NO PERÍODO PÓS-PARTO**

Projeto Individual de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Margarida Miguel França da Conceição Pedrosa

Orientação:

Professora Doutora Sara Elisabete Cavaco Palma

dezembro, 2024

ÍNDICE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCF – Auscultação de Batimentos Cardíofetais

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

CTG – Cardiotocografia

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale (Escala de Depressão Pós-Parto)

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

JBI – Joanna Briggs Institute

LA – Líquido Amniótico

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

PMA – Procriação Medicamente Assistida

PIE – Projeto Individual de Estágio

PO – Per os (via oral)

PP – Pós-parto

RN – Recém-nascido

SR – Scoping Review

TP – Trabalho de Parto

UCERESMO – Unidade Curricular de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

UNICEF – United Nations Children’s Fund

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

O presente Projeto Individual de Estágio (PIE) foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (UCERESMO), integrada no 2º ano do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém. Este documento tem como finalidade planear, organizar e estruturar as atividades a desenvolver nos cinco Ensinos Clínicos (EC), distribuídos pelos contextos de puerpério, ginecologia, gravidez patológica, comunidade e bloco de partos, num total de 1000 horas de prática clínica supervisionada.

O PIE constitui um instrumento orientador da prática, permitindo ao estudante mobilizar conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, de forma progressiva e integrada. A sua construção encontra-se em consonância com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (OE, 2019b), que sustentam a prestação de cuidados especializados, seguros, baseados na evidência e centrados na mulher, família e recém-nascido.

Inicialmente, o trabalho centrou-se na transição para a parentalidade enquanto processo relacional e multidimensional. Contudo, o foco foi posteriormente delimitado para a maternidade, dada a especificidade da vivência da mulher nesse período, que envolve transformações emocionais, sociais e identitárias para além da dimensão biológica, constituindo também um fenómeno relevante para a saúde e o bem-estar materno e familiar.

A escolha da temática que orienta este percurso, resulta de uma convergência de motivações pessoais e profissionais. Do ponto de vista pessoal, reflete um interesse profundo pelo fenómeno da maternidade e pelas múltiplas transformações emocionais, identitárias e sociais que este processo implica. A nível profissional, decorre da experiência adquirida em contexto clínico, onde se evidenciam lacunas significativas no acompanhamento das mulheres no período pós-parto, especialmente após a alta hospitalar, momento em que emergem dúvidas, receios e necessidades de apoio que muitas vezes permanecem insuficientemente respondidas pelos serviços de saúde. Estas vivências despertaram a necessidade de aprofundar este fenómeno, procurando compreender as necessidades das puérperas e identificar intervenções de enfermagem facilitadoras de uma transição positiva para o papel materno.

Esta escolha encontra fundamentação no trabalho de investigação desenvolvido, que incluiu a realização de uma *Scoping Review* segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*® (Aromataris & Munn, 2020), e a planificação de um estudo qualitativo

exploratório e descritivo com recurso a entrevistas semiestruturadas. Estes procedimentos metodológicos permitirão mapear a evidência existente e produzir conhecimento aprofundado sobre as vivências da mulher nas primeiras semanas pós-parto, constituindo uma base sólida para a prática especializada. A Teoria das Transições de Meleis (2010) enquadra concetualmente este percurso, ao considerar a maternidade como uma transição desenvolvimental complexa, que exige do enfermeiro especialista uma intervenção sensível, orientada para a facilitação do processo de adaptação, para o fortalecimento das competências maternas e para a promoção do bem-estar da mulher e da família.

Neste sentido, os estágios que integram este PIE representam oportunidades privilegiadas para desenvolver competências especializadas que permitam avaliar, intervir e apoiar a mulher ao longo de todo o ciclo reprodutivo, em processos de saúde e doença, garantindo uma prática baseada na evidência, humanizada e promotora de transições saudáveis.

Assim, o presente projeto define os objetivos específicos para cada contexto de estágio, descrevendo as atividades previstas para a sua concretização e articulando-os com as competências inerentes ao exercício especializado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O período pós-parto, também denominado puerpério, inicia-se após a dequitação e prolonga-se até cerca de seis semanas após o parto, sendo tradicionalmente dividido em puerpério imediato, precoce e tardio (Ferreira, 2016, p. 438). Durante este período ocorre o retorno progressivo do organismo materno ao estado pré-gravídico, acompanhando simultaneamente exigências de recuperação física, reorganização emocional e integração de novos papéis familiares (Hartmann et al., 2017).

A maternidade, frequentemente idealizada como expressão de amor incondicional, sacrifício e entrega total, pode gerar expectativas irrealistas que aumentam a pressão sobre as mulheres na conciliação entre os novos papéis e a vida pessoal, familiar e profissional (Fonseca & Canavarro, 2017). Enquanto construção social, a forma como a maternidade é vivida e percebida depende de fatores como gênero, condições laborais, classe social e normas culturais (Graham et al., 2022). Neste âmbito, o UNICEF (2024) reforça a importância de políticas públicas de apoio à maternidade, sublinhando o impacto dos primeiros mil dias de vida no bem-estar materno e infantil.

A transição para a maternidade implica uma profunda reorganização identitária, marcada pela coexistência de sentimentos contraditórios. Este processo envolve simultaneamente a integração do papel materno e a percepção de perda da identidade anterior (Zanatta et al., 2017).

A literatura evidencia que discrepâncias entre as expectativas idealizadas e a realidade quotidiana, como as exigências do recém-nascido, dificuldades na amamentação ou privação de sono, podem intensificar sentimentos de frustração e inadequação (Benatti et al., 2020; Canavarro & Pedrosa, 2005; Zanatta et al., 2017).

O corpo materno desempenha um papel central nesta vivência. Dor, fadiga, alterações hormonais e cicatrização influenciam a recuperação no pós-parto (Declercq et al., 2014), repercutindo-se na percepção da imagem corporal. Muitas mulheres relatam insatisfação com o “novo corpo” e pressão social para recuperar rapidamente a aparência pré-gravídica, o que aumenta a vulnerabilidade emocional (Hodgkinson et al., 2014). Estas alterações refletem-se também na sexualidade, frequentemente marcada por diminuição do desejo, receio da dor e impacto da insatisfação corporal (Rezaei et al., 2024; Youseflu et al., 2019).

As redes sociais têm igualmente influenciado a experiência da maternidade. Embora possam promover o apoio e partilha (Ammari & Schoenebeck, 2015; Johnson, 2015), muitas vezes difundem modelos idealizados que reforçam padrões de comparação, vigilância social

e pressão estética (Chae, 2014). A exposição frequente a conteúdos que retratam maternidades perfeitas associa-se a diminuição da autoestima e aumento de ansiedade (Tang et al., 2022).

O vínculo materno, iniciado geralmente durante a gravidez, aprofunda-se após o nascimento e é influenciado por fatores como saúde física e mental, suporte social, experiências prévias e práticas como o contacto pele-a-pele e o alojamento conjunto (Delfino, 2012; Kinsey & Hupcey, 2013; Waal et al., 2023). A amamentação surge como um momento privilegiado de ligação afetiva, embora possa constituir fonte de *stress* quando surgem dificuldades ou quando a mulher sente pressão para corresponder a normas sociais (Dennis & McQueen, 2009; Jackson et al., 2021; Mercer, 2004).

A vulnerabilidade emocional é uma característica marcante deste período. A depressão pós-parto apresenta prevalência significativa e repercussões importantes para a mulher, o bebé e a dinâmica familiar (Amer et al., 2024). A OMS (2022) estima que até 20% das mulheres possam viver uma perturbação mental no período perinatal; em Portugal, a prevalência situa-se entre 12–16% (Melo et al., 2024). A desigualdade de género e a sobrecarga de cuidados, frequentemente associadas à “penalização da maternidade”, agravam esta vulnerabilidade (Kleven et al., 2019), sobretudo em contextos socioeconómicos desfavorecidos (Xiao et al., 2024).

As mulheres imigrantes enfrentam desafios adicionais, incluindo barreiras linguísticas, ausência de redes de apoio e dificuldades de acesso a cuidados de saúde, aumentando o risco de perturbações emocionais e dificuldades na amamentação (Almeida et al., 2016; Hirani, 2024). Assim, intervenções culturalmente sensíveis são essenciais para promover equidade no acompanhamento pós-parto.

O apoio formal e informal assume particular importância. O suporte do(a) parceiro(a) e da rede familiar influencia a adaptação materna e a procura de ajuda (Fonseca & Canavarro, 2017; Simpson, 2022; Warren, 2005). O regresso a casa após a alta hospitalar é frequentemente vivido com insegurança e dúvidas, relacionadas com os cuidados ao recém-nascido, amamentação e reorganização familiar (Baratieri & Natal, 2019; Zanatta et al., 2017).

Diretrizes internacionais reforçam que os cuidados pós-parto devem ser planeados ainda durante a gravidez (ACOG, 2018), com contactos precoces entre 48–72 horas e entre 7–14 dias após o parto, a fim de identificar precocemente dificuldades e necessidades de apoio (OMS, 2022). Em Portugal, apesar das recomendações, a consulta de puerpério em contexto comunitário ocorre frequentemente apenas entre a 4^a e a 6^a semana, revelando um

desfasamento entre a evidência e a prática (DGS, 2015).

O Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à Parentalidade da MCEESMO (Cardoso et al., 2024) destaca a intervenção do EEESMO na capacitação dos casais durante a transição para a parentalidade, sublinhando a importância da vigilância física e emocional, da promoção da amamentação, da utilização de instrumentos como a escala de depressão pós-parto de Edinburg (EPDS) e do reforço das competências parentais. No entanto, a implementação destas orientações é dificultada pela escassez de recursos humanos, sobrecarga de trabalho e desigualdades territoriais (Brandão, 2022).

Neste contexto, cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia a identificação de necessidades, promoção da adaptação e reforço das competências parentais (Carvalho, 2020; Manning, 2008), sendo responsável por apoiar a mulher e a família durante todo o processo de transição (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Em síntese, a transição para a maternidade constitui uma experiência complexa e multifatorial, marcada por desafios físicos, emocionais, sociais e culturais. O estudo das vivências das puérperas nas primeiras seis semanas pós-parto revela-se, assim, fundamental para orientar práticas de enfermagem especializadas, humanizadas e baseadas na evidência.

Relativamente à construção do referencial teórico-conceitual, este constitui um elemento fundamental para a compreensão do fenómeno em estudo, permitindo organizar o conhecimento existente e integrar conceitos, teorias e evidência relevante (Vilelas, 2022).

Neste sentido, a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010) foi selecionada como alicerce conceitual deste projeto, por focar nos processos de mudança vivenciados pela mulher durante o período pós-parto.

Segundo Meleis (2000), as transições envolvem mudanças significativas que afetam a identidade, os papéis sociais, as relações, as competências e os comportamentos dos indivíduos, configurando processos complexos, multidimensionais e contínuos. A transição para a maternidade enquadra-se na tipologia das transições desenvolvimentais (Meleis, 2010), sendo considerada uma das transições críticas do ciclo vital humano.

As transições desenvolvimentais, como a passagem para o papel materno, constituem um foco privilegiado da intervenção de enfermagem, uma vez que implicam vulnerabilidade acrescida e a necessidade de adquirir novas competências, significados e padrões de ação. Estas transições exigem, por parte da mulher, a reconstrução da identidade, a redefinição de papéis e a mobilização de estratégias de *coping* que promovam adaptação e bem-estar (Meleis, 2010).

Dentro deste enquadramento, o enfermeiro assume uma intervenção importante,

apoiando a mulher na reconstrução do equilíbrio e na integração progressiva do novo papel, contribuindo para que a transição se processe de forma saudável, segura e emocionalmente ajustada (Meleis, 2010).

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia diz respeito ao estudo dos vários caminhos disponíveis para a investigação e análise do conhecimento, permitindo selecionar abordagens e processos adequados aos objetivos delineados. Trata-se de um conjunto de métodos e técnicas organizadas que orientam o investigador desde a formulação da pergunta até à interpretação dos dados (Vilelas, 2022).

Para a realização desta investigação, considerou-se fundamental desenvolver, numa fase inicial, uma *Scoping Review* segundo o protocolo do *Joanna Briggs Institute*® (Aromataris & Munn, 2020), com o intuito de mapear a evidência científica existente sobre as vivências das mulheres no período pós-parto. Esta revisão permitiu identificar fragilidades no acompanhamento pós-natal e lacunas no conhecimento relativas à experiência subjetiva das puérperas, especialmente no contexto português, justificando assim a necessidade de desenvolver um estudo qualitativo aprofundado.

Com base nas lacunas identificadas e na necessidade de compreender de forma contextualizada a experiência das mulheres, definiu-se como questão de investigação: **“Quais as vivências da puérpera na transição para a maternidade durante o período pós-parto?”**

A partir desta pergunta, definiram-se os seguintes objetivos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das puérperas participantes;
- Explorar as perceções das puérperas relativamente às mudanças vividas durante o processo de transição para a maternidade;
- Identificar as necessidades percecionadas pelas puérperas no apoio, acompanhamento e informação disponibilizados no período pós-parto;
- Identificar os recursos disponíveis que as mulheres reconhecem como facilitadores da transição para a maternidade.

Relativamente à natureza do fenómeno em estudo, optou-se por uma abordagem qualitativa, de tipo exploratório e descritivo. Frei e Mander (2011) referem que, embora os estudos quantitativos permitam maior precisão, podem negligenciar a profundidade das experiências vivenciadas. Por sua vez, a investigação qualitativa possibilita dar voz aos participantes, permitindo compreender significados, sentimentos e vivências (Gonçalves et al., 2021).

Sobre o método de amostragem, será utilizada amostragem não probabilística por conveniência ou acidental, selecionando participantes acessíveis no momento da recolha (Andrade, 2021). A dimensão da amostra será determinada pelo princípio da saturação de

dados, que ocorre quando novos participantes deixam de acrescentar informação relevante (Fortin, 2016).

A recolha de dados, etapa crucial do processo investigativo, será realizada através de entrevistas semiestruturadas. Este instrumento permite explorar as experiências, sentimentos e percepções das participantes, proporcionando simultaneamente flexibilidade ao entrevistador para aprofundar aspetos relevantes (Gonçalves et al., 2021; Vilelas, 2022).

Estima-se que cada entrevista tenha uma duração média de 20 minutos.

O primeiro contacto com as potenciais participantes ocorrerá no internamento de puérperas do Hospital X, da Unidade Local de Saúde X. Neste momento, será apresentado o Consentimento Informado e agendada a entrevista. A recolha de dados decorrerá entre maio e agosto de 2025, podendo ser ajustada em função do parecer da Comissão de Ética. A recolha será em formato *online*, através do *whatsapp* e será utilizada apenas gravação áudio, através da aplicação “microfone” do telemóvel, garantindo rigor na transcrição.

A escolha desta instituição justifica-se pela sua dimensão e pelo compromisso com a investigação e a formação, fatores que facilitam o acesso a participantes e a uma diversidade de experiências. A localização estratégica do serviço também influenciou esta opção, uma vez que coincide com o meu local de trabalho. Importa ainda ressaltar que não prestarei cuidados diretos às participantes, prevenindo potenciais conflitos de interesse e reduzindo o risco de enviesamentos.

O guião de entrevista (Apêndice VI) foi elaborado com base na literatura e nos objetivos definidos. Inclui questões sociodemográficas e dois grupos de questões relacionadas com as vivências do pós-parto, finalizando com uma pergunta aberta que permite partilhas adicionais.

As entrevistas serão transcritas integralmente e validadas pelas participantes, sendo atribuído um código identificativo a cada uma. A análise será realizada segundo Bardin (2016), envolvendo três etapas: pré-análise, que envolve uma leitura atenta das transcrições, com o objetivo de organizar o material de forma a cumprir os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Na fase seguinte, proceder-se-á à leitura de todos os dados recolhidos, à seleção dos pontos mais pertinentes e à transcrição das entrevistas. Posteriormente, tratar-se-á da análise e exploração dos materiais, onde será feita a categorização da informação recolhida, para facilitar a posterior apresentação e interpretação dos dados. Por fim, proceder-se-á ao tratamento e à interpretação dos resultados obtidos, procurando assegurar-se que estes sejam o mais significativos, fiáveis e válidos, possível. Este procedimento permitirá estabelecer uma base sólida para conclusões

e recomendações de suporte à tomada de decisão no âmbito do tema em estudo (Bardin, 2016; Vilelas, 2022).

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Enfermagem, enquanto profissão autorregulada, tem definidos princípios éticos e deontológicos a serem seguidos no seu exercício, conforme descritos na Deontologia Profissional e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, onde também se insere a investigação (Nunes, 2020).

A ética não se limita ao cumprimento de normas e regulamentos, mas sim a um compromisso contínuo de respeito dos valores científicos e humanos, assegurando que o conhecimento gerado contribua de forma positiva para a sociedade e para construção de evidência científica. Isso implica não omitir ou manipular informações para atingir resultados específicos (National Academy of Sciences, 2009).

Desta forma, no desenvolvimento do presente trabalho de investigação está subjacente o cumprimento dos seguintes princípios éticos:

- **Direito ao Consentimento Informado:** A participação na investigação pressupõe o consentimento livre e esclarecido das participantes (Apêndice V). Este deve ser obtido por escrito após explicação das fases da investigação e deve ser autorizada a gravação de áudio. Deve ficar claro que, a participante, pode retirar o seu consentimento em qualquer momento da investigação, sem que isso implique quaisquer consequências para a próprio (Nunes, 2020);
- **Direito à Privacidade e Confidencialidade:** O investigador deve garantir sigilo e proteção dos dados pessoais dos participantes, assegurando que a informação recolhida não é divulgada sem consentimento expresso e que é utilizada exclusivamente para fins de investigação (Gonçalves et al., 2021; Nunes, 2020). As entrevistas serão gravadas e transcritas pela investigadora principal, sendo identificadas por códigos (P1, P2, P3...) e não contendo qualquer dado pessoal identificável. Os ficheiros serão guardados num computador pessoal protegido por palavra-passe, ao qual apenas a investigadora terá acesso, durante um período de cinco anos, sendo posteriormente destruídos. As gravações áudio serão eliminadas de forma permanente após a transcrição. Não serão utilizados serviços de armazenamento na nuvem, nem enviados ficheiros com dados pessoais por correio eletrónico desprotegido. As cópias de segurança serão mantidas apenas pelo tempo estritamente necessário, e todos os ficheiros serão apagados definitivamente no momento da sua destruição.
- **Direito ao Respeito pela Dignidade e Integridade Humana:** As participantes devem ser tratadas com respeito e dignidade. O investigador deve ser imparcial e

evitar qualquer tipo de julgamento, crítica ou discriminação (Nunes, 2020);

- **Direito à Segurança e Proteção contra Danos:** As participantes têm o direito de não serem expostas a riscos desnecessários ou condições que possam comprometer a sua integridade física ou psicológica (World Medical Association, 2013).

Para a concretização deste estudo será solicitado parecer ao Diretor do Departamento de Obstetrícia, à Direção de Enfermagem e à Comissão de Ética do Hospital X.

Após aprovação das entidades descritas, proceder-se-á ao contacto das participantes.

