

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**PREPARAÇÃO PARENTAL PARA O NASCIMENTO DE UM
RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: CONTRIBUTOS DO
ENFERMEIRO OBSTETRA**

Relatório de Estágio

Mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica

Matilde da Costa Abreu

Orientação:

Professora Susana Isabel do Vale Martins Soeiro Delgadinho

dezembro, 2025

Este relatório de estágio é dedicado em memória aos meus avós por serem os principais inspiradores do meu desejo em aprender a cuidar do outro.

Agradecimentos

A realização do presente relatório de estágio só foi possível graças às pessoas que me acompanharam neste percurso.

Em primeiro lugar, o meu sincero agradecimento à Professora Susana Delgadinho. A sua orientação foi essencial à conclusão deste mestrado. A sua disponibilidade não só no apoio à redação deste relatório de estágio, mas também na sua presença regular em estágio, foram fundamentais para superar os desafios exigentes deste mestrado integrado, enquanto o trabalho profissional não decrescia. O seu contributo foi fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Não podia deixar de agradecer às senhoras enfermeiras que tive oportunidade de conhecer ao longo do estágio. Agradeço os momentos de aprendizagem que me proporcionaram, que me permitiram perceber que os Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica têm o poder de mudar a vida de cada mulher e de cada família. Agradeço por me mostrarem que esta profissão tem capacidade de tornar o mundo um lugar mais alegre e unido.

Agradeço profundamente os meus pais. Foram o meu apoio diário nesta fase. Celebraram comigo todas as minhas conquistas e foram o abraço nos dias em pareciam não ter fim, foram o colo nos momentos de maior cansaço, mas também quem me deu força para não desistir. Sem eles eu não seria capaz!

Ao Francisco que foi também o meu apoio incondicional todos os dias. Nos dias mais cinzentos foi o meu pilar e a minha força... E que decidiu durante as minhas ausências, que queria passar o resto da sua vida ao meu lado. Obrigada, meu amor, pela tua paciência, motivação e compreensão!

À minha irmã que viveu este mestrado tanto quanto eu, que celebrou cada parto comigo e cada vitória como se fossem também um bocadinho suas.

Aos meus amigos que compreenderam todos os momentos em que não estive presente, e que mesmo distantes nunca deixaram de estar presentes neste percurso.

À Márcia que foi desde o início a minha companheira de mestrado, que me acompanhou em todos os desafios, que partilhou comigo muitas memórias e que foi a luz deste percurso.

Todos contribuíram para que este desafio fosse superado de forma mais leve. Muito obrigada!

Entro com cautela com medo de perturbar aquela quietude ou de embater contra algum aparelho. Diante dos meus olhos, um poderoso arsenal de equipamentos com a tecnologia médica mais avançada, monitores de sinais vitais, gráficos e luzes piscando, bombas e seringas infusoras com os fármacos mais potentes.

Tudo ligado por tubos e fios a uma sucessão de incubadoras, espécie de “castelos” transparentes onde repousam, concentrados na magnífica e tenaz ambição de viver, os bebês prematuros. Alguns são do tamanho da palma da minha mão e as suas cabecitas pouco maiores que uma tangerina; as orelhas moles e finas folhas de papel e as pernas são da grossura de um polegar; as mãos têm a dimensão de uma moeda e a pele é translúcida, por vezes coberta de uma penugem sedosa. Totalmente petrificado perante aqueles átomos de vida palpitando, estou numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), a unidade de maior complexidade num hospital.

(George, J. P., 2014, p.7)

Lista de acrónimos e siglas

ACeS- Agrupamentos de Centros de Saúde

APPT- Ameaça de Parto Pré-termo

CPP- Cuidados Paliativos Perinatais

ESMO- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO- Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

HHA- Hipotálamo-Hipófise-Adrenal

NUPS-PT- Escala de Avaliação do Stress Parental na Unidade de Neonatologia
Adaptado para Português

LLFC- *Life-Limiting Fetal Condition*

PNVGBR- Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

PTB- *PreTerm Birth*

RCCEE- Relatório de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RN- Recém-Nascido

RPM- Rotura Prematura das Membranas

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Primários

ULS- Unidade de Saúde Local

USF- Unidade de Saúde Familiar

PREPARAÇÃO PARENTAL PARA O NASCIMENTO DE UM RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA

Introdução: O presente relatório descreve o processo de estágio do mestrado em saúde materna e obstétrica, bem como o trabalho de campo desenvolvido. **Objetivos:** O objetivo geral foi considerado o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas na área de saúde materna e obstétrica. Dos objetivos específicos destacam-se o desenvolvimento de competências de vigilância da mulher e recém-nascido e as competências que fomentam a vinculação parental. **Metodologia:** O relatório de estágio integrou uma *scoping review* de forma a mapear a literatura sobre esta temática, com posterior implementação de uma escala de avaliação do *stress* parental na unidade de neonatologia a dois grupos distintos: de controlo e de intervenção. O grupo de intervenção foi sujeito a ações de educação para a saúde no período pré-natal de forma a facilitar a transição para a parentalidade quando nasce um recém-nascido prematuro. **Resultados:** Os resultados demonstram que os pais sentem maiores níveis de *stress* associados à aparência do recém-nascido e ao relacionamento parental. Foram evidentes maiores níveis de *stress* quanto menor a idade gestacional. Contudo, não foi notório o impacto das ações de educação para a saúde sobre o *stress* parental. **Discussão:** Os resultados obtidos podem estar relacionados com o facto das participantes serem na sua maioria estrangeiras, com dificuldade no entendimento da escala implementada. Apesar disso, as ações de educação pré-natal poderão ter um carácter preventivo do parto pré-termo. **Conclusão:** Consideram-se necessários cuidados individualizados neste processo de transição. É necessária maior investigação sobre os contributos específicos do enfermeiro obstetra nesta área.

Palavras-chave: Educação para a Saúde (DeCS/MeSH); Enfermeiro Obstetra (DeCS/MeSH); Gravidez (DeCS/MeSH); Pré-termo (DeCS/MeSH).

***PARENTAL PREPARATION FOR THE BIRTH OF A PREMATURE NEWBORN:
CONTRIBUTIONS FROM THE OBSTETRIC NURSE***

Introduction: This report describes the internship process for the master's degree in maternal and obstetric health, as well as the fieldwork carried out. **Objectives:** The overall objective was to develop common and specific skills for specialist nurses in the field of maternal and obstetric health. Specific