4. PLANO DE ATIVIDADES A DESENVOLVER AO LONGO DOS ESTÁGIOS

Tabela 2 - Objetivos dos EC

Objetivo geral: Acolher e acompanhar a mulher/casal/família nos diferentes contextos de cuidados, com empatia, respeito, comunicação clara e garantindo cuidados seguros e humanizados.		
Competências Comuns do EE e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
A1.1, A2.1, A2.2, B3.1 e 1.1, 2.1, 3.1, 4.1, 5.1, 6.1, 7.1	<ul style="list-style-type: none"> • Receber a mulher/casal de forma acolhedora, esclarecendo dúvidas iniciais e promovendo um ambiente seguro e de confiança; • Apresentar o serviço, a equipa e os recursos disponíveis, explicando normas, rotinas, direitos, deveres e horários; • Comunicar de forma empática, clara e ajustada à condição clínica, emocional, social e cultural da mulher/família, utilizando a escuta ativa e linguagem acessível; • Assegurar um ambiente seguro, tranquilo e humanizado, garantindo privacidade, respeito e condições que favoreçam o bem-estar físico e emocional da díade; • Incentivar a presença e participação da pessoa significativa, sempre que desejado pela mulher, promovendo suporte emocional e envolvimento na parentalidade; • Obter o consentimento informado antes de qualquer procedimento, explicando objetivos, etapas, riscos, benefícios e alternativas, de forma ética e transparente; 	<p>Estudante;</p> <p>Enfª Orientadora</p> <p>-----</p> <p>Ao longo das 40 semanas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar e integrar a diversidade cultural, religiosa e social, acolhendo cada mulher/família de forma individual, holística e livre de julgamentos; • Oferecer suporte emocional e psicológico à mulher e à família e, sempre que necessário; • Participar na referenciação e articulação com outros serviços quando indicado; • Colaborar com a equipa multidisciplinar (obstetras, pediatras, anestesistas, psicólogos, assistentes sociais) na avaliação e gestão das complicações; • Promover a autonomia da mulher, reforçando capacidades e competências para o autocuidado e para os cuidados ao recém-nascido; • Promover o alojamento conjunto e reforçar o vínculo mãe-bebé, incentivando o contacto pele-a-pele e o envolvimento ativo da mulher/família nos cuidados; • Registrar de forma objetiva e rigorosa todas as intervenções, garantindo continuidade e qualidade dos cuidados. 	
--	---	--

4.1 ESTÁGIO I - ESMO NO PUERPÉRIO (150h)

Objetivo I: Prestar cuidados especializados à puérpera e ao recém-nascido, promovendo a recuperação física e emocional, o autocuidado e a transição saudável para a parentalidade.		
Competências Comuns e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
A1.1, A2.1, B1.1, B2.1, C1.1, C1.2,	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a avaliação inicial da puérpera e do recém-nascido, através da colheita de dados, consulta do processo clínico e análise de exames complementares, priorizando as necessidades específicas de cada díade; 	Estudante;

<p>D1.1, D1.2, D2.2, D2.3 e 4.1, 4.2, 4.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar 1x turno o estado clínico da puérpera, incluindo sinais vitais, mamas e mamilos, involução uterina, características dos lóquios, avaliação da ferida perineal ou abdominal caso exista e presença de dor ou edema; • Proceder à vigilância clínica do recém-nascido, através de uma observação céfalo-caudal completa, identificando precocemente sinais de alarme; • Apoiar e orientar a amamentação, promovendo o posicionamento adequado, a pega eficaz e a confiança materna no processo de aleitamento; • Orientação sobre extração e conservação de leite materno; • Gerir a dor da puérpera, recorrendo a medidas não farmacológicas e farmacológicas (segundo prescrição médica), favorecendo o conforto e o bem-estar físico; • Ensinar e reforçar estratégias de autocuidado, capacitando a mulher para a sua recuperação física e psicológica e para a identificação de sinais de alarme; • Realizar educação para a saúde sobre o recém-nascido, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> - crescimento, desenvolvimento e padrão comportamental; - Cuidados de higiene (banho, muda da fralda, pele e coto umbilical); - Alimentação; - Benefícios do contacto pele-a-pele e da amamentação; - Sinais de alarme; - Diagnóstico precoce; • Realizar no internamento os rastreios ao RN e iniciar esquema vacinal após consentimento dos pais; • Validar a compreensão da informação transmitida, assegurando-se de que a mulher/família sente confiança e segurança nos cuidados ao RN e em si própria; 	<p>Enf^ª Orientadora; Equipa multidisciplinar ----- Ao longo das 6 semanas</p>
---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar educação para a saúde para a alta hospitalar, reforçando a continuidade de cuidados e a articulação com a equipa de saúde comunitária; • Promover o fortalecimento do vínculo da tríade, incentivando a participação ativa do casal nos cuidados. 	
--	---	--

Objetivo II: Identificar precocemente e intervir perante complicações maternas e neonatais, garantindo uma atuação segura, eficaz e articulada com a equipa multidisciplinar.		
Competências Comuns e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
A1.1, A1.3, A2, B1.1, B2.1, C2.1, D1.1, D2 e 4.1, 4.2, 4.3	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar educação para a saúde à mulher e família sobre os principais sinais de alarme maternos e neonatais, reforçando a importância da vigilância e da comunicação precoce com os profissionais de saúde; • Reconhecer precocemente sinais de alerta como perdas de sangue aumentadas, hipotensão, dor intensa, febre, retenção urinária, alterações nos membros inferiores ou alterações do estado de consciência; • Implementar intervenções imediatas e adequadas à situação clínica, nomeadamente posicionamento seguro, controlo de hemorragia, permeabilização de vias aéreas, vigilância hemodinâmica e comunicação atempada com a equipa médica; • Atuar em situações de complicações neonatais (hipoglicémia, icterícia, engasgamento, dificuldade respiratória); • Garantir a segurança clínica através de registos rigorosos e claros, assegurando a continuidade e qualidade dos cuidados; 	<p>Estudante;</p> <p>Enfª Orientadora</p> <p>-----</p> <p>Ao longo das 6 semanas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Participar em momentos de reflexão e discussão de casos clínicos, consolidando conhecimentos, promovendo a reflexão crítica e fortalecendo a capacidade de tomada de decisão em contextos de maior complexidade. 	
--	--	--

Objetivo III: Participar na continuidade de cuidados e desenvolver competências de investigação.		
Competências Comuns e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
A1.1, A2, B1.1, C1.1, D1.1, D2, e 4.1, 4.2, 4.3	<ul style="list-style-type: none"> Participar no Projeto Alta EEESMO; Realizar contacto telefónico 48h após alta; Elaborar e atualizar plano de cuidados; Refletir sobre as práticas realizadas, identificando oportunidades de melhoria; Aprofundar conhecimentos científicos sobre o período pós-parto; Realizar uma sessão de formação em serviço. 	<p>Estudante;</p> <p>Enf^a Orientadora</p> <p>-----</p> <p>Ao longo das 6 semanas</p>

4.2 ESTÁGIO II - ESMO em Ginecologia (50h)

Objetivo I: Desenvolver competências na avaliação e prestação de cuidados especializados à mulher em diferentes áreas da saúde/doença ginecológica.		
Competências Comuns e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
<p>A1, A2, B1.1, B3, D1.1, D2.1 e 1.1, 1.2, 1.3, 5.1, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participar nas consultas de patologia mamária, promovendo o autocuidado e orientando sobre cuidados com a cicatriz, sinais de alerta e gestão do desconforto; • Observar colposcopias, de forma a adquirir conhecimentos sobre lesões, indicação para biópsia e vigilância da infeção pelo vírus do papiloma humano; • Colocar métodos contraceptivos hormonais (sistemas intrauterinos e implantes subcutâneos) ou assistir a equipa médica; • Desenvolver competências na avaliação de sintomas uroginecológicos (incontinência urinária, dor pélvica, alterações do pavimento pélvico); • Apoiar a mulher na compreensão dos resultados de exames, clarificando dúvidas e promovendo decisão informada; • Realizar educação para a saúde à mulher/casal, adaptada às necessidades identificadas; • Colaborar em cuidados pós-cirúrgicos ou pós-procedimentos (vigilância de infeção, dor, hemorragia, cicatrização). 	<p>Estudante;</p> <p>Enfª Orientadora</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>-----</p> <p>Ao longo das 2 semanas</p>

Objetivo II: Desenvolver competências na avaliação, acompanhamento e apoio à mulher/casal em contexto de infertilidade.		
Competências Comuns e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 e 1.3	<ul style="list-style-type: none"> • Recolher dados clínicos relevantes para a avaliação da infertilidade (historial menstrual, sexual, obstétrico, antecedentes pessoais e familiares, hábitos de vida, exames realizados); • Observar e colaborar em consultas de apoio à fertilidade para compreender critérios diagnósticos e planos terapêuticos; • Assistir à realização de exames complementares de diagnóstico (ecografias, histerossalpingografia); • Assistir a técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA); • Realizar educação para a saúde sobre estilos de vida, fatores de risco, adesão terapêutica e otimização da fertilidade. 	<p>Estudante;</p> <p>Enfª Orientadora</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>-----</p> <p>Ao longo das 2 semanas</p>

4.3 ESTÁGIO III - ESMO na Gravidez Patológica (150h)

Objetivo I: Desenvolver competências na avaliação, vigilância e prestação de cuidados especializados à grávida com patologia associada, promovendo a segurança materno-fetal.		
Competências Comuns do EE e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar anamnese e consultar diário clínico; • Avaliar sinais vitais; 	Estudante;

<p>e</p> <p>2.1; 2.2; 2.3; 7.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar perdas vaginais; • Realizar monitorização cardiotocográfica (CTG) para avaliação da frequência cardíaca fetal e dinâmica uterina ou auscultação de batimentos cardíacos fetais com doppler, dependendo da idade gestacional; • Vigiar edemas e despistar sintomatologia de pré-eclâmpsia; • Avaliar o estado emocional e psicológico da mulher, despistando precocemente situações de desvio da normalidade; • Observar a equipa médica a realizar ecografias obstétricas; • Prestar cuidados a grávidas com patologia obstétrica, nomeadamente pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, placenta prévia, restrição de crescimento fetal; • Disponibilizar métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio de dor, assegurando o bem-estar materno; • Aplicar os protocolos institucionais, como o de indução de trabalho de parto; • Colaborar com a equipa médica em procedimentos, como colocação de Sonda Foley; • Observar e participar em consultas de obstetrícia, de forma a perceber a diferença da dinâmica para o internamento. 	<p>Enf^a Orientadora</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>-----</p> <p>Ao longo das 6 semanas</p>
------------------------------------	---	--

<p>Objetivo II: Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher/casal em situação de perda fetal.</p>		
<p>Competências Comuns do EE e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)</p>	<p>Atividades a desenvolver</p>	<p>Intervenientes / Calendarização</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a expressão de sentimentos, preocupações e necessidades do casal; 	<p>Estudante;</p>

<p>A1; A2; B3.1; D1.1 e 2.1; 2.2; 2.3; 4.1, 4.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionar se a mulher/casal deseja criar algum tipo de memória (fotografias, objetos simbólicos) ou ver/segurar o feto, se possível; • Informar sobre sinais de alerta; • Gerir a dor; • Fornecer informação sobre recursos disponíveis (apoio psicológico, grupos de apoio). 	<p>Enfª Orientadora Equipa multidisciplinar ----- Ao longo das 6 semanas</p>
---	---	--

Objetivo III: Desenvolver competências na capacitação da grávida/família através de educação para a saúde orientada para a gestão da patologia, prevenção de complicações e adoção de estilos de vida saudáveis.		
Competências Comuns do EE e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
<p>A1; A2; B3.1; C1; C2; D1; D2 e 2.1; 2.2; 2.3; 7.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover hábitos alimentares saudáveis; • Incentivar atividade física segura conforme indicação clínica; • Esclarecer sobre riscos associados a tabaco, álcool, drogas e automedicação; • Referenciar para consulta de cessão tabágica ou de nutrição, se necessário; • Realizar educação para a saúde sobre sinais de alarme e sinais de início de trabalho de parto; • Realizar educação para a saúde, em contexto de consulta, sobre os sinais e sintomas expectáveis em cada trimestre; • Realizar educação para a saúde, em contexto de consulta, sobre o plano de parto, o que levar na mala de maternidade e principais cuidados com o recém-nascido nos primeiros dias; 	<p>Estudante; Enfª Orientadora Equipa multidisciplinar ----- Ao longo das 6 semanas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Realizar uma sessão de educação para a saúde a casais sobre o Pós-Parto. 	
--	--	--

4.4 ESTÁGIO IV - ESMO na Comunidade (150h)

Objetivo I: Desenvolver competências na avaliação, aconselhamento e intervenção em planeamento familiar e pré-conceção, garantindo cuidados especializados que promovam a saúde sexual e reprodutiva da mulher e do casal.		
Competências Comuns do EE e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
A1; A2; B1.1, B2.1, B3.1; C1.1; C2; D1; D2 e 1.1, 1.2, 1.3, 7.1, 7.2	<ul style="list-style-type: none"> Realizar a anamnese, de forma a conhecer a história clínica, necessidades e fatores de risco; Identificar condições que requerem vigilância ou referência (ex.: IST, ciclos irregulares, fatores de infertilidade, patologias associadas); Promover comportamentos de saúde e estilos de vida favoráveis à conceção (nutrição, exercício, cessação tabágica, suplementação de ácido fólico, gestão do stress); Realizar educação para a saúde sobre o ciclo menstrual, reforçando autoconhecimento e reconhecimento do período fértil; Explicar os diferentes métodos contraceptivos, incluindo mecanismo de ação, durabilidade, eficácia, vantagens, desvantagens e contraindicações; Apoiar a decisão informada da mulher/casal sobre o método contraceptivo mais adequado ao seu perfil e preferências; 	Estudante; Enf ^a Orientadora ----- Ao longo das 6 semanas

	<ul style="list-style-type: none"> Realizar procedimentos clínicos como colheita de citologia, colocação/remoção de métodos contraceptivos ou rastreios complementares. 	
--	--	--

Objetivo II: Desenvolver competências na vigilância da gravidez de baixo risco e no acompanhamento no puerpério, promovendo uma adaptação saudável e deteção precoce de alterações.		
Competências Comuns do EE e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
A1; A2; B1.1, B2.1, B3.1; C1.1; C2; D1; D2 e 2.1; 2.2; 2.3; 3.1, 3.2, 3.3, 7.3	<ul style="list-style-type: none"> Efetuar exame físico completo e monitorizar sinais de bem-estar fetal: sinais vitais, presença de edemas, manobras de Leopold, altura do fundo uterino, ABCF, movimentos fetais; Interpretar exames complementares (análises, ecografias, rastreios), integrando-os no plano de cuidados; Reforçar sinais de alarme e medidas de autovigilância, como contagem de movimentos fetais; Promover estilos de vida saudáveis: nutrição, atividade física segura, cessação tabágica; Apoiar o desenvolvimento do plano de parto e incentivar a participação em programas de preparação para o parto e parentalidade; Participar em consultas de revisão do puerpério; Avaliar as mamas, involução uterina, características de lóquios (se ainda presentes), cicatrização da ferida cirúrgica ou traumática, edemas; Esclarecer dúvidas relativamente à amamentação, cuidados ao recém-nascido ou outro assunto que necessite de esclarecimento; 	Estudante; Enfª Orientadora ----- Ao longo das 6 semanas

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar complicações físicas, como infecção, hemorragia ou dor persistente. • Identificar complicações psicológicas, aplicando a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS) e referenciar em caso de necessidade; • Avaliar a adaptação da mulher/casal à parentalidade e o vínculo mãe-bebé. • Esclarecer sobre sexualidade, exercício físico e recuperação perineal, incentivar a consultas de fortalecimento do pavimento pélvico; • Abordar opções de planeamento familiar no pós-parto; • Realizar visitas domiciliárias no pós-parto precoce para avaliar a adaptação à parentalidade, o ambiente familiar, condições habitacionais, rede de apoio e despistar complicações. 	
--	--	--

<p>Objetivo III: Planear e dinamizar programas de preparação para o parto e parentalidade, capacitando a mulher, o casal e a família para uma vivência informada, segura e positiva da gravidez, parto e pós-parto.</p>		
<p>Competências Comuns do EE e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)</p>	<p>Atividades a desenvolver</p>	<p>Intervenientes / Calendarização</p>
<p>A1; A2; B1, B2, B3.1; C2.1; D1.1; D2 e 2.1; 2.2, 2.3, 4.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dinamizar sessões de educação para a saúde sobre o parto, pós-parto e cuidados ao recém-nascido; • Informar sobre recursos comunitários disponíveis (consulta de puerpério, grupos de apoio à amamentação, apoio psicológico). • Estimular o envolvimento da pessoa significativa ou parceiro(a). • Promover espaço de partilha de experiências entre grávidas e casais, facilitando o apoio emocional e a normalização de vivências; 	<p>Estudante; Enf^a Orientadora ----- Ao longo das 6 semanas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver uma sessão dedicada às puérperas que frequentam o programa, sobre as vivências e necessidades identificadas no puerpério precoce, de forma a esclarecer dúvidas, desmistificar medos e promover a partilha de experiências. 	
--	---	--

4.5 ESTÁGIO V - ESMO no Bloco de Partos (500h)

Objetivo I: Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados no 1º estágio do trabalho de parto.		
Competências Comuns do EE e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
A1; A2; B1.1, B2.1, B3; C1.1, C2; D1; D2 e 3.1; 3.2, 3.3	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar acolhimento da parturiente/pessoa significativa ao serviço/quarto; • Monitorização dos sinais vitais maternos; • Efetuar a monitorização cardiotocográfica (CTG) intermitente durante a fase latente e contínua durante a fase ativa do 1º estágio do TP, ou de acordo com o protocolo de serviço; • Validar a existência de plano de parto e se frequentou programas de preparação para o parto e parentalidade e respeitar escolhas, sempre que clinicamente possível; • Envolver a pessoa significativa, orientando sobre formas adequadas de apoiar a parturiente; • Promover mobilidade ativa para facilitar a progressão do trabalho de parto; 	Estudante; Enfª Orientadora Equipa multidisciplinar ----- Ao longo das 20 semanas

	<ul style="list-style-type: none">• Realização de cervicometria num intervalo não inferior a 4 horas, ou se houver alterações no bem-estar materno-fetal, aferindo as características do colo (consistência, posicionamento, apagamento e dilatação), apresentação, posição e variedade fetal e sua descida, a integridade das membranas e as características da bacia materna;• Realização da amniotomia, em caso de necessidade, apoiando a descida da apresentação, avaliando as características do líquido amniótico (LA) e a FCF no CTG após o procedimento;• Identificar precocemente sinais de alerta: taquissistolia, desacelerações, febre, hipertensão, dor intensa, alterações do líquido amniótico, distócias mecânicas ou dinâmicas, e comunicar com a equipa médica sempre que necessário;• Preparar material de emergência caso surjam alterações no bem-estar materno-fetal e atuar rapidamente;• Avaliar a dor, e promover a utilização de estratégias não farmacológicas (hidroterapia, musicoterapia, massagem, técnicas de relaxamento, aromaterapia, cromoterapia, bola de pilates) ou farmacológicas (analgesia per os, endovenosa ou locorregional, de acordo com as preferências da parturiente);• Colaborar com a equipa de anestesiologia na realização da analgesia locorregional, garantindo uma preparação adequada da parturiente e monitorização contínua durante o procedimento;• Incentivar micção espontânea, vigiar sinais de retenção urinária e promover o esvaziamento vesical se necessário;• Garantir hidratação oral e oferta de líquidos claros, salvo contra-indicação.	
--	---	--

Objetivo II: Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados no 2º estágio do trabalho de parto.		
Competências Comuns do EE e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
<p>A1; A2; B1.1, B2.1, B3; C1.1, C2; D1; D2 e 3.1; 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os sinais de início do segundo estágio do TP (dilatação completa e/ou pressão pélvica e/ou reflexo de Ferguson); • Avaliar o bem-estar materno-fetal com recurso à CTG contínua; • Efetuar cervicometria, avaliando as características da bacia, posição e variedade da apresentação; • Detetar precocemente e atuar em conformidade face a complicações ou desvios à normalidade, informando sempre a equipa médica; • Incentivar a participação ativa da parturiente, reforçando segurança, confiança e autonomia; • Promover conforto e bem-estar da parturiente; • Incentivar liberdade de posição e movimento para o período expulsivo, mantendo as condições de segurança; • Orientar a pessoa significativa a posicionar-se junto da mulher, apoiando-a física e emocionalmente, promovendo a sua capacitação; • Preparação da mesa de apoio ao parto, desinfeção, abertura da trouxa de parto, campo de parto, material de sutura (caso seja necessário); • Incentivar os esforços expulsivos espontâneos; • Avaliar a progressão fetal e sinais de proximidade da expulsão fetal (aumento do introito vaginal, abaulamento do períneo e coroamento do polo cefálico); • Avaliar a elasticidade dos tecidos perineais, apoiar e proteger a distensão perineal (manobra de <i>Ritgen</i>) e avaliar a necessidade de 	<p>Estudante;</p> <p>Enfª Orientadora</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>-----</p> <p>Ao longo das 20 semanas</p>

	<p>realização de episiotomia, garantindo decisão informada e respeitando práticas baseadas na evidência;</p> <ul style="list-style-type: none">• Solicitar à parturiente a suspensão dos esforços expulsivos e pesquisar a presença de circulares cervicais, após expulsão controlada da cabeça fetal;• Aguardar a rotação externa, restituição e saída do corpo fetal, assistindo se necessário e facilitando a saída de secreções das vias aéreas fetais (na ausência de mecônio);• Segurar o RN e cobri-lo com um pano aquecido, verificar a hora de nascimento, favorecer o contacto pele-a-pele com a mãe, exceto se necessidade de reanimação neonatal ou instabilidade hemodinâmica materna ou por preferência do casal;• Prestar cuidados imediatos ao RN mantendo contacto pele-a-pele (administração de vitamina K, avaliação do índice de Apgar);• Laquear o cordão umbilical após parar de pulsar, exceto se necessidade de reanimação neonatal ou colheita de sangue para criopreservação de células estaminais;• Colocar pulseira de identificação mãe-bebé.	
--	---	--

Objetivo III: Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados no 3º estágio do trabalho de parto.		
Competências Comuns do EE e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
<p>A1; A2; B1.1, B2.1, B3; C1.1, C2; D1; D2</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>3.1; 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o contacto pele-a-pele e o início da amamentação, promovendo a libertação endógena de ocitocina e facilitando a dequitação fisiológica; • Identificar e vigiar os sinais de descolamento da placenta (contração uterina, mudança da forma uterina de discóide para ovóide, saída súbita de sangue à vulva, descida do cordão, aumento do volume vaginal observável); • Assistir a dequitação de forma passiva ou ativa, realizando tração controlada do cordão; • Verificar o mecanismo da dequitação (<i>Schultze</i> ou <i>Duncan</i>); • Administrar uterotónicos, de acordo com o protocolo do serviço ou prescrição médica; • Avaliar e quantificar perdas hemáticas e risco de hemorragia; • Confirmação do Globo de Segurança de Pinard; • Observar a placenta e avaliar a integridade das membranas e cotilédones e inserção do cordão umbilical; • Identificar sinais de retenção placentária; • Garantir acondicionamento adequado da placenta conforme normas do serviço; • Realizar tamponamento vaginal com compressas; • Inspeccionar o períneo e o canal de parto, identificando existência de lacerações; 	<p>Estudante;</p> <p>Enfª Orientadora</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>-----</p> <p>Ao longo das 20 semanas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Caso exista, identificar o grau da laceração, identificar corretamente os planos e proceder à sutura perineal, sob técnica asséptica e após controlo da dor; • Remover o tamponamento vaginal no final da correção da laceração/episiotomia; • Verificar a integridade do esfíncter anal; • Realizar educação para a saúde à puérpera sobre autocuidado, relativamente à higiene e cuidados a ter a nível perineal; • Aplicar gelo local, para prevenção de edema e dor. 	
--	--	--

Objetivo IV: Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados no 4º estágio do trabalho de parto.		
Competências Comuns do EE e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
A1; A2; B1.1, B2.1, B3; C1.1, C2; D1; D2 e 4.1, 4.2, 4.3	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado geral e as necessidades físicas e emocionais da puérpera, promovendo o seu conforto e bem-estar; • Avaliar os sinais vitais, involução uterina (globo de segurança de Pinard), perdas hemáticas; • Avaliar a dor e promover conforto com crioterapia e analgesia; • Promover o contacto pele-a-pele e a amamentação, de acordo com as preferências da puérpera; • Assistir a puérpera durante a mamada, observando o seu comportamento e aptidão inicial, auxiliando nos posicionamentos, ensinando sinais de boa pega e de transferência de colostro; • Colocar pulseira “anti-rapto” ao recém-nascido; 	<p>Estudante;</p> <p>Enfª Orientadora</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>-----</p> <p>Ao longo das 20 semanas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer o casal quanto ao comportamento expectável do RN nas horas após o nascimento, promovendo a sua fisiologia e adaptação à vida extrauterina; • Avaliar a interação da tríade, envolvendo a pessoa significativa no processo de cuidados; • Esclarecer dúvidas da puérpera/família; • Efetuar registos clínicos completos, claros e rigorosos sobre a evolução do trabalho de parto e parto, em suporte informático e no boletim de grávida, assegurando continuidade e segurança dos cuidados; • Realizar a transferência segura da díade/tríade para o serviço de puerpério e transmitir a informação essencial ao enfermeiro responsável do internamento. 	
--	--	--

Objetivo V: Desenvolver competências na gestão de emergências obstétricas e no apoio a partos distócicos, promovendo práticas seguras, trabalho em equipa e participação ativa em estratégias de melhoria e formação em serviço.		
Competências Comuns do EE e Específicas do EEESMO (OE, 2019a, OE, 2019b)	Atividades a desenvolver	Intervenientes / Calendarização
A1; A2; B1, B2, B3; C1.1, C2; D1; D2 e 3.1; 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3	<ul style="list-style-type: none"> • Participar nas dinâmicas de equipa durante emergências, assumindo o papel de aluna dentro da cadeia de intervenção; • Identificar precocemente sinais de emergência obstétrica (hemorragia, prolapso do cordão, distócia dos ombros, rotura uterina iminente, eclâmpsia, sofrimento fetal agudo); • Atuar de acordo com protocolos institucionais e <i>guidelines</i>, garantindo rapidez, segurança e comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar; 	<p>Estudante;</p> <p>Enf^a Orientadora</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>-----</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar e organizar o material necessário para intervenções emergentes (ex.: carro de emergência, medicação, material de reanimação neonatal); • Participar na execução de manobras específicas consoante a emergência (ex.: <i>McRoberts</i>, pressão suprapúbica, controlo de hemorragia); • Prestar suporte emocional à mulher e à família durante emergências, partos instrumentados ou experiências de parto inesperadas; • Cumprir protocolos de segurança, normas de assepsia e prevenção de infeção; • Registrar de forma detalhada e objetiva todas as avaliações, intervenções e evolução clínica da mulher e do feto; • Documentar a cronologia de eventos em emergências obstétricas de acordo com as normas legais e institucionais; • Assistir partos distócicos (ventosa, fórceps ou cesariana) e colaborar com a equipa médica; • Receber o recém-nascido e garantir os cuidados imediatos após o nascimento; • Assistir a formações em serviço; • Questionar a enfermeira orientadora sobre necessidades do serviço e colaborar na elaboração de materiais educativos ou atividades de formação em serviço. 	<p>Ao longo das 20 semanas</p>
--	--	--------------------------------

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Projeto Individual de Estágio permitiu estruturar, de forma integrada e fundamentada, o percurso formativo a desenvolver ao longo dos cinco ensinamentos clínicos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Alicerçado na Teoria das Transições de Meleis, este projeto orienta-se pela compreensão da maternidade como um processo complexo, dinâmico e multidimensional, que exige do EEESMO competências diferenciadas na vigilância, apoio e capacitação da mulher e da família.

Os estágios representam oportunidades privilegiadas para desenvolver e consolidar competências avançadas em diferentes fases do ciclo reprodutivo da mulher. Cada contexto acrescenta especificidades que permitirão aprofundar a avaliação clínica, o raciocínio, a capacidade de intervenção e a articulação em equipa multidisciplinar.

A articulação entre investigação e prática clínica, expressa através da inclusão de atividades como sessões de educação para a saúde, participação em formação em serviço e desenvolvimento de materiais educativos, reflete o compromisso com uma prática baseada na evidência, crítica e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Paralelamente, o estudo qualitativo previsto permitirá dar voz às mulheres, compreender experiências subjetivas e integrar estes contributos no desenvolvimento de estratégias de intervenção mais humanizadas, equitativas e centradas nas reais necessidades da população.

Assim, este projeto constitui não apenas um guia estruturante para o percurso de estágio, mas também um instrumento de reflexão e construção de identidade profissional enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Através da integração entre conhecimento científico, competências clínicas e sensibilidade, pretende-se contribuir para uma prática mais consciente, segura e promotora de transições saudáveis, garantindo que cada mulher e família se sinta acompanhada, capacitada e respeitada em todas as fases de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. M., Costa-Santos, C., Caldas, J. P., Dias, S., & Ayres-de-Campos, D. (2016). The impact of migration on women's mental health in the postpartum period. *Revista de Saúde Pública*, 50(35). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005617>
- Amer, S. A., Zaitoun, N. A., Abdelsalam, H. A., Abbas, A., Ramadan, M. S., Ayal, H. M., Ba-Gais, S. E. A., Basha, N. M., Allahham, A., Agyenim, E. B., & Al-Shroby, W. A. (2024). Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC public health*, 24(1), 1308. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18502-0>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Optimizing postpartum care* (Committee Opinion No. 736). ACOG. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care>
- Ammari, T., & Schoenebeck, S. Y. (2015). Understanding and supporting fathers and fatherhood on social media sites. Proceedings of the 33rd Annual ACM Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI '15), 1905-1914. <https://doi.org/10.1145/2702123.2702205>
- Andrade, C. (2021). The inconvenient truth about convenience and purposive samples. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(1), 86–88. <https://doi.org/10.1177/0253717620977000>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Baratieri, T., & Natal, S. (2019). Postpartum program actions in primary health care: an integrative review. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11), 4227–4238. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (1.^a ed.). Edições 70.
- Benatti, A. P., Pereira, C. R. R., dos Santos, D. C. M., & de Paiva, I. L. (2020). A maternidade em contextos de vulnerabilidade social: Papéis e significados atribuídos por pais e mães. *Interação em Psicologia*, 24(2). <https://doi.org/10.5380/psi.v24i2.59856>
- Brandão, A. S. P. A. N. (2022). A visita domiciliária como recurso facilitador do processo de transição para a parentalidade (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/44280>

- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade: Compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225–256). Quarteto Editora.
- Cardoso A., Soares A., Sousa B., Oliveira M., Chaves, S., Carvalho J. (2024). Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à parentalidade. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf
- Carvalho, J. (2020). Adaptação à maternidade: Influência de uma intervenção de educação parental em mães primíparas. [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/132242>
- Chae, J. (2014). “Am I a better mother than you?”: Media and 21st-century motherhood in the context of the social comparison theory. *Communication Research*, 42(4), 503–525. <https://doi.org/10.1177/0093650214534969>
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2014). Major Survey Findings of Listening to Mothers (SM) III: Pregnancy and Birth: Report of the Third National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. *The Journal of perinatal education*, 23(1), 9–16. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.1.9>
- Delfino, C. I. B. (2012). Ligação pais/filho – contributo para o processo de vinculação [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16005>
- Dennis, C. L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), e736–e751. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1629>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 015/2015 - Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Ferreira, A. F. (2016). *Fisiologia do puerpério* (pp. 438–442). In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: LIDEL.

- Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2017). Women's intentions of informal and formal help-seeking for mental health problems during the perinatal period: the role of perceived encouragement from the partner. *Midwifery*, *50*, 78-85.
- Fortin, M. F. (2016). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (2.^a ed.). Lusodidata.
- Frei, I. A., & Mander, R. (2011). The relationship between first-time mothers and care providers in the early postnatal phase: An ethnographic study in a Swiss postnatal unit. *Midwifery*, *27*(5), 716–722. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.11.004>
- Gonçalves, S., Gonçalves, J., & Marques, C. (2021). *Manual de investigação qualitativa: Conceção, análise e aplicações*. PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Graham, H., Haintz, G. L., McKenzie, H., Lippi, K., & Bugden, M. (2022). “That’s a woman’s body, that’s a woman’s choice”: The influence of policy on women’s reproductive choices. *Women’s Studies International Forum*, *90*, 102559. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2021.102559>
- Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A. (2017). Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados [Postpartum depression: prevalence and associated factors]. *Cadernos de saúde pública*, *33*(9), e00094016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016>
- Hirani S. A. A. (2024). Barriers Affecting Breastfeeding Practices of Refugee Mothers: A Critical Ethnography in Saskatchewan, Canada. *International journal of environmental research and public health*, *21*(4), 398. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040398>
- Hodgkinson, E. L., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2014). Women’s experiences of their pregnancy and postpartum body image: A systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*, 330. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-330>
- Jackson, L., De Pascalis, L., Harrold, J., & Fallon, V. (2021). Guilt, shame, and postpartum infant feeding outcomes: A systematic review. *Maternal & child nutrition*, *17*(3), e13141. <https://doi.org/10.1111/mcn.13141>
- Johnson, S. A. (2015). 'Intimate mothering publics': comparing face-to-face support groups and Internet use for women seeking information and advice in the transition to first-time motherhood. *Culture, health & sexuality*, *17*(2), 237–251. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.968807>

- Kinsey, C. B., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314–1320. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.019>
- Kleven, H., Landais, C., Posch, J., Steinhauer, A., & Zweimüller, J. (2019). Child penalties across countries: Evidence and explanations. *AEA Papers and Proceedings*, 109, 122–126. <https://doi.org/10.1257/pandp.20191078>
- Manning, B. (2008). *Transição para a Parentalidade*. In Lowdermilk, D. & Perry, S. *Enfermagem na Maternidade* (pp. 521-556). 7ª ed., Loures: Lusodidacta.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo, H. C. S. G. B., Carneiro, M. T. C. M., Almeida, I. S., Marques, F. M., & Cavaleiro, R. M. D. (2024). *Depressão pós-parto – A realidade de uma unidade de saúde*. Comunicação oral apresentada na 6.ª Reunião Internacional da RACS, Niterói, RJ, Brasil. *Anais da 6.ª Reunião Internacional da RACS*. <https://doity.com.br/anais/6rracs/trabalho/363949>
- Mercer R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship: An official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- National Academy of Sciences. (2009). *On being a scientist: A guide to responsible conduct in research* (3rd ed.). National Academies Press.
- Nunes, L. (2020). *Aspectos Éticos na investigação em Enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. <http://hdl.handle.net/10400.26/32782>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 391/2019 — Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-nº-391-2019_regulamento-das-competências-específicas-do-eesmo.pdf

- Organização Mundial de Saúde. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. *Geneva: World Health Organization*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- Rezaei, N., Behboodi Moghadam, Z., Tahmasebi, A., Taheri, S., & Namazi, M. (2024). Women's sexual function during the postpartum period: A systematic review on measurement tools. *Medicine*, 103(30), e38975. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038975>
- Simpson, K. (2022). Maternal mental health. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 47(1). <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000785>
- Tang, L., Lee, M., Wehde, M., & Cummings, J. (2022). #Fitmom: An experimental investigation of the effect of body-focused social media posts on body dissatisfaction and eating and physical activity intentions, attitudes and behaviours among postpartum mothers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 7984. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05089-w>
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2024). *A policy solutions report*. New York, NY: UNICEF. <https://www.unicef.org/media/172681/file/Policy%20solutions%20report.pdf>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3.^a ed.). Edições Sílabo.
- Waal, N., Boekhorst, M. G. B. M., Nykliček, I., & Pop, V. J. M. (2023). *Maternal-infant bonding and partner support during pregnancy and postpartum: Associations with early child social-emotional development*. *Infant Behavior and Development*, 72, Article 101871. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2023.101871>
- Warren, L. P. (2005). First-time mothers: Social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479–488. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x>
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>
- Xiao, Y., Cui, Y., Li, F., Zeng, W., Rozelle, S., Shi, C., Shi, J., Xu, J., Li, G., & Jiang, F. (2024). The mediating effect of family support in the relationship between socio-economic status and postpartum depressive symptoms. *BMC Public Health*, 24, Article 3374. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20849-3>

- Youseflu, S., Rostami, F., Afrashteh, M. Y., Bayat, Z., & Rastegari, L. (2019). The effect of body image satisfaction on women's sexual function in the postpartum period. *Preventive Care in Nursing & Midwifery*, 8(4), 27–31. <http://nmcjournal.zums.ac.ir/article-1-612-en.html>
- Zanatta, E., Pereira, C. R., & Alves, A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: As mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 16–27. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005

Apêndice II – Cronograma de Atividades

Ano	2024												2025											
	Mês												Mês											
Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisão da Literatura e Construção/Consolidação do Quadro de Referência	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Pedido de Autorização para a Recolha de Dados												█												
Parecer da Comissão de Ética																█								
Recolha de Dados - Realização de Entrevistas																		█	█	█				
Tratamento e Análise dos Dados																			█	█	█	█		
Redação do Relatório																					█	█	█	█

Apêndice III – Scoping Review

**A VIVÊNCIA DA MULHER NO PERÍODO PÓS-PARTO:
UMA SCOPING REVIEW**

The Lived Experience of Women During the Postpartum Period: A Scoping Review

Margarida Miguel Pedrosa

Hospital X, Portugal. Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Saúde de Santarém.

ORCID: 0009-0000-5649-2866 | Ciência ID: B318-4B70-C0B7

230000143@essaude.ipsantarem.pt

Sara Elisabete Cavaco Palma

Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

ORCID: 0000-0002-4640-6558 | Ciência ID: 6B19-90B6-F577

Resumo

O período pós-parto é uma fase de profundas transformações físicas, emocionais e sociais, que requer acompanhamento contínuo e cuidados centrados nas necessidades das mulheres. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica assume um contributo essencial na promoção da adaptação à maternidade, através de intervenções que favorecem o bem-estar materno e familiar.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre as vivências da mulher na transição para a maternidade durante o período pós-parto, identificando fatores que influenciam o seu bem-estar e a adaptação ao novo papel materno.

Metodologia e métodos: Esta *scoping review* foi desenvolvida de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI). A questão de revisão foi construída segundo a mnemónica PCC (Participantes – puérperas; Conceitos – vivências na transição para a maternidade; Contexto – período pós-parto). A pesquisa foi realizada nas plataformas *PubMed*, *RCAAP* e *EBSCOhost*, nas bases de dados *MEDLINE Complete*, *CINAHL Complete* e *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, com a expressão de pesquisa (*Postpartum Period*) AND (*Mothers OR Women*) AND (*Experience OR Perception*) AND (*Midwifery OR Nursing Care*).

Resultados: Dos 969 artigos inicialmente identificados, 11 atenderam aos critérios de inclusão e compuseram a análise final, contemplando estudos com abordagens qualitativas, quantitativas e mistas. A partir da análise desses estudos, emergiram cinco temas centrais: (1) vivências emocionais e psicológicas; (2) mudanças corporais e repercussões na autoimagem; (3) processo de construção da identidade materna; (4) apoio formal e informal recebido; e (5) implicações para a prática do(a) Enfermeiro(a) Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Conclusão: O puerpério é um período marcado por sentimentos ambivalentes e pela reorganização de papéis e responsabilidades, sendo fortemente influenciado pelo suporte disponível. Neste contexto, os estudos evidenciam que o enfermeiro obstetra é determinante na promoção de cuidados humanizados, individualizados e centrados na mulher, com destaque para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. O acompanhamento neste período, nomeadamente através de visitas domiciliares, é essencial para uma transição segura e saudável para a maternidade.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Mães; Puerpério; Transição para a maternidade; Vivências.

Abstract

The postpartum period is a phase of profound physical, emotional, and social changes that requires continuous follow-up and care focused on women's individual needs. The midwife plays a key role in promoting adaptation to motherhood through interventions that enhance maternal and family well-being.

Objective: To map the scientific evidence on women's experiences in the transition to motherhood during the postpartum period, identifying factors that influence their well-being and adaptation to the maternal role.

Methodology and Methods: This scoping review was conducted according to the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology. The review question was structured using the PCC mnemonic (Participants – postpartum women; Concept – experiences in the transition to motherhood; Context – postpartum period). The search was carried out on the PubMed,

RCAAP, and EBSCOhost platforms, using the databases MEDLINE Complete, CINAHL Complete, and Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, with the search expression (Postpartum Period) AND (Mothers OR Women) AND (Experience OR Perception) AND (Midwifery OR Nursing Care).

Results: Of the 969 articles initially identified, 11 met the inclusion criteria and were included in the final analysis, comprising studies with qualitative, quantitative, and mixed-method approaches. From the analysis of these studies, five central themes emerged: (1) emotional and psychological experiences; (2) body changes and repercussions on body image; (3) the process of constructing maternal identity; (4) formal and informal support; and (5) implications for midwifery practice.

Conclusion: The postpartum period is marked by ambivalent feelings and the reorganization of roles and responsibilities, strongly influenced by the support available. In this context, studies show that the midwife plays a decisive role in promoting humanized, individualized, and woman-centered care, with emphasis on continuity of care after hospital discharge. Follow-up during this period, particularly through home visits, is essential to ensure a safe and healthy transition to motherhood.

Keywords: Experiences; Mothers; Midwifery; Postpartum Period; Transition to Motherhood.

INTRODUÇÃO

A maternidade deve ser compreendida como uma experiência complexa e multifacetada, que integra dimensões fisiológicas, culturais, emocionais e sociais (Gorin et al., 2015). Trata-se de uma construção social influenciada por fatores de género, classe e poder, sendo vivida de forma distinta de acordo com os contextos culturais e económicos.

O modo como cada sociedade estrutura políticas e práticas de apoio à maternidade reflete-se diretamente no bem-estar materno e infantil (Amin & Islam, 2022; Graham et al., 2022).

De acordo com o United Nations Children's Fund (UNICEF, 2024), políticas como a licença parental e os incentivos à amamentação são fundamentais, uma vez que os primeiros mil dias de vida da criança são determinantes para o seu desenvolvimento e para a saúde materna. Tais medidas reduzem desigualdades e facilitam uma transição mais equilibrada para a maternidade, reforçando a importância do suporte social e institucional.

O processo de tornar-se mãe implica transformações significativas: alterações na imagem corporal, aquisição de novos papéis, responsabilidades e reorganização da vida pessoal e familiar. Este é, simultaneamente, um período de grande vulnerabilidade emocional, frequentemente marcado por sentimentos ambivalentes resultantes das alterações hormonais e das expectativas culturais que sustentam o ideal da “mãe perfeita”. Estas vivências podem gerar sentimentos de insegurança, ansiedade e impotência, especialmente quando a experiência da gravidez e do parto é percebida como difícil ou desajustada às expectativas maternas (Benatti et al., 2020; Canavarro & Pedrosa, 2005; Zanatta et al., 2017).

O vínculo materno, definido como o conjunto de emoções, comportamentos e pensamentos que a mãe desenvolve em relação ao filho, inicia-se frequentemente durante a gestação e consolida-se nos primeiros meses de vida do bebé (Kinsey & Hupcey, 2013). A qualidade desta ligação influencia o desenvolvimento socioemocional da criança e o equilíbrio psicológico da mãe (Waal et al., 2023). Fatores como a saúde física e mental materna, a rede de apoio, a experiência do parto e o contacto pele-a-pele são cruciais para a construção de um vínculo seguro (Delfino, 2012). A amamentação, por exemplo, pode reforçar a relação afetiva, mas também gerar ansiedade quando acompanhada de dificuldades ou pressão social para corresponder a ideais normativos (Dennis & McQueen, 2009; Jackson et al., 2021).

A depressão pós-parto constitui uma das complicações mais frequentes do puerpério, com impacto negativo não apenas na mãe, mas também na relação familiar e no vínculo mãe-bebé (Amer et al., 2024). A Organização Mundial da Saúde (2022) estima que cerca de

uma em cada cinco mulheres possa experienciar uma perturbação de saúde mental no período perinatal. Em Portugal, a prevalência da depressão pós-parto é estimada entre 12% a 16% (Melo et al., 2024).

As dificuldades inerentes à maternidade podem ser agravadas por desigualdades de género e condições socioeconómicas adversas. Muitas mulheres enfrentam a chamada “penalização da maternidade”, traduzida em perdas salariais, menor progressão de carreira e acumulação de tarefas domésticas (Kleven et al., 2019). A vulnerabilidade social, a escassez de recursos e a falta de apoio institucional, dificultam a adaptação ao papel materno (Xiao et al., 2024). Em particular, as mulheres migrantes enfrentam obstáculos adicionais como barreiras linguísticas, discriminação e ausência de suporte comunitário, o que compromete o acesso a cuidados de saúde e aumenta a vulnerabilidade emocional (Almeida et al., 2016; Hirani, 2024).

O apoio fornecido à mãe pode assumir uma natureza formal, prestado por profissionais de saúde, ou informal, providenciado pela família e pela comunidade. Ambos são determinantes para mitigar o isolamento e promover uma adaptação saudável à maternidade. O/a parceiro/a desempenha um papel essencial neste processo, influenciando a procura de ajuda profissional. A ausência destes suportes pode comprometer o bem-estar psicológico materno e a qualidade da vinculação com o bebé (Fonseca & Canavarro, 2017; Simpson, 2022; Warren, 2005).

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2018) recomenda que o planeamento dos cuidados pós-parto seja iniciado durante a gravidez, abrangendo dimensões físicas, emocionais e de apoio à amamentação. O regresso a casa após a alta hospitalar é um momento crítico, uma vez que muitas mulheres relatam insegurança quanto aos cuidados ao recém-nascido, à relação conjugal e à gestão emocional. Em Portugal, embora exista legislação que prevê acompanhamento no período pós-parto, a prática revela lacunas devido à insuficiência de recursos e de cuidados comunitários (Direção-Geral da Saúde, 2023; Ribeiro, 2022).

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) assume uma função determinante na promoção da adaptação à parentalidade, apoiando a família, reforçando competências parentais, identificando riscos e promovendo a autoconfiança e a saúde emocional (Carvalho, 2020; Manning, 2008). As orientações da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) destacam a importância da continuidade de cuidados após a alta hospitalar, através de consultas de seguimento presenciais ou *online* e atividades de grupo

(Cardoso et al., 2024). Contudo, a escassez de recursos humanos, a sobrecarga profissional e as desigualdades de acesso evidenciam a necessidade de reforço das políticas e práticas de acompanhamento materno (Brandão, 2022).

Apesar da crescente produção científica sobre maternidade, saúde mental perinatal e políticas de apoio, o conhecimento permanece disperso entre diferentes áreas disciplinares (enfermagem, psicologia, sociologia, saúde pública), o que dificulta a compreensão das necessidades maternas e dos fatores que condicionam a transição para a maternidade.

Segundo a Teoria das Transições de Meleis (2010), compreender as vivências da puérpera torna-se essencial para apoiar processos de adaptação saudáveis.

Assim, esta *scoping review* tem como objetivo mapear a diversidade das vivências maternas na transição para a maternidade durante o período pós-parto, identificando barreiras e facilitadores que influenciam a adaptação e o bem-estar da mulher.

2. METODOLOGIA

A presente *scoping review* foi desenvolvida de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*® (Aromataris & Munn, 2020), iniciada em dezembro de 2024 e atualizada em setembro de 2025, seguindo um protocolo prévio registado no *Open Science Framework* (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/9XB6J>).

A formulação da questão de investigação seguiu a mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto), definida da seguinte forma:

- a) **Participantes:** puérperas;
- b) **Conceitos:** vivências na transição para a maternidade;
- c) **Contexto:** período pós-parto.

Com base nesta estrutura, formulou-se a seguinte questão de investigação:

Quais as vivências da puérpera na transição para a maternidade durante o período pós-parto?

Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os tipos de desenho de estudo, sem limite temporal definido, com resumo e texto integral disponíveis, redigidos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, referentes à espécie humana e que abordassem puérperas adultas (> 18 anos), primíparas ou multíparas sem patologia associada, com recém-nascido saudável e com foco nas vivências maternas durante as primeiras seis semanas após o parto.

Critérios de exclusão

Excluíram-se os estudos que não se enquadravam na temática, nomeadamente:

- os que abordavam a perceção dos profissionais de saúde;
- a perceção das mulheres sobre os cuidados de saúde recebidos;
- o período da infância ou o contexto da pandemia COVID-19.

Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em três fases, seguindo as etapas preconizadas pelo JBI (Aromataris & Munn, 2020), com o objetivo de identificar artigos científicos relevantes para a compreensão da questão de investigação (Amendoeira et al., 2021).

Numa primeira fase, realizou-se uma pesquisa exploratória preliminar nas plataformas *PubMed*, *RCAAP* e *EBSCOhost*, incluindo as bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete* e *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*.

Após a leitura de títulos, resumos e palavras-chave, emergiram os descritores utilizados na pesquisa, posteriormente validados na plataforma *MeSH Browser*.

Foram selecionados os termos *Postpartum Period*, *Midwifery*, *Nursing Care*, *Women*, *Mothers* e *Perception*. Foi acrescentado o termo natural *Experience* por atribuir valor científico à investigação.

Com recurso aos operadores booleanos “AND” e “OR”, definiu-se a expressão final de pesquisa: “*(Postpartum Period) AND (Mothers OR Women) AND (Experience OR Perception) AND (Midwifery OR Nursing Care)*”.

Processo de seleção

O processo de seleção dos estudos encontra-se representado na Figura I - PRISMA 2020 *flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only*.

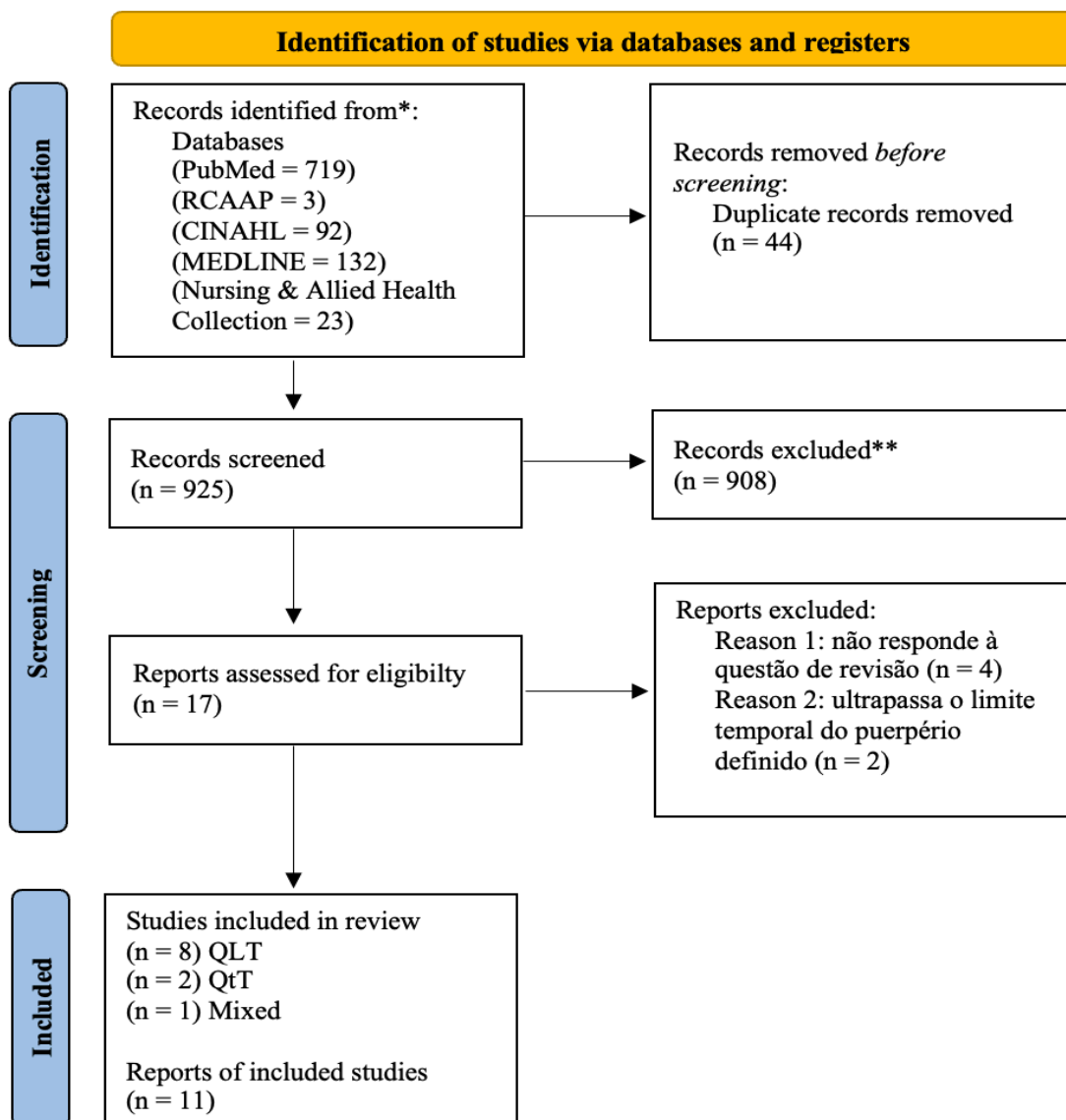
Na primeira fase, *Identification*, foram identificados 969 artigos nas plataformas selecionadas (*PubMed* = 719; *RCAAP* = 3; *EBSCOhost* = 247), tendo sido eliminados 44 artigos duplicados.

Na segunda fase, *Screening*, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, tendo sido excluídos 908 estudos por não cumprirem os critérios de inclusão definidos, totalizando 17 artigos elegíveis. Após a leitura integral dos artigos remanescentes, 6 estudos foram excluídos por não responderem diretamente à questão de investigação ou por incidirem em períodos superiores a seis semanas pós-parto (Apêndice IV).

Na terceira e última fase, *Included*, foram incluídos para análise final 11 artigos, cuja síntese se encontra apresentada na Tabela 3 - extração dos dados dos artigos incluídos e principais descobertas.

A seleção dos estudos e a extração dos dados foram realizadas por dois revisores independentes, de forma cega e paralela. Em caso de discordância entre os revisores, um terceiro revisor seria consultado para alcançar consenso, garantindo o rigor metodológico e a fiabilidade do processo de revisão, situação que não se verificou.

Figura I - PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



Fonte: Adaptado de Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da pesquisa efetuada emergiram 11 artigos para análise, publicados entre 1998 e 2025, desenvolvidos em diferentes países, nomeadamente Brasil, Austrália, China, Japão, Irlanda, Turquia, Singapura, Coreia do Sul e Estados Unidos, refletindo a diversidade das

experiências maternas em diferentes contextos socioculturais. Relativamente à metodologia, foram incluídos oito estudos qualitativos, dois quantitativos e um de metodologia mista. A síntese das principais características dos estudos e das respectivas descobertas encontra-se apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Extração dos dados dos artigos incluídos e principais descobertas

NOME DO ARTIGO/ AUTORES/ANO/PAÍS DE ORIGEM	OBJETIVOS	PARTICIPANTES	METODOLOGIA	RESULTADOS	PRINCIPAIS DESCOBERTAS RELACIONADAS À QUESTÃO DA ScR
<p>1) <i>“Postpartum primipara at home and associated nursing care: Grounded Theory”</i> Kalinowski, L. C., Favero, L., Carraro, T. E., Wall, M. L., & Lacerda, M. R. 2012 Brasil</p>	<p>Compreender como a puérpera primípara vivencia o puerpério no domicílio, com apoio profissional.</p>	<p>16 puérperas primíparas residentes em Curitiba, Brasil, com gestações de baixo risco, em diferentes fases do puerpério (6 no imediato, 6 no precoce e 4 no tardio).</p>	<p>Estudo qualitativo exploratório, desenvolvido segundo a metodologia da <i>Grounded Theory</i>. A recolha de dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas e observação não participante.</p>	<p>O fenómeno central identificado foi <u>“Ser mãe pela primeira vez”</u>, revelando as inseguranças, aprendizagens e transformações vivenciadas pela primípara no domicílio. Emergiram três categorias principais: 1. Cuidar do bebê, surgiram dúvidas na amamentação, banho, e cuidados de higiene, cuidados com o coto umbilical, identificação do choro, vínculo mãe-bebê e proteção. 2. Autoavaliação do desempenho materno, que evidenciou a insegurança inicial, a aquisição gradual de competências e a progressiva conquista de confiança e segurança. 3. Reflexão sobre a maternidade, que incluiu mudanças físicas, emocionais e de rotina, sentimentos de alegria e realização, mas também dor, fadiga, ansiedade e preocupação com o futuro da criança.</p>	<p>As vivências das mulheres revelaram-se ambivalentes, conjugando sentimentos de satisfação e realização com percepções de insegurança e dificuldade. O apoio familiar e profissional emergiu como elemento central para superar os desafios, sendo o enfermeiro reconhecido como um suporte fundamental. Contudo, persistem lacunas, nomeadamente no apoio à amamentação. O estudo evidencia a complexidade da transição para a maternidade, marcada por processos de aprendizagem, redefinição identitária e pela necessidade de um suporte contínuo.</p>

<p>2) “Cambodian migrant women's postpartum experiences in Victoria, Australia” Hoban, E.; Liamputtong, P. 2013 Austrália</p>	<p>Compreender as experiências de mulheres migrantes cambojanas no período pós-parto, que se tornaram mães pela primeira vez em Victoria, Austrália, entre 2000 e 2010.</p>	<p>Vinte puérperas migrantes cambojanas, primíparas, com idades entre 21 e 30 anos, residentes em Victoria, Austrália.</p>	<p>Estudo qualitativo de natureza etnográfica, que utiliza entrevistas semiestruturadas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. As mulheres receberam apenas uma ou duas visitas de parteiras nos primeiros 10 dias após o parto e, depois, ficaram sem acompanhamento até às 4–6 semanas. 2. A ausência de familiares do sexo feminino em casa levou a sentimentos de solidão, ansiedade e sobrecarga no cuidado ao recém-nascido. 3. Muitas mulheres tiveram dificuldades em estabelecer a amamentação, introduzindo leite artificial nos primeiros dias. 4. As práticas tradicionais <i>khmer</i> (como consumo de alimentos “quentes” e confinamento pós-parto) foram mantidas de forma parcial, frequentemente apoiadas por contactos telefônicos com familiares no Camboja. 5. As mulheres relataram dor física (ex. episiotomia), isolamento social e sintomas compatíveis com depressão pós-parto. 6. O apoio limitado dos maridos e a falta de serviços de saúde culturalmente sensíveis contribuíram para maior sofrimento. 	<p>O estudo mostra que mulheres migrantes em contexto ocidental enfrentam uma dupla transição, materna e cultural, que as expõe a riscos de isolamento, dificuldades na amamentação, no autocuidado e sofrimento psicológico. A vivência foi marcada por solidão, vulnerabilidade e distância das redes de apoio, o que dificultou a adaptação à maternidade. A cultura de origem e a ausência de suporte familiar foram fatores inibidores, enquanto o apoio empático de profissionais de saúde e a espiritualidade facilitaram a transição. Os autores defendem a implementação de modelos de cuidados liderados por enfermeiras parteiras, com visitas domiciliares, apoio linguístico e articulação com serviços comunitários.</p>
--	---	--	--	---	--

<p>3) “Perception of pregnant and primiparous women on motherhood” Demarchi, R. F., Nascimento, V. F., Borges, A. P., Terças, A. C. P., Grein, T. A. D., & Baggio, E. 2017 Brasil</p>	<p>Explorar a percepção de grávidas e puérperas primíparas sobre a maternidade e captar a evolução das percepções sobre a maternidade ao longo da transição do ciclo gravídico-puerperal.</p>	<p>11 mulheres primíparas, com idades entre 18 e 31 anos, residentes no município de Tangará da Serra (Mato Grosso, Brasil), entrevistadas no terceiro trimestre de gravidez e novamente no puerpério tardio.</p>	<p>Estudo qualitativo, exploratório-descritivo. A recolha de dados realizou-se através de entrevistas semiestruturadas em duas fases (gravidez e puerpério).</p>	<p>Emergiram três categorias principais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reorganização da dinâmica familiar: As mulheres relataram mudanças significativas na identidade familiar, na rotina e nos papéis sociais após a maternidade. Questões financeiras e a ausência de rede de apoio foram apontadas como barreiras que dificultaram a adaptação à nova fase; 2. Desafios em se ver como mãe: As participantes descreveram a transição para o papel materno como um processo ambivalente, permeado por sentimentos de felicidade e realização, mas também de medo, ansiedade e insegurança diante das novas responsabilidades. As mudanças corporais e limitações físicas, especialmente após cesariana, foram mencionadas como desafios. A maternidade foi vivida como um período de redefinição identitária e emocional, exigindo aprendizagem e ajustamento; 3. Atuação do profissional de saúde na transição para o papel materno: O acompanhamento durante a gravidez foi avaliado como positivo e útil, embora algumas mulheres tenham referido frustração com abordagens demasiado teóricas e pouco 	<p>A investigação evidencia que a transição para a maternidade envolve mudanças identitárias, emocionais e práticas que afetam não apenas a mulher, mas toda a dinâmica familiar. As primíparas experienciam sentimentos contraditórios, enfrentam sobrecarga física e emocional e dependem fortemente de redes de apoio para conseguirem adaptar-se ao novo papel. O estudo reforça a necessidade de consultas pré-natais e pós-parto que valorizem a escuta ativa, a preparação emocional e a inclusão da família no processo de transição, para que se torne mais segura e humanizada.</p>
--	---	---	--	---	---

				práticas. As participantes destacaram a importância de uma atuação mais próxima e empática por parte dos profissionais de saúde, valorizando o apoio contínuo e personalizado no processo de adaptação ao novo papel.	
<p>4) <i>“Postnatal experiences and support needs of first-time mothers in Singapore: a descriptive qualitative study”</i></p> <p>Ong, S. F., Chan, W.-C. S., Shorey, S., Chong, Y. S., Klainin-Yobas, P., & He, H.-G.</p> <p>2014</p> <p>Singapura</p>	Explorar as vivências e necessidades de apoio de puérperas primíparas após a alta hospitalar, em Singapura.	13 puérperas primíparas, com no mínimo 21 anos, entrevistadas entre o 7º e 11º dia pós-alta.	Estudo qualitativo descritivo, tendo sido utilizadas entrevistas semiestruturadas.	Foram identificados cinco temas principais: <ol style="list-style-type: none"> 1. Emoções ambivalentes – As mães relataram sentimentos de ansiedade, insegurança e instabilidade emocional ao regressar a casa, associando o período inicial a <i>stress</i> e sobrecarga. O medo de não conseguir cuidar adequadamente do bebê e a privação de sono foram recorrentes. 2. Preocupações com a amamentação – As mulheres referiram dificuldades na amamentação e o aparecimento de várias dúvidas sobre o tema; Muitas recorreram a leite artificial em última instância. 3. Apoio social – A maioria recebeu ajuda de familiares, mas observou-se fraco envolvimento dos maridos e ausência de suporte emocional consistente. 4. Práticas culturais pós-natais – As participantes seguiram, de forma variável, rituais tradicionais chineses de 	O estudo demonstra que o pós-parto é um período de vulnerabilidade física e emocional para as mães primíparas. A ausência de apoio após a alta hospitalar, aliada às pressões culturais e familiares, compromete o bem-estar e a autoconfiança materna. O apoio profissional (especialmente enfermeiras) foi identificado como um fator essencial para a adaptação à maternidade, para o sucesso da amamentação e para a prevenção de sintomas de ansiedade e depressão. As mulheres manifestaram interesse em visitas domiciliares, principalmente na primeira semana após a alta. A experiência das participantes reforça que a transição para a maternidade requer intervenções precoces e culturalmente adequadas, capazes de promover o empoderamento e o bem-estar familiar.

				<p>“confinamento” (resguardo e dieta específica). Embora algumas os vissem como protetores, outras sentiam-nos como restritivos e com caráter de obrigatoriedade.</p> <p>5. Necessidade de apoio profissional – As mães expressaram carência de visitas domiciliárias, de informação pós-natal e de acompanhamento contínuo por enfermeiras. Relataram sensação de abandono entre a alta hospitalar e a consulta de revisão às 6 semanas.</p>	
<p>5) <i>“Positive postnatal wellbeing: what works for women”</i></p> <p>Hannon, S., Newnham, E., Hannon, K., Wuytack, F., Johnson, L., McEvoy, E., & Daly, D.</p> <p>2022</p> <p>Irlanda</p>	<p>Explorar as percepções das mulheres sobre fatores que promovem o bem-estar no pós-parto.</p>	<p>Foram realizadas entrevistas a 24 puérperas que tiveram o parto numa maternidade na Irlanda, entre junho e setembro de 2018. (O artigo não especifica se as participantes eram primíparas ou multíparas, nem define com precisão a idade das mulheres ou a fase do puerpério em que as entrevistas decorreram).</p>	<p>Estudo qualitativo descritivo. Os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas.</p>	<p>Surgiram três temas principais:</p> <p>1. Tom do cuidado – As mulheres enfatizaram que a forma como os profissionais de saúde comunicam, demonstram empatia e as tratam, influencia profundamente a sua percepção do pós-parto. Um tom acolhedor e respeitoso gera confiança, segurança e satisfação; já atitudes distantes ou paternalistas resultam em frustração e vulnerabilidade.</p> <p>2. Presença e apoio pós-parto – O apoio contínuo de parteiras e enfermeiras foi um dos aspetos mais valorizados. As mulheres destacaram a importância do acompanhamento (sobretudo na amamentação) e do apoio emocional nas primeiras semanas</p>	<p>O estudo contribui para a compreensão das vivências da puérpera na transição para a maternidade, evidenciando que o bem-estar no pós-parto resulta da interação de fatores relacionais, profissionais e estruturais. A qualidade das relações com os profissionais de saúde, o apoio emocional contínuo e a empatia na prestação de cuidados são determinantes na percepção positiva da experiência materna. Mulheres que sentiram presença, escuta ativa e continuidade de cuidados relataram maior autoconfiança e adaptação à maternidade. Por outro lado, a falta de apoio social e a pressão para retomar rapidamente as atividades</p>

				<p>após o parto. Serviços acessíveis e visitas domiciliares foram considerados essenciais para promover o bem-estar e reduzir o isolamento.</p> <p>3. Flexibilidade para novas famílias – As participantes referiram a necessidade de políticas laborais e sociais mais adaptadas ao período pós-parto, incluindo licenças parentais flexíveis e suporte às famílias que regressam ao trabalho. A falta de medidas de apoio institucional foi percebida como um entrave à recuperação e ao equilíbrio familiar.</p>	<p>habituais geraram <i>stress</i> e sentimento de desamparo. Os autores defendem a necessidade de cuidados centrados na mulher, integrando componentes emocionais, sociais e de empoderamento, e de políticas públicas flexíveis que reconheçam a maternidade como um período de transição complexo.</p>
<p>6) “Early Postpartum Discharge: How Are Mothers Managing?” Fishbein, E. G.; Burggraf, E. 1998 EUA</p>	<p>Descrever as preocupações das mães após alta hospitalar precoce ($\leq 48h$), avaliando os efeitos da redução do tempo de internamento na adaptação ao pós-parto e à maternidade, bem como as suas capacidades funcionais ao fim de um mês de pós-parto.</p>	<p>100 puérperas saudáveis, sem complicações obstétricas, com alta hospitalar até 48h após o parto, sendo que foi aplicado o questionários na 2ª e 4ª semana pós-parto.</p>	<p>Estudo quantitativo descritivo. Recolha de dados através de questionários enviados por correio às 2 e 4 semanas pós-parto.</p>	<p>→ As preocupações fisiológicas das puérperas relacionaram-se principalmente com as suturas perineais, os cuidados mamários, a imagem corporal e a fadiga, revelando um processo de recuperação física desafiante nas primeiras semanas após o parto. → Cerca de 25% das participantes apresentaram sintomas compatíveis com depressão nas duas semanas pós-parto e 40% relataram episódios de exaustão extrema e falta de motivação ao final de um mês, referindo dias em que nem conseguiam vestir-se. → As mulheres demonstraram dificuldades em conciliar o autocuidado com o cuidado ao recém-nascido, expressando sentimentos</p>	<p>O estudo mostra que a alta precoce condiciona negativamente a experiência de transição para a maternidade, ao reduzir o contacto com profissionais de saúde e o tempo para aprendizagem e apoio emocional. As participantes revelaram preocupações intensas com o corpo, o cansaço e o desempenho materno, bem como sentimentos de solidão e ansiedade associados à adaptação pós-parto. Embora seja um estudo de 1998, continua a refletir práticas ainda atuais, uma vez que a maioria das puérperas saudáveis em Portugal recebe alta hospitalar às 48 horas e não dispõe de apoio estruturado</p>

				de isolamento, ansiedade e sobrecarga emocional. Mais de metade afirmou que procuraria apoio de enfermagem caso houvesse possibilidade, salientando a necessidade de acompanhamento profissional precoce e contínuo. → Observou-se ainda que as mulheres de idade materna mais avançada apresentaram uma melhor adaptação funcional ao fim de um mês, sugerindo que a experiência de vida pode constituir um fator protetor no processo de ajustamento pós-parto.	após a alta. Apesar da abordagem quantitativa, os resultados contribuem para a compreensão das vivências das puérperas, marcadas por sentimentos de vulnerabilidade, insegurança e necessidade de suporte, evidenciando a relevância dos cuidados de enfermagem de continuidade na promoção do bem-estar e na facilitação da adaptação ao novo papel materno.
7) <i>“The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: a qualitative exploratory study”</i> Xiao, X., Ngai, F. W., Zhu, S. N., & Loke, A. Y. 2019 China	Explorar as preocupações, experiências e necessidades de saúde de mulheres nas primeiras 6 semanas após o parto.	22 puérperas (14 primíparas e 8 múltíparas), entre os 22 e 43 anos, selecionadas no <i>Shenzhen Maternity and Child Healthcare Hospital</i> durante as consultas de revisão.	Estudo qualitativo exploratório, com amostragem intencional. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas presenciais.	Emergiram seis temas principais: 1. Necessidade de autocuidado das mulheres; 2. Competência no cuidado ao recém-nascido; 3. Envolvimento da família no cuidado materno e infantil, com destaque para o papel do pai e das avós; 4. Conflitos familiares intergeracionais sobre práticas de cuidado e alimentação; 5. Preparação para a transição para a parentalidade/avós, incluindo necessidades de formação e apoio emocional para pais e avós; 6. Necessidade de serviços domiciliários abrangentes e/ou disponibilidade de consultas <i>online</i> .	O estudo contribui para compreender as experiências maternas no pós-parto, evidenciando que esta fase é marcada pela necessidade de equilíbrio entre a recuperação física, a aquisição de competências parentais e a gestão das dinâmicas familiares. As primíparas manifestaram maior insegurança face aos cuidados com o recém-nascido, sentindo-se ansiosas e incapazes perante o choro do bebé, já as múltíparas mostraram-se mais confiantes na interpretação das necessidades do bebé. O apoio do parceiro e da família pode atuar tanto como facilitador quanto como barreira na transição para a maternidade. Em ambos os grupos, o apoio profissional foi

					<p>valorizado como essencial para promover tranquilidade e facilitar a adaptação à maternidade.</p> <p>O estudo contribui para compreender as experiências maternas no pós-parto, evidenciando que esta fase é marcada pela necessidade de equilíbrio entre a recuperação física, a aquisição de competências parentais e a gestão das dinâmicas familiares. As primíparas manifestaram maior insegurança face aos cuidados com o recém-nascido, sentindo-se ansiosas e incapazes perante o choro do bebé, enquanto as múltiparas mostraram maior confiança na interpretação das necessidades do bebé.</p> <p>O apoio do parceiro e da família revelou-se ambivalente, pode atuar tanto como facilitador quanto como barreira na transição para a maternidade. As participantes identificaram lacunas significativas no apoio profissional após a alta hospitalar e valorizaram as visitas domiciliárias como estratégia essencial para promover segurança, confiança e bem-estar.</p>
--	--	--	--	--	--

<p>8) “Clarifying the transition to motherhood based on the experiences of mothers receiving continuous child-rearing support”</p> <p>Itai, M., Harada, S., Nakazato, R., & Sakurai, S.</p> <p>2022</p> <p>Japão</p>	<p>Compreender o processo de transição para a maternidade com base nas experiências de mães que recebem apoio contínuo na criação dos filhos, identificando facilitadores e barreiras na adaptação ao papel materno.</p>	<p>Treze mães japonesas com bebês saudáveis que beneficiaram de programas comunitários de apoio à parentalidade. O artigo não especifica a paridade das participantes nem a fase do puerpério em que se encontravam.</p>	<p>Estudo qualitativo sustentado na Teoria da Transição de Meleis, utilizando análise de conteúdo direcionada para interpretar as experiências maternas no contexto de apoio contínuo à parentalidade.</p>	<p>Foram identificados três temas principais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Propriedades da transição – envolvimento proativo durante a gravidez, o parto e os cuidados ao bebê; 2. Condições da transição – bem-estar físico e emocional, presença de apoio familiar e comunitário e oportunidades de reflexão sobre o papel materno; 3. Padrões de resposta – desenvolvimento de sentimento de pertença, construção de novos relacionamentos e reformulação da identidade materna. As participantes que receberam apoio contínuo e se envolveram ativamente no processo de cuidar referiram maior confiança, competência e equilíbrio emocional na maternidade. 	<p>O estudo contribui para compreender as vivências da mulher na transição para a maternidade, evidenciando que o apoio social e comunitário exerce um papel determinante na construção da identidade materna e na redução do isolamento. Demonstra que a continuidade dos cuidados e o estabelecimento de redes de suporte favorecem o bem-estar, a confiança e consequentemente a adaptação ao novo papel materno.</p>
<p>9) “Chinese primiparous women’s experiences of the traditional postnatal practice of ‘Doing the month’: a descriptive method study”</p> <p>Zheng, X., Morrell, J., & Watts, K.</p> <p>2019</p> <p>China</p>	<p>Explorar as experiências de puérperas primíparas chinesas relativamente à prática tradicional de “Fazer o mês” (Zuoyuezi) e compreender os fatores associados à satisfação ou insatisfação com essa prática no primeiro mês após o parto.</p>	<p>420 mulheres primíparas chinesas recrutadas em puerpérios de três hospitais na cidade de Xiamen, China. Foram incluídas mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com parto de termo e recém-nascido saudável, capazes de ler e escrever em mandarim e sem</p>	<p>Estudo descritivo com abordagem mista (quantitativa e qualitativa). Os dados foram recolhidos em dois momentos: o primeiro questionário foi aplicado pessoalmente às participantes três dias após o parto e incluiu informações sociodemográficas e clínicas (idade,</p>	<p>→ A maioria das mulheres inquiridas (91,4%) considerou a prática de “Fazer o mês” necessária e seguiu as recomendações tradicionais por iniciativa própria. A média de satisfação foi de 68</p> <p>→ A idade média das participantes foi de 27,3 anos. Mais de metade possuía formação superior (61,8%) e um emprego qualificado (71,4%), e cerca de 44% apresentavam rendimento familiar superior a 5.000 <i>yuans</i> por</p>	<p>O estudo demonstra que a transição para a maternidade, no contexto chinês, é fortemente influenciada por valores culturais e familiares. A prática de “Fazer o mês” constitui simultaneamente um espaço de proteção e de limitação, onde a mulher vivencia sentimentos contraditórios entre o cuidado recebido e a perda de autonomia. A satisfação depende, em grande medida, do apoio emocional e do tipo de relação estabelecida com os familiares, em</p>

		<p>complicações clínicas relevantes. Destas, apenas 304 responderam ao questionário de seguimento seis semanas após o parto, correspondendo a uma taxa de resposta de 73,1%.</p>	<p>escolaridade, rendimento, ocupação, tipo de parto e sexo do bebê); o segundo foi enviado por correio eletrônico seis semanas após o parto e abordou as atitudes e o nível de satisfação das mulheres com a prática de “Fazer o mês”, através de uma escala de 0 a 100 pontos, e uma questão aberta sobre as razões da sua satisfação ou insatisfação. Os dados quantitativos foram analisados com recurso ao software SPSS e os dados qualitativos foram submetidos a análise temática manual.</p>	<p>mês. Quase metade teve parto vaginal normal (49,7%). Verificou-se que 91,4% das mulheres consideraram a prática de “Fazer o mês” necessária e a realizaram por iniciativa própria, enquanto 8,6% a seguiram por imposição da família, nomeadamente da mãe ou sogra. 23% das mulheres se mostraram insatisfeitas (pontuação < 50) e 47,4% bastante satisfeitas (pontuação > 70). → A análise qualitativa revelou que muitas mulheres valorizaram o período de “Fazer o mês” por lhes proporcionar descanso, apoio familiar e oportunidade de recuperação física. Relataram sentimentos de felicidade, orgulho e realização ao cuidar do bebê, reconhecendo o papel importante da mãe e da sogra como cuidadoras. Algumas referiram que manter uma atitude positiva e apreciativa face às gerações mais velhas contribuiu para reforçar os laços familiares e melhorar a convivência durante o puerpério. → Por outro lado, várias participantes expressaram sentimentos de frustração e desconforto, descrevendo a experiência como fisicamente e emocionalmente extenuante. Muitas relataram cansaço devido às restrições e tabus associados à prática, como a proibição de lavar o cabelo, tomar banho ou sair de casa, e a imposição de uma dieta rica em determinados alimentos. Outras mencionaram conflitos com a sogra, frequentemente</p>	<p>especial com a sogra. As autoras sublinham que os enfermeiros e parteiras devem compreender a relevância cultural destas práticas e adaptar os cuidados de enfermagem de modo culturalmente sensível, conciliando as crenças tradicionais com intervenções que promovam o conforto, a autonomia e o empoderamento da puérpera.</p>
--	--	--	---	---	---

				<p>relacionados com diferenças geracionais e divergências sobre a alimentação ou os cuidados ao bebê, bem como a falta de apoio efetivo dos maridos. Algumas mulheres descreveram sentimentos de solidão, desvalorização e desilusão, especialmente quando as expectativas em relação ao “Fazer o mês” não foram correspondidas. Em certos casos, a excessiva dependência da família e as normas rígidas associadas à tradição interferiram na autonomia e na autoconfiança materna.</p> <p>→ Os resultados evidenciam que, embora a prática tradicional possa favorecer a recuperação física e o sentimento de pertença cultural, também pode gerar tensão, desconforto e conflitos intergeracionais. A experiência revelou-se ambivalente, marcada pela coexistência de satisfação e frustração, descanso e restrição, apoio e controlo. As mulheres expressaram a necessidade de uma abordagem mais equilibrada, que respeite as tradições, mas que, simultaneamente, valorize a individualidade e o bem-estar materno.</p>	
<p>10) <i>“Psychosocial needs and maternal stress experiences of women in the postpartum period”</i></p>	<p>Explorar as experiências das mulheres durante as primeiras seis semanas após o parto, de modo a compreender como estas vivências</p>	<p>Participaram 10 puérperas acompanhadas num centro de saúde familiar em Istambul, Turquia. O grupo incluía 6 primíparas e 4</p>	<p>Estudo qualitativo exploratório-descritivo. A recolha de dados foi efetuada através de entrevistas semiestruturadas presenciais, realizadas</p>	<p>Da análise emergiram quatro temas principais:</p> <p>1. Causas de stress – as mais referidas pelas mulheres incluíram a fadiga, a privação de sono, as dores físicas e o</p>	<p>Este estudo realça a intensa vulnerabilidade emocional vivida no puerpério e reforça a importância de equilíbrio entre o apoio familiar e o acompanhamento profissional para o bem-estar da mulher.</p>

<p>Kilavuz, M. & Topaloğlu, S.</p> <p>2025</p> <p>Turquia</p>	<p>influenciam o bem-estar materno e neonatal.</p>	<p>multíparas, com idades compreendidas entre os 20 e os 38 anos, todas com recém-nascidos saudáveis e partos de termo. As entrevistas foram realizadas entre a 2ª e a 6ª semana pós-parto.</p> <p>As participantes eram maioritariamente turcas (80%), sendo as restantes migrantes residentes na região (20%).</p>	<p>entre a segunda e a sexta semana de puerpério.</p>	<p>desconforto corporal após o parto, as dificuldades na amamentação e as exigências do cuidado ao recém-nascido. As primíparas expressaram maior insegurança e medo de cometer erros, enquanto as multíparas referiram sobrecarga e dificuldade em conciliar os cuidados com o recém-nascido e os outros filhos. Em ambas, o isolamento social, as tarefas domésticas acumuladas e a falta de tempo para o autocuidado foram apontados como fatores agravantes.</p> <p>2. Expressão e interpretação do stress - as participantes relataram episódios de choro, irritabilidade, hipersensibilidade emocional e sintomas somáticos, como dor de cabeça e tensão muscular. A maioria reconheceu que o puerpério é uma fase de vulnerabilidade emocional, influenciada tanto pelas alterações hormonais como pelas dinâmicas familiares e pelo apoio (ou falta dele) recebido.</p> <p>3. Fontes de apoio - a família, particularmente a mãe e o marido, foi descrita como o principal suporte afetivo e prático. Contudo, a qualidade desse apoio variou: algumas mulheres relataram sentir-se cuidadas e valorizadas, enquanto outras referiram críticas, falta de</p>	<p>A presença de redes de apoio empáticas e o envolvimento da pessoa significativa contribuem para uma transição mais tranquila e segura; inversamente, a ausência de suporte e as críticas familiares amplificam sentimentos de isolamento e de incapacidade.</p> <p>As autoras reforçam a importância do EEESMO na deteção precoce de sinais de <i>stress</i> e sobrecarga, e na implementação de estratégias de apoio psicossocial personalizadas, que promovam o empoderamento e a confiança da mulher.</p>
---	--	--	---	--	---

				<p>empatia ou interferências excessivas nos cuidados ao bebê. As mulheres migrantes destacaram a ausência de rede de apoio e as barreiras culturais como fatores que aumentaram o isolamento e a ansiedade.</p> <p>4. Necessidades de apoio psicossocial - as mulheres desejavam maior acompanhamento profissional nas primeiras semanas pós-parto, idealmente através de visitas domiciliares realizadas por enfermeiros, com orientações sobre autocuidado, amamentação e saúde emocional. Também valorizavam a criação de grupos de apoio entre mães, facilitados por enfermeiros ou parteiras, como forma de partilha de experiências e reforço da autoconfiança.</p>	
<p><i>11)</i> “Factors influencing quality of life in early postpartum women”</p> <p>Jeong, Y.-J., Nho, J.-H., Kim, H. Y., & Kim, J. Y.</p> <p>2021</p> <p>Coreia do Sul</p>	<p>Identificar os fatores que influenciam a qualidade de vida de puérperas nas primeiras seis semanas após o parto.</p>	<p>179 puérperas até às seis semanas pós-parto, selecionadas em quatro serviços de puerpério da Coreia do Sul. Todas as participantes eram adultas (≥ 20 anos), com gravidez de termo, recém-nascido saudável a ser amamentado, sem patologia materna significativa e com companheiro presente.</p>	<p>Estudo quantitativo, transversal e correlacional. Os dados foram recolhidos através de questionários que incluíram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Qualidade de Vida Materna Pós-parto (MAPP-QOL) • Escala de Fadiga Pós-parto (FCF) 	<p>→ A média da qualidade de vida foi moderada.</p> <p>→ A intimidade conjugal foi o fator mais influente na qualidade de vida.</p> <p>→ Outros fatores significativos incluíram fadiga pós-parto, depressão pós-parto, adaptação à amamentação e empregabilidade.</p> <p>→ As mulheres mais jovens, empregadas, com maior rendimento familiar e com rede de apoio, relataram melhor qualidade de vida.</p>	<p>O estudo contribui para uma visão mais abrangente da transição para a maternidade, permitindo identificar fatores que condicionam o bem-estar e o adaptação ao novo papel materno. Demonstra que a qualidade de vida no pós-parto resulta de uma interação entre fatores físicos, emocionais e relacionais. A intimidade conjugal foi destacada, revelando a importância do suporte do parceiro no bem-estar materno. A amamentação</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) • Escala de Intimidade Conjugal (MI) • Escala de Adaptação à Amamentação (BFAS) 		<p>influencia significativamente a vida das mulheres e podem aumentar a possibilidade de depressão. Estes achados reforçam a necessidade de cuidados pós-parto que integrem intervenções não só clínicas, mas também psicossociais e familiares, visando melhorar o bem-estar das mulheres e facilitar a sua transição para a maternidade.</p>
--	--	--	---	--	--

A análise foi guiada pela Teoria das Transições de Afaf Meleis, que entende o pós-parto como uma mudança desenvolvimental e situacional, influenciada por condições pessoais, relacionais e contextuais, nas quais o enfermeiro assume uma ação facilitadora na adaptação ao novo papel materno.

Foram identificados **cinco** temas principais:

Vivências emocionais e psicológicas (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hannon et al., 2022; Hoban & Liamputtong, 2013; Itai et al., 2022; Jeong et al., 2021; Kalinowski et al., 2012; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2019; Zheng et al., 2019);

Mudanças corporais e repercussões na autoimagem (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hoban & Liamputtong, 2013; Itai et al., 2022; Jeong et al., 2021; Kalinowski et al., 2012; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Xiao et al., 2019; Zheng et al., 2019);

Processo de construção da identidade materna (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hannon et al., 2022; Hoban & Liamputtong, 2013; Itai et al., 2022; Jeong et al., 2021; Kalinowski et al., 2012; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2019; Zheng et al., 2019);

A importância do apoio formal e informal recebido (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hannon et al., 2022; Hoban & Liamputtong, 2013; Itai et al., 2022; Jeong et al., 2021; Kalinowski et al., 2012; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2019; Zheng et al., 2019);

Implicações para a prática do EEESMO (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hannon et al., 2022; Hoban & Liamputtong, 2013; Itai et al., 2022; Jeong et al., 2021; Kalinowski et al., 2012; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2019; Zheng et al., 2019).

3.1 Vivências emocionais e psicológicas

A transição para a maternidade é reconhecida como um período de grande vulnerabilidade emocional, frequentemente acompanhada de sentimentos ambivalentes, como a alegria, o amor, a realização por ter o bebê nos braços e a ansiedade, o medo, o *stress* e a incerteza face às novas responsabilidades (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hannon et al., 2022; Hoban & Liamputtong, 2013; Itai et al., 2022; Kalinowski et al.,

2012; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2019; Zheng et al., 2019). Raneberg e MacCallum (2023) corroboram esta ambivalência de sentimentos, acrescentando que, quando não reconhecida, pode intensificar a ansiedade e a sensação de fracasso.

Todos os autores incluídos nesta revisão reconhecem que a insegurança, a ansiedade e a fadiga agravam a instabilidade emocional e dificultam a adaptação da mulher ao papel materno. Além disso, Kilavuz e Topaloğlu (2025) e Xiao et al. (2019) salientam que a privação de sono, principalmente nas mulheres que amamentam exclusivamente, constitui igualmente um fator relevante que compromete o processo de transição para a maternidade.

Nas primeiras semanas, as mulheres relatam frequentemente crises de choro, medo de falhar e sentimentos de inadequação perante as novas responsabilidades inerentes ao cuidado do recém-nascido (Demarchi et al., 2017; Kalinowski et al., 2012). As mulheres migrantes destacam ainda a solidão, a ausência de apoio familiar e as barreiras linguísticas como fatores que intensificam o sofrimento emocional (Hoban & Liamputtong, 2013; Xiao et al., 2019; Zheng et al., 2019). Em concordância, Fair et al. (2020) reforçam que estas barreiras, associadas ao desconhecimento do sistema de saúde e à escassez de redes de apoio, agravam a vulnerabilidade emocional das mulheres migrantes durante o pós-parto.

Estes resultados, comuns a diferentes contextos culturais, revelam que a vulnerabilidade psicológica é universal, embora mais acentuada quando existe falta de suporte emocional.

De acordo com Meleis (2010), as emoções vivenciadas durante a transição são indicadores do grau de envolvimento e da capacidade de adaptação da mulher. A ansiedade, o medo e a exaustão não representam falhas, mas antes sinais de um processo de redefinição identitária. O reconhecimento de que a instabilidade emocional constitui parte integrante desta reconstrução ajuda a reduzir sentimentos de culpa e a fortalecer a percepção de competência materna (Demarchi et al., 2017; Hannon et al., 2022; Itai et al., 2022; Kalinowski et al., 2012).

Para além das dimensões emocionais, as mudanças corporais constituem igualmente um aspeto crucial na experiência da maternidade.

3.2 Mudanças corporais e repercussões na autoimagem

O corpo feminino, após o parto, torna-se simultaneamente fonte de orgulho e de desconforto (Jeong et al., 2021; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Xiao et al., 2019). Esta ambivalência é corroborada por Watson et al. (2015), ao referirem que muitas mulheres, durante a gravidez, descrevem o corpo como fonte de vida e feminilidade, mas que no

puerpério, surge uma sensação de desconexão com o próprio corpo, percebendo-o como irreconhecível ou deixando de lhes pertencer.

Durante as primeiras semanas, muitas mulheres sentem-se menos funcionais e revelam dificuldade em retomar as rotinas básicas, enquanto as alterações físicas, a fadiga e a dor são frequentemente associadas a sentimentos de vulnerabilidade e diminuição da autoestima (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hoban & Liamputtong, 2013; Jeong et al., 2021; Kalinowski et al., 2012; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Xiao et al., 2019; Zheng et al., 2019).

Jeong et al. (2021) identificaram a fadiga, a dor perineal, a incontinência urinária, a dispareunia e as alterações na imagem corporal como fatores que reduzem a qualidade de vida materna.

Kilavuz e Topaloğlu (2025) salientam que a valorização social do corpo ideal contribui para sentimentos de inadequação, levando muitas mulheres a experienciar a recuperação física como um processo solitário e silencioso. Nagl et al. (2021) acrescentam que a exposição a padrões corporais idealizados, particularmente através das redes sociais, pode comprometer o autocuidado e a satisfação corporal no pós-parto.

Em determinados contextos, as normas culturais e familiares moldam igualmente a forma como as mulheres percebem e cuidam do próprio corpo. Hoban e Liamputtong (2013) descrevem que, entre mulheres migrantes, as tradições culturais e as expectativas familiares influenciam as percepções de pureza, repouso e reinício das atividades, condicionando o autocuidado e a relação com o corpo. De modo semelhante, Zheng et al. (2019) destacam que as práticas tradicionais do “fazer o mês” promovem o repouso e a recuperação física, mas podem também limitar a autonomia feminina e restringir a expressão das suas necessidades.

Kalinowski et al. (2012) e Demarchi et al. (2017) evidenciam que o autocuidado é frequentemente deixado para segundo plano, uma vez que a atenção recai quase exclusivamente sobre o recém-nascido. Esta negligência do próprio corpo pode agravar o desgaste físico e emocional e contribuir para sintomas depressivos e para uma percepção negativa de si própria.

A autoimagem no puerpério encontra-se profundamente ligada à forma como a mulher integra o corpo real no seu autoconceito. Itai et al. (2022) demonstram que, com apoio contínuo e reconhecimento por parte dos profissionais e da família, as mulheres aprendem gradualmente a aceitar as mudanças físicas e emocionais inerentes à maternidade, reinterpretando-as como parte da transição materna.

3.3 Processo de construção da identidade materna

A transição para a maternidade representa um processo complexo de reconstrução identitária, que exige da mulher uma reorganização do seu “eu” e dos papéis que desempenha. Envolve não apenas uma redefinição pessoal, mas também uma transformação das relações enquanto esposa, filha e membro da sociedade, implicando uma reorganização de papéis e responsabilidades (Demarchi et al., 2017; Hannon et al., 2022; Hoban & Liamputtong, 2013; Itai et al., 2022; Kalinowski et al., 2012; Xiao et al., 2019).

As mulheres relatam que a experiência real da maternidade se distancia da imagem romantizada divulgada socialmente, o que contribui para sentimentos de solidão e insegurança (Demarchi et al., 2017; Hannon et al., 2022; Hoban & Liamputtong, 2013; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2019).

Kalinowski et al. (2012) e Demarchi et al. (2017) referem que esta redefinição pessoal implica uma transição do foco de si própria para o bebê, podendo provocar uma sensação de perda da identidade anterior. Contudo, com o tempo, o desenvolvimento de competências no cuidado e o fortalecimento do vínculo com o bebê reforçam a autoconfiança, a percepção de competência e a aceitação do novo papel materno (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Itai et al., 2022; Jeong et al., 2021; Kalinowski et al., 2012).

A dimensão cultural também influencia este processo, Hoban e Liamputtong (2013), Xiao et al. (2019) e Zheng et al. (2019) demonstram que a identidade materna é moldada por normas e expectativas sociais, sendo fortalecida quando existe reconhecimento familiar e pertença cultural e fragilizada em situações de isolamento ou conflito de valores.

Hannon et al. (2022), Itai et al. (2022) e Ong et al. (2014) demonstram que o apoio e o reconhecimento por parte dos profissionais de saúde, do companheiro e da família contribuem para reforçar a autoestima e a valorização pessoal.

Assim, como evidenciado por Mercer (2004), a identidade materna não se estabelece de forma imediata, mas resulta de um processo que se inicia na gravidez e se desenvolve durante o puerpério, através do vínculo com o bebê e do reconhecimento de si mesma como cuidadora, construindo um sentido de pertença e continuidade no seu novo papel.

3.4 A importância do apoio formal e informal recebido

O apoio social é amplamente reconhecido como um fator determinante na adaptação à maternidade, podendo ocorrer através de redes formais e informais. De acordo com Fonseca e Canavarro (2017), o apoio informal corresponde às redes pessoais: família,

companheiro/a, amigos e comunidade, enquanto o apoio formal é prestado por profissionais e instituições de saúde, sendo ambos complementares na promoção do bem-estar e na adaptação da mulher ao novo papel (DGS, 2023; Meleis, 2010).

O apoio informal constitui o primeiro recurso das mulheres, desempenhando um papel essencial na estabilidade emocional, na satisfação com a maternidade, no reforço da confiança nas suas capacidades e na redução da sobrecarga emocional. O envolvimento do(a) parceiro(a) é particularmente valorizado, sendo apontado como essencial para o equilíbrio emocional e para o fortalecimento do vínculo familiar (Demarchi et al., 2017; Hannon et al., 2022; Itai et al., 2022; Jeong, et al., 2021; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2019).

Por outro lado, a ausência de suporte, as críticas familiares ou o isolamento social estão associados a sentimentos de solidão, insegurança e exaustão (Demarchi et al., 2017; Hannon et al., 2022; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Ong et al., 2014).

Em concordância, Beck (2001) identificou a falta de apoio social como um dos preditores mais fortes da depressão pós-parto, salientando que o suporte proveniente do(a) companheiro(a), da família e dos amigos atenua os efeitos do *stress* e facilita a adaptação psicológica da mãe após o parto.

Xiao et al. (2019) salientam que o envolvimento de maridos e avós pode ser simultaneamente facilitador ou gerador de conflito, sobretudo quando surgem diferenças intergeracionais nas práticas de cuidados. Assim, a qualidade das relações familiares, mais do que a sua presença, é determinante para a adaptação ao novo papel.

O apoio formal, prestado pelos profissionais de saúde e pelas instituições, desempenha igualmente um papel fundamental na adaptação à maternidade. As mulheres valorizam a empatia, a escuta ativa e a presença assídua dos profissionais, que lhes transmitem segurança e validam as suas dúvidas e experiências (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hannon et al., 2022; Itai et al., 2022; Jeong, et al., 2021; Kalinowski et al., 2012; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2019).

Contudo, quando este apoio é insuficiente ou pouco humanizado, as mulheres relatam sentimentos de solidão, insegurança e frustração, devido à falta de acompanhamento, comunicação ou sensibilidade profissional e cultural (Demarchi et al., 2017; Hannon et al., 2022; Hoban & Liamputtong, 2013; Itai et al., 2022; Kalinowski et al., 2012; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2019).

Em contextos migratórios, a ausência da família alargada e as barreiras culturais aumentam a dependência deste apoio formal, que muitas vezes se torna o principal recurso

de suporte disponível. Nestes casos, o acompanhamento profissional e o acolhimento culturalmente sensível contribuem para reduzir sentimentos de isolamento e insegurança, facilitando a adaptação ao papel materno (Hoban & Liamputtong, 2013; Xiao et al., 2019; Zheng et al., 2019).

Este princípio de continuidade e acompanhamento pós-natal é amplamente reconhecido nas orientações nacionais e internacionais, que reforçam a importância de cuidados integrados e centrados na mulher e na família, de forma a promover o bem-estar materno e, conseqüentemente, o desenvolvimento saudável do recém-nascido (ACOG, 2018; OE, 2019; UNICEF & WHO, 2018).

No contexto europeu, Hannon et al. (2022) referem que o suporte pós-natal insuficiente compromete a adaptação da mulher e intensifica a fadiga materna. Resultados semelhantes foram descritos por Fishbein e Burggraf (1998) nos Estados Unidos, evidenciando que o apoio precoce de enfermagem contribui para reduzir o cansaço e promover a confiança materna. O mesmo se verifica em Singapura, onde Ong et al. (2014) identificaram a necessidade de acompanhamento profissional contínuo após a alta hospitalar, salientando que as visitas domiciliares de enfermeiros ou parteiras promovem segurança, confiança e continuidade de cuidados, em conformidade com o modelo de cuidados centrado na mulher e na família preconizado pelo Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à Parentalidade, da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Cardoso et al., 2024).

Em síntese, tanto o apoio formal como o informal são essenciais para uma transição saudável e positiva, complementando-se na promoção do bem-estar, da autoestima e da confiança da mulher no desempenho do seu novo papel.

3.5 Implicações para a prática do EEESMO

À luz da Teoria das Transições de Meleis (2010), o enfermeiro atua como facilitador do processo de adaptação, reconhecendo as experiências individuais e criando condições que promovem uma vivência positiva. A identificação precoce de sinais de vulnerabilidade emocional, a valorização das competências maternas e o incentivo à participação ativa da mulher nos cuidados constituem intervenções essenciais numa prática centrada na pessoa e na família.

O EEESMO é responsável por promover o autocuidado e a recuperação física e emocional da puérpera, respeitando o ritmo e as particularidades de cada mulher (Hannon et al., 2022; Kilavuz & Topaloğlu, 2025). Mercer (2006), acrescenta que o processo de tornar-

se mãe é gradual e requer apoio profissional contínuo que favoreça o desenvolvimento da competência e da confiança no desempenho do papel de cuidadora.

A continuidade dos cuidados no domicílio assume especial importância neste processo, permitindo à mulher expressar dúvidas, partilhar dificuldades e consolidar a confiança nas suas competências, num ambiente seguro e familiar. A evidência demonstra que o acompanhamento pós-natal e as visitas domiciliárias reforçam o vínculo de confiança com o enfermeiro, reduzem o *stress*, a fadiga, o isolamento e a insegurança nos cuidados (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hannon et al., 2022; Itai et al., 2022; Kalinowski et al., 2012; Kilavuz & Topaloğlu, 2025; Ong et al., 2014; Xiao et al., 2019).

Além disso, Mokhtari et al. (2018) evidenciaram que um programa domiciliário pós-natal estruturado conduziu a melhorias mensuráveis na qualidade de vida das mães às seis semanas, sugerindo que o contacto por si só não é suficiente, sendo determinantes a estrutura, a frequência e o tipo de suporte profissional prestado.

O contacto precoce com os profissionais de saúde, aliado à escuta ativa e à empatia, revela-se fundamental para reduzir o medo, a exaustão e o sentimento de inadequação descritos pelas mulheres (Demarchi et al., 2017; Fishbein & Burggraf, 1998; Hannon et al., 2022; Itai et al., 2022; Jeong et al., 2021; Kalinowski et al., 2012; Ong et al., 2014).

Para além disso, compete ao EEESMO reconhecer a influência das crenças, valores e práticas culturais na vivência da maternidade, garantindo uma abordagem culturalmente sensível e integradora (Hoban & Liamputtong, 2013; Xiao et al., 2019; Zheng et al., 2019).

A valorização da diversidade cultural e a promoção de cuidados individualizados fortalecem a relação terapêutica e asseguram uma resposta equitativa às necessidades de cada mulher e família.

Assim, o EEESMO contribui de forma ativa para uma adaptação saudável à maternidade, promovendo o empoderamento da mulher, o bem-estar familiar e o desenvolvimento saudável do recém-nascido, sustentando uma prática de cuidados continuados, humanizados e culturalmente sensíveis.

4. CONCLUSÃO

A presente *scoping review* permitiu mapear a evidência científica disponível sobre as vivências da puérpera na transição para a maternidade, demonstrando que este é um processo complexo, marcado por sentimentos ambivalentes e influenciado por fatores individuais, familiares, culturais e institucionais. O apoio social e profissional, a empatia e a continuidade dos cuidados no pós-parto são determinantes para promover a adaptação e o bem-estar materno e, conseqüentemente, o da família.

Os resultados destacam a importância do EEESMO na implementação de intervenções personalizadas, culturalmente sensíveis e centradas na mulher, que facilitem a adaptação ao novo papel materno e previnam complicações tanto físicas como emocionais.

Recomenda-se o desenvolvimento de políticas e práticas de saúde que assegurem o acompanhamento estruturado no período pós-alta hospitalar, nomeadamente através de visitas domiciliárias, programas educativos e grupos de apoio, de modo a fortalecer o empoderamento e a confiança das mulheres no desempenho do papel materno.

Embora existam estudos internacionais sobre esta temática, são ainda poucos os realizados em contexto nacional. Além disso, observa-se uma reduzida aplicabilidade das intervenções identificadas, o que reforça a necessidade de transformar o conhecimento científico em ações concretas, ajustadas à realidade das famílias. Esta lacuna evidencia a importância de desenvolver investigações que testem e avaliem a eficácia dessas intervenções, de modo a traduzir a evidência em melhorias reais na qualidade dos cuidados no pós-parto.

Em síntese, esta revisão reforça a importância de práticas de enfermagem baseadas na evidência e centradas na mulher e na família, essenciais para promover uma transição saudável para a maternidade e o bem-estar materno, familiar e social.

5. CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores incluídos nesta *scoping review* não apresentam conflitos de interesse.

6. FINANCIAMENTO

Para a realização desta ScR, não foi necessário qualquer tipo de financiamento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. M., Costa-Santos, C., Caldas, J. P., Dias, S., & Ayres-de-Campos, D. (2016). The impact of migration on women's mental health in the postpartum period. *Revista de Saúde Pública*, 50(35). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005617>
- Amendoeira, J., Silva, M. R. D., Ferreira, M. R., & Dias, H. (2021). Tutorial: Revisão sistemática de literatura – a *scoping review*. Escola Superior de Saúde de Santarém. <https://repositorio.ipsantarem.pt/entities/publication/1171ceed-5d66-4fb5-a1f1-c3be9a4b25fb>
- Amer, S. A., Zaitoun, N. A., Abdelsalam, H. A., Abbas, A., Ramadan, M. S., Ayal, H. M., Ba-Gais, S. E. A., Basha, N. M., Allahham, A., Agyenim, E. B., & Al-Shroby, W. A. (2024). Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC public health*, 24(1), 1308. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18502-0>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Optimizing postpartum care* (Committee Opinion No. 736). ACOG. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care>
- Amin, M., & Islam, A. (2022). The Impact of Paid Maternity Leave on Women's Employment Evidence Using Firm-Level Survey Data from Developing Economies. *SSRN*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.5337675>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBIM manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275–285. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
- Benatti, A. P., Pereira, C. R. R., dos Santos, D. C. M., & de Paiva, I. L. (2020). A maternidade em contextos de vulnerabilidade social: Papéis e significados atribuídos por pais e mães. *Interação em Psicologia*, 24(2). <https://doi.org/10.5380/psi.v24i2.59856>
- Brandão, A. S. P. A. N. (2022). A visita domiciliária como recurso facilitador do processo de transição para a parentalidade (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/44280>

- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, 3, 225-256.
- Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). *Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à parentalidade*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2_n
- Carvalho, J. (2020). Adaptação à maternidade: Influência de uma intervenção de educação parental em mães primíparas. [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/132242>
- Delfino, C. I. B. (2012). Ligação pais/filho – contributo para o processo de vinculação [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16005>
- Demarchi, R. F., Nascimento, V. F. do, Borges, A. P., Terças, A. C. P., Grein, T. A. D., & Baggio, É. (2017). Perception of Pregnant Women and Primiparous Puerperas on Maternity. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(7), 2663–2673. <https://doi.org/10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201703>
- Dennis, C. L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), e736– e751. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1629>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Norma 001/2023 – Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério*. Lisboa: DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf
- Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., van den Muijsenbergh, M., & Soltani, H. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PloS one*, 15(2), e0228378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>
- Fishbein, E. G., & Burggraf, E. (1998). Early postpartum discharge: how are mothers managing? *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 27(2), 142–148. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1998.tb02604.x>

- Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2017). Women's intentions of informal and formal help-seeking for mental health problems during the perinatal period: The role of perceived encouragement from the partner. *Midwifery*, *50*, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.001>
- Gorin, M. C., Mello, R., Machado, R. N., & Carneiro, T. F. (2015). O estatuto contemporâneo da parentalidade. *Revista da SPAGESP*, *16*(2), 3-15. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Graham, H., Haintz, G. L., McKenzie, H., Lippi, K., & Bugden, M. (2022). “That’s a woman’s body, that’s a woman’s choice”: The influence of policy on women’s reproductive choices. *Women’s Studies International Forum*, *90*, 102559. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2021.102559>
- Hannon, S., Newnham, E., Hannon, K., Wuytack, F., Johnson, L., McEvoy, E., & Daly, D. (2022). Positive postpartum well-being: What works for women. *Health Expectations*, *25*(6), 2971–2981. <https://doi.org/10.1111/hex.13605>
- Hirani S. A. A. (2024). Barriers Affecting Breastfeeding Practices of Refugee Mothers: A Critical Ethnography in Saskatchewan, Canada. *International journal of environmental research and public health*, *21*(4), 398. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040398>
- Hoban, E., & Liamputtong, P. (2013). Cambodian migrant women’s postpartum experiences in Victoria, Australia. *Midwifery*, *29*(7), 772–778. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.021>
- Itai, M., Harada, S., Nakazato, R., & Sakurai, S. (2022). Transition to Motherhood of Mothers Receiving Continuity of Child-Rearing Support. *International journal of environmental research and public health*, *19*(14), 8440. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148440>
- Jackson, L., De Pascalis, L., Harrold, J., & Fallon, V. (2021). Guilt, shame, and postpartum infant feeding outcomes: A systematic review. *Maternal & child nutrition*, *17*(3), e13141. <https://doi.org/10.1111/mcn.13141>
- Jeong, Y. J., Nho, J. H., Kim, H. Y., & Kim, J. Y. (2021). Factors Influencing Quality of Life in Early Postpartum Women. *International journal of environmental research and public health*, *18*(6), 2988. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062988>
- Kalinowski, L. C., Favero, L., Carraro, T. E., Wall, M. L., & Lacerda, M. R. (2012). Postpartum primipara at home and associated nursing care: Grounded Theory. Online

- Brazilian Journal of Nursing, 11(3), 701–719. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20120046>
- Kilavuz, M., & Topaloğlu, S. (2025). Psychosocial and maternal care needs of recently delivered women during the postpartum period. *BMC pregnancy and childbirth*, 25(1), 874. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07982-6>
- Kinsey, C. B., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314–1320. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.019>
- Kleven, H., Landais, C., Posch, J., Steinhauer, A., & Zweimüller, J. (2019). Child penalties across countries: Evidence and explanations. *AEA Papers and Proceedings*, 109, 122–126. <https://doi.org/10.1257/pandp.20191078>
- Manning, B. (2008). *Transição para a Parentalidade*. In Lowdermilk, D. & Perry, S. *Enfermagem na Maternidade* (pp. 521-556). 7ª ed., Loures: Lusodidacta.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Melo, H. C. S. G. B., Carneiro, M. T. C. M., Almeida, I. S., Marques, F. M., & Cavaleiro, R. M. D. (2024). *Depressão pós-parto – A realidade de uma unidade de saúde*. Comunicação oral apresentada na 6.ª Reunião Internacional da RACS, Niterói, RJ, Brasil. *Anais da 6.ª Reunião Internacional da RACS*. <https://doity.com.br/anais/6rracs/trabalho/363949>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 649–651. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>
- Mokhtari, F., Bahadoran, P., & Baghersad, Z. (2018). Effectiveness of Postpartum Homecare Program as a New Method on Mothers' Knowledge about the Health of the Mother and the Infant. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(4), 316–321. https://doi.org/10.4103/Ijnmr.ijnmr_48_17
- Nagl, M., Jepsen, L., Linde, K., & Kersting, A. (2021). Social media use and postpartum body image dissatisfaction: The role of appearance-related social comparisons and thin-ideal internalization. *Midwifery*, 100, 103038. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103038>

- Ong, S. F., Chan, W.-C. S., Shorey, S., Chong, Y. S., Klainin-Yobas, P., & He, H.-G. (2014). Postnatal experiences and support needs of first-time mothers in Singapore: A descriptive qualitative study. *Midwifery*, 30(6), 772–778. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.09.004>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 391/2019 — Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-nº-391-2019_regulamento-das-competências-específicas-do-eesmo.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- Raneberg, A., & MacCallum, F. (2023). ‘Living in two worlds’: A qualitative analysis of first-time mothers’ experiences of maternal ambivalence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 42(5), 934–948. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2206842>
- Ribeiro, B. M. A. (2022). *O cuidar do enfermeiro obstetra à puérpera e recém-nascido após a alta precoce* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44265/1/MESMO_9657_original.pdf
- Simpson, K. (2022). Maternal mental health. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 47(1). <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000785>
- United Nations Children’s Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO). (2018). *Survive and thrive: Transforming care for every small and sick newborn*. Nova Iorque: UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/survive-and-thrive>
- United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2024). A policy solutions report. New York, NY: UNICEF. <https://www.unicef.org/media/172681/file/Policy%20solutions%20report.pdf>
- Waal, N., Boekhorst, M. G. B. M., Nykliček, I., & Pop, V. J. M. (2023). Maternal-infant bonding and partner support during pregnancy and postpartum: Associations with early child social-emotional development. *Infant Behavior and Development*, 72, Article 101871. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2023.101871>

- Warren, L. P. (2005). First-time mothers: Social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479–488. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x>
- Watson, B., Fuller-Tyszkiewicz, M., Broadbent, J., & Skouteris, H. (2015). The meaning of body image experiences during the perinatal period: A systematic review of the qualitative literature. *Body image*, 14, 102–113. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.005>
- Xiao, X., Ngai, F. W., Zhu, S. N., & Loke, A. Y. (2019). The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: a qualitative exploratory study. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2686-8>
- Xiao, Y., Cui, Y., Li, F., Zeng, W., Rozelle, S., Shi, C., Shi, J., Xu, J., Li, G., & Jiang, F. (2024). The mediating effect of family support in the relationship between socio-economic status and postpartum depressive symptoms. *BMC Public Health*, 24, Article 3374. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20849-3>
- Zanatta, E., Pereira, C. R. R., & Alves, A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 16-16.
- Zheng, X., Watts, K., & Morrell, J. (2019). Chinese primiparous women's experience of the traditional postnatal practice of "Doing the month": A descriptive method study. *Japan journal of nursing science: JJNS*, 16(3), 253–262. <https://doi.org/10.1111/jjns.12232>

Apêndice IV – Razões para exclusão dos artigos

Tabela 4 - Razões para exclusão dos artigos

ARTIGOS EXCLUÍDOS	RAZÃO DE EXCLUSÃO
<p><i>“At home, with the midwife, you are a person”: experiences and impact of a new model of home-based midwifery care in the early postpartum period from the perspective of women in vulnerable family situations”</i> (2023)</p>	<p>Não responde à questão de revisão</p>
<p><i>“Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity”</i> (2015)</p>	<p>Não responde à questão de revisão</p>
<p><i>“The role of maternal self-care in new motherhood”</i> (2013)</p>	<p>Ultrapassa o limite temporal do puerpério definido</p>
<p><i>“Health-related quality of life of postpartum women and associated factors in Dendi district, West Shoa Zone, Oromia Region, Ethiopia”</i> (2024)</p>	<p>Não responde à questão de revisão</p>
<p><i>“Perception and expectations of primiparous mothers regarding social support during the postpartum period: a qualitative study”</i> (2023)</p>	<p>Não responde à questão de revisão</p>
<p><i>“Exploring experiences related to postpartum changes: perspectives of mothers and healthcare professionals in Iran”</i> (2021)</p>	<p>Ultrapassa o limite temporal do puerpério definido</p>

Apêndice V – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE
para Investigação Clínica

Parte Informativa

1. <u>TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: A VIVÊNCIA DA MULHER NO PERÍODO PÓS-PARTO</u>	Serviço de Puerpério do Hospital X; Escola Superior de Saúde de Santarém; Professora Orientadora Sara Palma
2. <u>DESCRIÇÃO DO PROJECTO, SUA NATUREZA E OBJETIVO</u>	<p>A consciencialização sobre lacunas no apoio a mulheres e suas famílias, especialmente no período pós-parto, após alta hospitalar, despertaram na investigadora o desejo de explorar o tema em maior profundidade, visando compreender as vivências e necessidades das mulheres neste período e identificar soluções que aprimorem a intervenção do enfermeiro especialista na resolução dessas necessidades.</p> <p>Para isso será realizado um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, com amostra não-probabilística intencional.</p> <p>O instrumento de recolha de dados escolhido para este estudo, foi a entrevista semiestruturada. Estima-se que o tempo médio das entrevistas se situe entre 20 minutos. Pretende-se realizar a entrevista <i>online</i>, por <i>whatsapp</i>. Será solicitada a gravação de áudio, com recurso à app “microfone” do telemóvel, de forma a que seja possível uma transcrição adequada das falas.</p> <p>O primeiro contacto será estabelecido no internamento de puérperas do Hospital X, da Unidade Local de Saúde X, onde será aplicado o Consentimento Informado e agendada data para posterior realização da entrevista. A gravação das entrevistas e sua posterior transcrição serão identificadas através de códigos (P1, P2, P3...), procedendo-se à eliminação permanente dos áudios após término do estudo.</p>
3. <u>RISCOS GRAVES E RISCOS FREQUENTES</u>	A participação neste estudo apresenta riscos mínimos. Destacam-se alguns possíveis incómodos ou desafios para as participantes, sendo eles:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emocionais – A população em estudo por estar a atravessar um momento de transição e se encontrar vulnerável, ao relatar experiências menos positivas, pode impactar negativamente o seu bem-estar. Falar sobre a maternidade pode despertar emoções intensas, como ansiedade, tristeza ou recordações difíceis. 2. Tempo e disponibilidade – A participação exige tempo e esforço, o que pode ser um desafio na organização do dia para algumas puérperas. <p>Para minimizar esses riscos, é fundamental proporcionar um ambiente acolhedor, escolhendo um momento oportuno para a participante, com a possibilidade de interrupção a qualquer momento. Além disso, é essencial garantir uma escuta ativa, respeitar os limites da participante quanto ao que deseja partilhar, assegurar a confidencialidade dos dados e permitir a desistência sem qualquer prejuízo.</p> <p>Caso a participante demonstre sinais de sofrimento emocional significativo ou manifeste necessidade de apoio psicológico, serão fornecidas informações sem qualquer vínculo com o estudo, incluindo serviços de apoio psicológico especializado no suporte à maternidade e saúde mental perinatal.</p>
<p>4. BENEFÍCIOS</p>	<p>A participação no estudo pode proporcionar um espaço seguro para a partilha de experiências e sentimentos sobre a maternidade, promovendo reflexão e autoconhecimento. Além disso, contribuirá para a construção de intervenções que possam apoiar outras mulheres na transição para a maternidade. O estudo também oferece a oportunidade de dar voz às vivências das puérperas, valorizando as suas necessidades e desafios. Ao partilhar as suas experiências, as participantes podem sentir-se compreendidas e acolhidas. Por fim, o estudo poderá contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no período pós-parto e para a criação de estratégias mais eficazes no apoio às mulheres e suas famílias.</p>

<p>5. <u>CONDIÇÕES E FINANCIAMENTO</u></p>	<p>Não haverá pagamento de deslocamentos nem qualquer tipo de contrapartida. Não existe financiamento do estudo. A participação é totalmente voluntária, e, caso opte por não participar, não haverá qualquer penalização, risco ou prejuízo. Caso aceite participar, poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer consequência, bastando informar o investigador da sua decisão. Caso aceite, todos os dados recolhidos serão completamente eliminados ao término do estudo. Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde X.</p>
<p>6. <u>CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO</u></p>	<p>Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para a finalidade deste estudo. A privacidade, o anonimato das participantes e a confidencialidade das informações estarão garantidos ao longo de todo o processo, por meio de codificação dos dados recolhidos. Todos os contactos e entrevistas serão realizados num ambiente que assegure total privacidade. Os resultados obtidos através das entrevistas realizadas às puérperas, serão guardados, pelo investigador principal, num ficheiro codificado no seu computador pessoal, que só ela terá acesso, durante um período de 5 anos, sendo destruídos ao fim desse tempo. Não serão armazenados dados pessoais em serviços de armazenamento na nuvem. Não serão enviados ficheiros de dados pessoais por correio eletrónico desprotegido pelo que será usado um método de partilha protegida entre os dois investigadores. Não serão replicados ficheiros de dados pessoais em diversos dispositivos, somente o estritamente necessário, no tempo necessário e/ou unicamente para garantir cópias de segurança. Na extinção dos dados pessoais, será esvaziada a reciclagem ou pasta equivalente. Será garantido que todas as cópias são apagadas nos dispositivos.</p>
<p>7. <u>APROVARAM O ESTUDO</u></p>	<p>Comissão de Ética do Centro Académico X</p>

PARTE DECLARATIVA DO PROFISSIONAL

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos que o estudo envolve.

Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Expliquei o caráter Voluntário da participação; a recusa ou a retirada do consentimento e a possibilidade de pedir para interromper ou mesmo desistir de participar caso sinta necessidade ou vontade de o fazer, sem que daí advenha qualquer prejuízo no contexto da sua assistência clínica.

Informei que se encontra assegurada a privacidade dos dados pessoais coletados mediante a pseudonimização dos mesmos, garantida pela atribuição de um código cuja chave de descodificação é restrita ao Investigador Principal do projeto ou quem ele designar para o assistir e / ou em sua substituição, bem como a se encontra acautelada a confidencialidade e a proteção dos dados pessoais de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) entrado em vigor em 25 de Maio de 2016 e plenamente aplicável a partir de 25 de Maio de 2018, (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27/04/16), de 27 de abril, publicado no Jornal Oficial da União Europeia, no dia 4 de Maio de 2016, e na Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto.

Nome legível do investigador Principal

ASSINATURA

DATA: ____ / ____ / ____

CONTACTO TELEFÓNICO

E-mail

À PESSOA/REPRESENTANTE

Muito obrigado pelo tempo despendido na leitura deste documento.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

Verifique se todas as informações estão corretas. Se concordar com o acima explicado, assine este documento.

PARTE DECLARATIVA DA PESSOA QUE CONSENTE

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento,

Foi-me dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

Nome legível _____

Assinatura _____

Data: ____ / ____
/ ____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME:

Documento de Identificação Nº: _____

Data ou validade ____ / ____
/ ____

Grau de parentesco ou tipo de representação:

ASSINATURA _____

NOTA: Este documento é executado em duas vias – uma para o processo/estudo e outra para ficar na posse de quem consente.

Apêndice VI – Guião da Entrevista Semiestruturada

Guião de entrevista a realizar às Puérperas

“TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: A VIVÊNCIA DA MULHER NO PERÍODO PÓS-PARTO”

Entrevista nº _____ Data: ___/___/___ Hora de Início: ___:___H Hora de Término: ___:___H

PARTE I

Dados Sociodemográficos

1. Idade: _____ anos

2. Estado Civil:

- (1) Solteira _____
- (2) União de Facto _____
- (3) Casada _____
- (4) Separada _____
- (5) Divorciada _____
- (6) Viúva _____

3. Nacionalidade: _____

4. Escolaridade:

- (1) Nenhuma _____
- (2) Escola Primária / Primeiro Ciclo _____
- (3) Ciclo Preparatório / Segundo Ciclo _____
- (4) Terceiro Ciclo (Sétimo-Nono Ano) _____
- (5) Ensino Secundário (Décimo-Décimo Segundo ano) _____
- (6) Ensino Superior _____

5. Situação Laboral:

- (1) Empregada em tempo integral _____
- (2) Empregada em tempo parcial _____
- (3) Trabalhadora estudante _____
- (4) Estudante _____
- (5) Desempregada _____

6. Situação habitacional:

- (1) Casa Arrendada _____
- (2) Coabitação ou parte de casa _____
- (3) Casa Própria _____
- (4) Vive com familiares _____

7. Sexo do bebé (F/M): _____

8. Idade do bebê em dias: _____

9. Tipo de Parto: _____

10. Gravidez desejada (S/N): _____

PARTE II

Tópicos de Entrevista

Tópicos Gerais	Tópicos Específicos	Instrução
Mudanças percebidas pela mãe	Desde que foi mãe, quais foram as principais mudanças que sentiu?	Alterações fisiológicas: 1. Corporal (alteração da autoimagem).
	OU	Alterações Psicológicas: 1. Humor; 2. Padrão de Sono; 3. Medo/ansiedade de não saber cuidar do bebê; 4. Tristeza; 5. Maturidade.
	Fale-me do que sentiu que mudou na sua vida com o nascimento do/a bebê?	Alterações Sociais: 1. Perda de tempo para si; 2. Conjugal; 3. Perda de identidade; “Deixei de ser eu e passei a ser a mãe de ...”
	Como se sente relativamente às tarefas e acontecimentos do seu dia a dia (domésticas, cuidados ao RN)?	Responsabilidades acrescidas 1. Cuidados ao RN; 2. Cuidados com o domicílio.
	OU	
Pode descrever-me como é o seu dia a dia? O que vê de diferente entre o antes de depois de ser mãe?		
Como se tem sentido nos últimos tempos? Que sentimentos específicos?	Sentimentos face à experiência da maternidade 1. Felicidade;	

	<p>Mesmo com todas as mudanças que referiu, nos últimos tempos, tem sentido vontade de rir, achar graça às coisas que ocorrem no seu dia a dia?</p> <p>Pode falar-me se considerava estar preparada para as alterações que se encontra a viver? Preparou-se de alguma forma?</p> <p>OU</p> <p>Durante a gravidez ou mesmo antes, falaram-lhe sobre os aspetos que deveria esperar nesta fase?</p>	<p>2. Medo; 3. Cansaço; 4. Impotência.</p> <p>Preparação para a transição para a parentalidade</p> <p>1. Programa de preparação para o parto; 2. Familiares; 3. Amigos.</p>
Rede de apoio	<p><u>Genograma e Ecomapa</u></p> <p>Pode dizer-me quem a tem ajudado nestes últimos tempos?</p> <p>Que tipo de ajuda considera ser mais útil para si?</p> <p>O que gostaria que fizessem para a ajudar?</p> <p>Fale-me da sua experiência com os profissionais de saúde... Em que medida os cuidados de enfermagem contribuíram para o desempenho do seu papel enquanto mãe? Sentiu que foi suficiente? O que mudaria?</p>	<p><u>Fontes de apoio</u></p> <p>1. Companheiro/marido/progenitor; 2. Amigo/s; 3. Família (mãe, pai, sogra, irmã); 4. Vizinhos; 5. Empregada; 6. Profissional de saúde (enfermeiro, médico, psicólogo); 8. Doula; 4. Colega de trabalho; 10. Redes sociais (Blogs/outras mães); 13. Ninguém.</p>
	Gostaria de acrescentar	

Questão de finalização	mais algum aspeto que considere importante para ajudar as mães a viver esta fase de vida?	
-------------------------------	---	--

Apêndice VII – Matriz da Análise de Conteúdo

Tabela 5 – Dados sociodemográficos e clínicos das participantes

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Idade	31 anos	34 anos	31 anos	30 anos	39 anos	20 anos	28 anos
Estado civil	União de facto	Solteira	Casada	Casada	Casada	Solteira	Solteira
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Cabo-verdiana	Portuguesa	Brasileira	Portuguesa	Portuguesa
Escolaridade	Mestrado	12º ano	12º ano	Licenciatura	12º ano	12º ano	Licenciatura
Situação laboral	Estudante	Desempregada	Empregada em tempo integral	Empregada tempo integral	Empregada em tempo integral	Desempregada	Empregada em tempo integral
Situação habitacional	Casa própria	Casa própria	Casa própria	Casa própria	Casa arrendada	Vive com familiares	Casa arrendada
Sexo do bebé	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Idade do bebé	16 dias	27 dias	18 dias	19 dias	25 dias	19 dias	21 dias
Tipo de Parto	CST	Ventosa	Eutócico	CST	CST	Eutócico	CST
Gravidez planeada/desejada	Sim/Sim	Não/Sim	Sim/Sim	Sim/Sim	Sim/Sim	Não/Sim	Não/Sim

TEMA: VIVÊNCIAS DAS PUÉRPERAS NO PÓS-PARTO

Tabela 6 - Categoria I – Mudanças e sentimentos percebidos pelas puérperas

Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto
Alterações corporais e autoimagem	Mudanças percebidas	“... estou muito inchada...” (P1) “... fiquei com 4 quilos a mais ...” (P2)
	Autoimagem	“... sinto-me desconectada de mim própria fisicamente... sinto que ficamos sem nos reconhecer a nós próprias... vemos o corpo a mudar tanto, sem qualquer controlo do nosso lado...” (P1) “... olho-me e sinto estes 4 quilos a mais...” (P2) “... o meu corpo ainda não foi ao lugar, apesar de já estar bastante melhor, comparativamente com o início...” (P6) “... não engordei muito e sinto-me bem com isso...” (P7)
Recuperação física e limitações funcionais	Desconforto	“... acredito que a recuperação da cesariana seja mais difícil... sinto desconforto quando tenho de me dobrar...” (P1)
	Tempo de recuperação	“... a questão do tempo de recuperação tem algum impacto... saber que vai demorar algum tempo para poder voltar ao que era...” (P1)
	Cansaço	“... o mais difícil tem sido as rotinas de sono...” (P1) “... a privação de sono é das piores coisas... a pessoa sente-se completamente esgotada...” (P2) “... foi uma criança desejada, portanto ainda não houve nenhum tipo de cansaço... claro que não dormimos como antes, mas não nos sentimos exaustos...” (P3) “... há dias que estou mais cansada, devido ao <i>stress</i> e à privação do sono...” (P4) “... o padrão de sono está complicado...” (P6)

		“... o sono alterou muito e isso teve impacto... sinto-me muito cansada...” (P5)
	Dependência	“... sinto-me numa posição vulnerável... estou dependente do meu namorado para fazer coisas simples do dia-a-dia como vestir-me e limpar-me ...” (P1)
Sentimentos/Emoções	Medo	<p>“...tenho um medo terrível que peguem nele...” (P1)</p> <p>“... sinto alguma ansiedade e algum medo... não consigo perceber às vezes o que ela tem e porque chora...” (P4)</p> <p>“... tenho medo de não dar conta... de algo correr mal ... porque eu nunca fui mãe...” (P5)</p> <p>“... sinto-me um bocadinho receosa e com medo de estar a falhar com ele...” (P7)</p>
	Ambivalência emocional	<p>“... não me sinto triste, mas tenho momentos em que estou sozinha com ele e tenho uma vontade repentina de chorar... apercebo-me da montanha russa de emoções e hormonas...” (P1)</p> <p>“... apesar de feliz, sinto medo...” (P3)</p> <p>“... estou feliz, mas sinto-me mais sensível, com as hormonas desreguladas... há dias que estou mais triste...” (P4)</p> <p>“... estava a chorar e sem ter motivo... não tinha acontecido nada, foi só mesmo descarga... estava a chorar sem saber o motivo...” (P5)</p> <p>“... estou bem, mas ainda não estou a 100%, sinto-me ainda a gerir as coisas, de forma emocional...” (P6)</p> <p>“... é uma mistura de tudo... estou a gostar muito, sempre quis ser mãe, mas por outro lado sinto medo, sinto receio...” (P6)</p> <p>“... estou muito feliz por o ter, mas às vezes sinto-me triste...” (P7)</p>

	Nostalgia	“... sinto nostalgia pela fase da gravidez que me foi roubada...” (P1)
	Felicidade	“... sinto-me muito feliz, já queria ser mãe há muito tempo...” (P1) “... basta olhar para ele para as coisas fazerem sentido. Muda logo tudo...” (P2)
	Insegurança	“... sentimo-nos incapazes, questionámo-nos várias vezes sobre o que estávamos a fazer e se o devíamos fazer...” (P2) “... quando saímos do hospital a primeira reação foi a de chorar por sentirmos que íamos passar a estar sozinhos, sem ajuda...” (P3) “... sendo mãe de primeira viagem, faz com que tenha sempre algumas dúvidas, algumas inseguranças...” (P7) “... quando chegamos a casa é totalmente diferente, surgem sempre dúvidas...” (P7) “... vou sempre ver se ela está a respirar, se está tudo bem...” (P4)
Identidade Materna	Perda da identidade prévia	“... sinto que agora vivo apenas para ela... e acabo por não ter tempo para mim, esqueço-me de mim...” (P6) “... não sinto isso do luto da vida antiga...” (P7)
	Reconfiguração do <i>self</i> feminino	“... sinto-me bem, já me sinto eu... já consigo fazer algumas coisas que fazia antes de ser mãe...” (P2) “... embora agora seja mãe, continuo a ser eu própria... continua quase a mesma coisa, nesse sentido...” (P3)

Tabela 7 - Categoria II – Reorganização das rotinas e da dinâmica familiar

Subcategoria	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
<p align="center">Adaptação às rotinas diárias do pós parto</p>	<p align="center">Cuidados ao recém-nascido</p>	<p>“... na primeira semana apercebemo-nos que não sabíamos nada...” (P2) “... a verdade é que não sabemos nada sobre o assunto...” (P3) “... quando cheguei a casa tive o pensamento: e agora? Eu não sei fazer nada...” (P6)</p>
	<p align="center">Gestão do tempo pessoal</p>	<p>“... o meu dia-a-dia tem sido particularmente focado nele [ao referir-se ao recém-nascido] ... mas tenho pensando em mim e no meu descanso também...” (P1) “... sinto que às vezes nem tenho tempo para comer...” (P4) “... estou a tentar fazer cursos, mas não consigo acompanhar porque tenho de lhe dar atenção... e tenho vindo a abdicar para me focar nele...” (P5) “... parece que só consigo viver mesmo para ele e para dar apoio às necessidades dele ...” (P7)</p>
	<p align="center">Gestão das tarefas domésticas</p>	<p>“... confesso que lido mal com as tarefas domésticas por fazer... ter as coisas arrumadas parece que me descansa a cabeça... vou fazendo algumas tarefas enquanto ele dorme e tenho tido muita ajuda do meu namorado e da minha mãe...” (P1) “... isso é mais desafiante... não consigo fazer metade do que fazia antes... mesmo com ajuda não consigo...” (P2) “... tem ajudado muito termos a nossa tia sempre cá em casa...” (P3) “... enquanto ela está a dormir, trato das tarefas domésticas... e por isso acabo por não descansar muito...” (P6)</p>

Alterações na dinâmica familiar	Interferência e pressão familiar	<p>“...temos tido algumas dificuldades, resultantes sobretudo das diferenças geracionais e da pressão exercida por determinados familiares...” (P1)</p> <p>“... ficam a querer muito estar presentes... tendem a não respeitar o espaço... e nós temos que nos impor um bocadinho...” (P4)</p>
	Reconfiguração da conjugalidade	<p>“... conseguimos-nos organizar como casal...” (P2)</p> <p>“... a vida conjugal não desaparece, mas diminui bastante... não há aqueles momentos... e às vezes é difícil eles entenderem isso...” (P4)</p>

Tabela 8 - Categoria III – Educação pré-natal

Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto
Programas de preparação para o parto e parentalidade	Contributos	<p>“... ainda bem que fiz as aulas de preparação para o parto... o facto de falarmos de todos os passos e processos, deu-me muita confiança... para mim foi crucial ...” (P1)</p> <p>“... nós fizemos um plano de parto, mas saiu tudo ao lado ... o facto de ter feito o curso permitiu-me adaptar-me e poder ajudar os profissionais de saúde tanto quanto possível...” (P1)</p>
	Apoio informal como estratégia de Preparação	<p>“... eu não frequentei nenhum curso... falámos com amigos e familiares...” (P2)</p>
Limitações à preparação	Acesso limitado	<p>“... o hospital marcou formação, mas depois nunca mais confirmaram, por isso não fiz nenhum curso, portanto não estava mesmo preparada para os primeiros dias...” (P3)</p> <p>“... não fiz nenhum curso porque não tive vaga... cheguei a estar inscrita, mas não tive oportunidade...” (P4)</p>

	Preparação insuficiente nas Consultas	“... as consultas no centro de saúde foram muito rápidas... e muito direcionadas só para o parto... e o tempo dos profissionais também não era muito...” (P7)
--	---------------------------------------	---

Tabela 9 - Categoria IV – Perceção sobre a qualidade dos serviços de saúde

Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto
Experiência no internamento hospitalar	Influência positiva das interações com profissionais	<p>“... acabámos por ficar mais um dia e uma noite no hospital e as ajudas que tive nesse intervalo permitiram-me vir para casa muito mais confiante...” (P1)</p> <p>“... passei por equipas excelentes... se tivesse tido contacto com equipas menos humanas, talvez tivesse sido uma experiência bastante traumática...” (P1)</p> <p>“... fomos muito bem tratados... foi tudo perfeito... as enfermeiras deram-nos dicas muito importantes sobre o bebé...” (P3)</p> <p>“... a equipa foi excelente, gostei muito... (P4)</p>
	Influência negativa das interações com profissionais	<p>“... infelizmente apanhámos uma equipa, principalmente na última noite, que não foi muito boa, e acho que neste momento nos hospitais não nos ensinam nada...” (P2)</p> <p>“... chamei a equipa e elas nem ficaram ao meu lado. Senti que foram maus profissionais...” (P2)</p>
Continuidade de cuidados após a alta	Influência positiva da continuidade dos cuidados	“... tivemos uma consulta inicial que foi muito importante na amamentação...” (P1)
	Influência negativa da ausência de	“... o único apoio que tive depois da alta, foi ir pesar o bebé ao centro de saúde, porque de resto não há nada... tivemos de ir a

	Continuidade	uma consulta num pediatra privado porque não dava para fazer noutra sítio...” (P3) “... uma vez precisava muito de ajuda e tive de esperar 7 dias pela consulta...” (P6)
--	--------------	---

Tabela 10 - Categoria V – Rede de Apoio

Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto
Apoio informal	Suporte familiar	“... tenho sentido um bom suporte familiar, tenho essa sorte...” (P1) “... se eu não tivesse a minha mãe, as coisas podiam ter corrido mal ... já tinha entrado em colapso...” (P2) “... o meu marido e a pessoa que mora connosco ajudaram-me muito...” (P5) “... acabei por ter muito apoio... por exemplo dar o banho, tive a ajuda da minha mãe...” (P6)
	Redes sociais	“... vou lendo algumas coisas na internet...” (P4) “... às vezes também recorremos à internet, às redes sociais e a blogs... que ajudam, mas ao mesmo tempo parece que só criam mais dúvidas...” (P7)
Apoio formal	Acompanhamento por enfermeiro	“... vamos fazer o seguimento do pós-parto e da amamentação com a mesma enfermeira que fizemos a preparação para o parto... é a profissional de saúde com quem tenho tido mais contacto... será 1x por semana a partir da 3ª semana de vida...” (P1) “[referindo-se aos enfermeiros] ... as sessões do pós-parto são diferentes das de gravidez, são mais abertas ao diálogo e explorar

		as dificuldades de cada pessoa...” (P1) “... converso também com a minha enfermeira lá no centro de saúde...” (P4) “... tenho um consulta presencial por semana, para pesar e esclarecer dúvidas...” (P6)
	Acompanhamento por médico	“... temos uma médica de família e enfermeira que estão sempre disponíveis...” (P2)

Tabela 11 - Categoria VI – Necessidades e recomendações das puérperas

Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto
Necessidades identificadas	Dúvidas	“... a parte da amamentação, desde que vim para casa, foi muito complicada...” (P6) “... só temos uma consulta por semana e acabo por não conseguir falar de tudo ou nem sequer me lembrar das dúvidas...” (P6) “... tive 5 dias internada e acho que não foi suficiente, portanto se fossem 2, mais sentiria ainda...” (P6)
	Apoio	“... coisas básicas como a pega na amamentação, mudar a fralda e o banho, deviam ser temas falados no internamento...” (P2) “... seria muito importante haver mais apoio no pós-parto...” (P3) “... o que me custou mais nos primeiros dias foi mesmo a amamentação... acho que era importante apoio nos primeiros dias, nas primeiras duas semanas vá...” (P4) “... gostava de ter tido mais apoio na amamentação... é que o me traz mais dificuldade...” (P5) “... falam muito do bebé, mas esquecem-se que se a mãe não estiver bem, o bebé também não estará... parece que só se

		preocupam com o bebé e não tanto com a mãe...” (P6)
Recomendações / sugestões	Maior apoio	“... acho importante que as formações e essas coisas sejam para os dois, acho que se deve incluir mais o pai... e explicar-lhes melhor as alterações fisiológicas da mulher...” (P4) “... acho que devia haver mais apoio [<i>referindo-se ao período pós-alta</i>] ...” (P6)
	Mais tempo de internamento	“... mas se tivesse ficado mais um dia ou dois, especialmente pela parte da amamentação, teria sido importante...” (P4) “... talvez no hospital poder ficar mais uns dias, principalmente por ter tido cesariana, seria melhor...” (P5)
	Apoio pós-alta	“...ou ter apoio em casa... talvez fosse melhor...” (P5) “... algo simples, como um email, uma possibilidade de trocar mensagens...” (P6) “... devia haver umas consultas abertas no centro de saúde, ou até via telefónica... uma linha de apoio em que nós pudessemos esclarecer as dúvidas que temos no momento...” (P7)
	Maior disponibilidade de tempo para prestar ajuda por parte dos profissionais de saúde	“... e era bom que os profissionais tivessem um bocadinho mais tempo para nos ajudarem...” (P7)

Apêndice VIII – Sessão de Formação em Serviço “A Visita Domiciliária no Pós-Parto”



Visita Domiciliar no Pós-Parto

Mestranda:
Margarida Pedrosa
Docente Orientador:
Profª. Doutora Sara Palma

novembro, 2024

ÍNDICE

- 1- OBJETIVO
- 2- CONCEITOS
- 3- VANTAGENS
- 4- EXEMPLO CHECKLIST A UTILIZAR NA VD
- 5- LIMITADORES/ ESTRATÉGIAS
- 6- TESTEMUNHOS
- 7- CONCLUSÃO
- 8- BIBLIOGRAFIA



OBJETIVO:

Explorar o tema da VD e as suas vantagens e desafios, bem como a importância da intervenção do EEESMO.





CONCEITOS



O **puerpério** é uma...

- **Fase de readaptação;**
- Fase caracterizada por **transformações** físicas, emocionais e sociais;
- Influência na **adaptação ao novo papel de ser mãe.**

(Machado et al., 2015)

Transição para a parentalidade exige...

- Uma série de adaptações e **desenvolvimento de competências**, de forma a responder às necessidades da nova dinâmica familiar.

(Zanatta et al., 2017)

CONCEITOS



É da competência do EEESMO “cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal, de forma que potencie a saúde da puérpera e do recém-nascido, ao apoiar os mesmos neste processo de transição e de apoio à parentalidade” (Regulamento n.º 391/2019 de Competências Específicas do EEESMO, (pp. 13563-13564).

CONCEITOS

A **visita domiciliária** é...

- Estratégia de suporte à puérpera e família;
- Promotora do desenvolvimento de competências parentais;
- Favorece a recuperação física e psicológica da mãe;

(Boas et al., 2023)

- Atua na prevenção e na identificação precoce de complicações de saúde materna e infantil.

(Tavares, 2023)



Testemunhos



"No pós-parto senti que alguns profissionais podiam ter mais atenção à mãe e procurarem saber se nós estamos bem, porque nós também precisamos de cuidados e não apenas o bebé. Penso que poderia haver um maior apoio no pós-parto, pois quando saímos da maternidade sentimo-nos um bocado perdidas, principalmente se for o primeiro filho."

"Os primeiros 15 dias foram muito difíceis porque tive um parto complicado e a recuperação não foi fácil..."

(Oliveira, 2017)

"Era muito importante mesmo o apoio de uma enfermeira no domicílio. Houve coisas que aprendi na maternidade, como o banho, os cuidados com o umbigo e nisso não tive dificuldades mas com a amamentação há sempre dúvidas que surgem depois e que precisamos que nos ajudem."



Testemunhos



"Considero que pelo menos no primeiro/segundo mês deveria existir outro tipo de acompanhamento principalmente à mãe que por vezes fica dias e horas seguidas em casa sozinha, numa fase em que psicologicamente estamos fragilizadas, com poucas horas de descanso, com uma subcarga emocional muito grande e uma necessidade de adaptação ao novo ser e ao novo ambiente familiar também exigente."

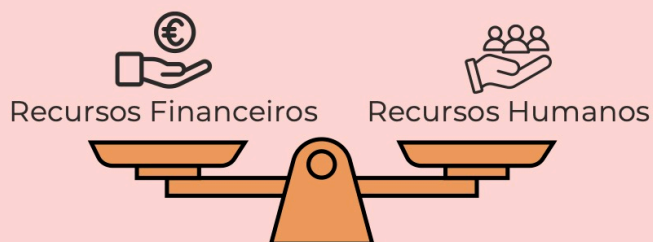
"Nas primeiras semanas acho que teria sido importante se o enfermeiro tivesse vindo cá a casa, teria ajudado na parte de fazer a cama, eu muitas tinha dúvidas, não sabia bem como fazer e posicionar, em relação ao banho, temperatura da água e da casa..."



(Oliveira, 2017)



Limitadores & Estratégias



(Brandão, 2022)

Conclusão



Referências Bibliográficas

- Boas, A. S. D. C. V., de Oliveira, A. I. B., de Souza, B. F., de Souza, G. A., de Medeiros, T. S., Oliveira, L. R. B., ... & Wernet, M. (2023). Visita domiciliar na primeira semana pós-parto: revisão integrativa. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(9), 5035-5056.
- Brandão, A. S. P. A. N. (2022). A visita domiciliária como recurso facilitador do processo de transição para a parentalidade. (Doctoral dissertation).
- Machado, T. A., Cesar, J. A., & Mendoza-Sassi, R. A. (2015). Depression during puerperium in Southern Brazil: Prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(4), 863-874.
- Oliveira, F. A. S., & Coordenadora, E. S. E. N. F. C. (2018). Visitação domiciliária no pós-parto: Necessidades sentidas pela díade parental.
- Phung B. (2023). Policy measures to expand home visiting programs in the postpartum period. *Frontiers in global women's health*, 3, 1029226. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.1029226>
- Regulamento n.º 391/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (II Série, n.º 85 de 03-05-2019, pp. 13563-13564). Ordem dos Enfermeiros.
- Serranito, M. Â. B. (2013). Visita domiciliária no puerpério (Master's thesis, Universidade de Évora).
- Tavares, C. V. L. B. (2023). A visita domiciliária no período pós-parto como ferramenta facilitadora na transição para a parentalidade.
- Zanatta, E., Pereira, C. R. R., & Alves, A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 16-16.



MUITO OBRIGADA PELA ATENÇÃO!



Para discussão:

E se a VD fosse efetuada após uma alta precoce (24h-36h) ...?



“Hospitalização Domiciliária”

Apêndice IX – Folheto Informativo “Experiência de Parto Positiva”

"O parto é meu.
Eu confio em mim."

"Cada contração
aproxima-me do meu bebé."

"Sou presença. Sou poder."

"Estou rodeada de pessoas
que me querem bem."

"O meu corpo é sábio.
Eu sigo o seu ritmo."

"O meu corpo e o meu bebé
trabalham juntos."

"Sou mais forte do que penso."

SEJAM FELIZES !



AEEESMO Margarida Pedrosa, Escola Superior
de Saúde de Santarém, nº OE 98404
EEESMO Isabel Margarida Freitas, nº OE 39082

**Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental,
E.P.E.**

Estrada do Forte do Alto do Duque
1449-005 Lisboa

Contactos:

Tel: 210 431 000

Fax: 210 431 589

E-Mail: chlo@chlo.min-saude.pt



BLOCO DE PARTOS
CHLO — Hospital de São Francisco Xavier

Experiência de Parto Positiva



O seu parto, o vosso momento.
Estamos aqui para ajudar nesta
transição de forma segura e adequada.



Bem-vinda ao nosso Bloco de Partos

A nossa equipa está aqui **para si!**

Durante o trabalho de parto será
acompanhada por:

- Enfermeiras Especialistas em
Saúde Materna e Obstétrica;
- Enfermeiros Generalistas;
- Médicos Obstetras;
- Médicos Anestesiastas;
- Técnicas Auxiliares de Saúde;

E, se desejar, **um(a)** acompanhante
da sua escolha sempre consigo.

Estamos disponíveis para responder
às suas dúvidas, ouvir as suas
preferências e apoiar as suas decisões.

Este é um espaço pensado para
cuidar de si, com segurança,
dignidade e tranquilidade.
Neste momento tão importante,
queremos que se sinta **acolhida,
escutada e acompanhada.**

Exemplos de Métodos não Farmacológicos para alívio da dor



Utilize a
Bola de
Pilates



Ouçá a sua
playlist
preferida

Dance



Peça que o/a
acompanhante a
massage



Utilize o
duche



Escolha várias cores
para o quarto no
decorrer do seu
trabalho de parto



Recorra a técnicas
de Mindfulness
como a Respiração

... e de Posições Verticalizadas



Apêndice X – Póster “Importância da Visita Domiciliária no Pós-Parto - Contribuições do Enfermeiro Obstetra na Transição para a Parentalidade: Uma Revisão Integrativa da Literatura”



IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS-PARTO - CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA



Margarida Pedrosa¹²³, Sara Palma⁴⁵

Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na ESSSantarém; 2. Enfermeira na ULS Santa Maria, Portugal; 3. ORCID: 0009-0000-5649-2866; 4. Docente na ESSSantarém; 5. ORCID: 0000-0002-4640-6558

INTRODUÇÃO

O puerpério é um período de grandes mudanças físicas, emocionais e sociais. É no regresso a casa, após a alta hospitalar, que o casal enfrenta mais dificuldades e onde surgem mais dúvidas, sobretudo relacionadas com a amamentação, cuidados ao recém-nascido, conjugalidade e gestão de emoções, medos e ansiedades. A visita domiciliária realizada pelo enfermeiro obstetra assume crucial importância, oferecendo apoio individualizado, contínuo e centrado na tríade.

OBJETIVOS

- ✓ Refletir sobre a importância da visita domiciliária do enfermeiro obstetra no período pós-parto, após alta hospitalar;
- ✓ Avaliar a perceção das puérperas relativamente ao impacto desta intervenção no seu processo de adaptação e desenvolvimento de competências parentais.

METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura na plataforma PubMed e bases de dados MedLine e Google Académico, com os descritores MeSH: “House Calls”, “Postpartum Period”, “Midwifery”, “Nursing Care” e “Women” e os termos naturais “Home Visits” e “Postnatal Care”, nos últimos 5 anos.

Identificados 46 artigos >

2 repetidos



Rejeitados 37



Selecionados 7

RESULTADOS

As visitas domiciliárias (VD's) aumentaram a confiança materna, reduziram o *stress* e fortaleceram as competências parentais. As puérperas relataram necessidade de maior apoio profissional, face às limitações dos cuidados e educação para a saúde em contexto hospitalar.

CONCLUSÃO

As VD's, além dos diversos benefícios que oferecem, também contribuem para a otimização de recursos, reduzindo diretamente custos ao prevenir complicações e evitar reinternamentos hospitalares ou tratamentos posteriores, tanto para a mãe como para o bebé. No entanto, a sua implementação enfrenta desafios como distância geográfica, barreiras culturais e falta de recursos humanos e financeiros. É crucial a valorização e investimento no tema para garantir acesso a melhores cuidados de saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Enfermeiros Obstétricos; Mulheres; Período Pós-Parto; Visita Domiciliar.

1. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 2. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 3. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 4. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 5. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 6. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 7. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 8. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 9. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 10. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 11. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 12. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 13. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 14. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 15. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 16. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 17. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 18. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 19. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 20. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 21. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 22. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 23. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 24. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 25. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 26. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 27. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 28. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 29. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 30. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 31. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 32. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 33. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 34. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 35. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 36. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 37. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 38. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 39. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 40. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 41. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 42. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 43. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 44. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 45. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 46. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 47. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 48. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 49. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 50. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 51. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 52. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 53. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 54. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 55. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 56. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 57. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 58. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 59. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 60. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 61. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 62. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 63. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 64. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 65. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 66. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 67. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 68. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 69. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 70. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 71. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 72. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 73. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 74. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 75. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 76. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 77. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 78. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 79. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 80. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 81. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 82. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 83. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 84. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 85. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 86. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 87. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 88. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 89. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 90. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 91. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 92. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 93. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 94. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 95. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 96. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 97. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 98. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 99. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 100. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 101. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 102. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 103. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 104. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 105. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 106. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 107. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 108. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 109. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 110. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 111. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 112. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 113. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 114. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 115. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 116. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 117. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 118. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 119. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 120. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 121. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 122. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 123. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 124. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 125. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 126. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 127. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 128. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 129. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 130. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 131. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 132. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 133. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 134. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 135. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 136. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 137. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 138. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 139. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 140. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 141. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 142. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 143. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 144. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 145. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 146. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 147. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 148. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 149. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 150. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 151. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 152. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 153. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 154. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 155. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 156. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 157. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 158. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 159. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 160. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 161. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 162. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 163. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 164. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 165. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 166. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 167. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 168. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 169. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 170. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 171. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 172. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 173. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 174. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 175. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 176. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 177. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 178. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 179. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 180. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 181. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 182. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 183. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 184. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 185. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 186. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 187. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 188. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 189. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 190. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 191. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 192. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 193. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 194. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 195. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 196. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 197. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 198. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 199. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 200. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 201. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 202. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 203. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 204. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 205. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 206. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 207. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 208. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 209. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 210. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 211. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 212. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 213. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 214. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 215. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 216. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 217. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 218. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 219. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 220. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 221. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 222. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 223. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 224. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 225. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 226. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 227. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 228. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 229. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 230. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 231. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 232. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 233. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 234. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 235. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 236. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 237. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 238. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 239. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 240. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 241. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 242. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 243. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 244. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 245. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 246. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 247. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 248. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 249. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 250. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 251. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 252. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 253. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 254. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 255. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 256. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 257. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 258. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 259. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 260. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 261. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 262. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 263. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 264. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 265. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 266. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 267. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 268. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 269. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 270. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 271. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 272. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 273. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 274. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 275. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 276. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 277. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 278. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 279. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 280. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 281. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 282. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 283. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 284. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 285. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 286. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 287. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 288. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 289. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 290. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 291. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 292. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 293. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 294. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 295. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 296. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 297. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 298. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 299. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 300. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 301. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 302. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 303. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 304. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 305. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 306. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 307. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 308. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 309. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 310. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 311. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 312. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 313. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 314. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 315. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 316. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 317. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 318. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 319. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 320. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 321. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 322. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 323. DOI: 10.1186/s12913-022-09111-1; 324. DOI: 10.1186/s1

ANEXOS

Anexo I – Parecer Favorável da Comissão de Ética

Presidente

Vice-Presidente

Membros

Exma. Senhora

Enfermeira Margarida Miguel França da Conceição Pedrosa

Lisboa, 21 de Abril de 2025

Nossa Ref. N.º 352/24

Assunto: Estudo "Transição para a paternidade: vivência da Mulher no Pós-parto"

Pela presente se informa que o projeto citado em epígrafe obteve na reunião realizada no dia 9 de Abril de 2025, parecer favorável da Comissão de Ética, considerando-se observados os imperativos que fundeiam as Boas práticas clínicas, os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção e na realização dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos.

No uso das competências próprias constantes do disposto no Decreto-Lei. N.º 97/95 de 10 de Maio, e no exercício das suas funções em observância ao deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei da investigação clínica, na sua atual redação alterada pela Lei n.º 73/2015 de 27/07/15, complementada pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 198-2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram, na sua missão de contribuir para o cumprimento de princípios da ética e da bioética, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, e ainda em harmonia com os regulamentos internos do os códigos deontológicos, as convenções, e as recomendações constantes das declarações e diretrizes internacionais, designadamente as Declarações de Helsínquia a de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia, a Comissão de Ética avaliou o estudo que considera obedecer aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais, cujo desígnio visa minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, respeitando os imperativos refletidos no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) entrado em vigor em 25 de Maio de 2016 e plenamente aplicável a partir de 25 de Maio de 2018, (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27/04/16), de 27 de abril, publicado no Jornal Oficial da União Europeia, no dia 4 de Maio de 2016, e na Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética

Anexo II – Síntese de 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>	24
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations (100)</i>	131
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor:</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries (40)</i>	48
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	0
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	0
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	19
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	2
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorraphy</i>	38
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy (40)</i>	67
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	23
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	29
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period (100)</i>	127
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy new-born (100)</i>	119
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>	22
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>	27
Prática simulada/ <i>Simulated practice:</i>	
• Prática de manobras de Leopold/ <i>Leopold's maneuver practice</i>	X
• Prática de partos eutócicos/ <i>Practice of eutocic births</i>	2
• Prática de partos pélvicos/ <i>Practice of breech births</i>	1
• Prática de distocias de ombros/ <i>Shoulder dystocia practice</i>	1
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy</i>	X

 Santarém, Julho de 2025

 Estudante/*Student* Margarida Pedrosa

 Professor/*Teacher* Sora Pdms

 Coordenador do curso/*The course coordinator* _____

 Assinado por: **Maria da Conceição Fernandes Santiago**
 Num. de Identificação: 08560601

Anexo III – 1º Prémio recebido pelo póster apresentado no 4º Encontro de EEESMO da
ULSAS “Planear o Futuro”



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL

4.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em
Saúde Materna e Obstétrica da ULS Almada-Seixal

"PLANEAR O FUTURO"

COMUNICAÇÃO / PÓSTER 2025

1º PRÉMIO

ATRIBUÍDO AO TRABALHO INTITULADO **"IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS-
PARTO – CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO-OBSTETRA NA TRANSIÇÃO PARA A
PARENTALIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA"**

AUTORES: MARGARIDA PEDROSA E SARA PALMA

COMISSÃO CIENTÍFICA DO 4.º EEESMO DA ULSAS

Anexo IV – Certificado de Participação no Seminário “*Sexual Education: Promoting European Health*”



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

CERTIFICATE

**Margarida Miguel França da Conceição
Pedrosa**

Participated in the International Seminar Sexual Education: Promoting European Health which took place on the 18th and 19th of June 2024, at the Escola Superior de Saúde Santarém, Portugal, lasting 12h.

EdSeX Project Coordinator

María Sagrario Cantarino, PhD

President of the Scientific Committee

Hélia Dias, PhD



Anexo V – Certificado de Participação nas 1^{as} Jornadas do Núcleo de Enfermagem da ULS
Santa Maria

1^{as} Jornadas do Núcleo de
Enfermagem da ULS Santa Maria
6 e 7 DE MAIO 2024

ENFERMAGEM 7.0

Que Paradigma?

CERTIFICADO

MARGARIDA MIGUEL FRANÇA DA CONCEIÇÃO PEDROSA

Participou nas 1as Jornadas do Núcleo de Enfermagem da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, que decorreu nos dias 6 e 7 de Maio de 2024, na Aula Magna da Faculdade de Medicina de Lisboa, com a duração de 15 horas.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA



NÚCLEO DE
ENFERMAGEM



CAML
CENTRO DE ATIVIDADES DE MEDICINA DE LISBOA

Anexo VI – Certificado de Participação no Curso “Cardiotocografia”

1^{as} Jornadas do Núcleo de
Enfermagem da ULS Santa Maria

6 e 7 DE MAIO 2024

ENFERMAGEM 7.0

Que Paradigma?

CERTIFICADO

MARGARIDA MIGUEL FRANÇA DA CONCEIÇÃO PEDROSA

Participou no Curso Pré-Congresso, **Cardiotocografia**, integrado nas Primeiras Jornadas do Núcleo de Enfermagem da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, que decorreu no dia 6 de Maio de 2024, com a duração de 4 horas, promovido pelo **Núcleo de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica**, com aproveitamento.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA



NÚCLEO DE
ENFERMAGEM



CAML

Anexo VII – Certificado de Participação no Curso “Sutura Perineal baseado em Evidência”



CURSO DE SUTURA PERINEAL BASEADO EM EVIDÊNCIA

Este certificado foi concedido a:

MARGARIDA PEDROSA

Por ter participado no curso presencial teórico-prática,
com a carga horária de 8 horas, realizada no
Hotel TRYP Lisboa Caparica Mar, na Caparica,
no dia 11 de Outubro de 2025

Formadora

Ana Leonor Mineiro

Ana Leonor Mineiro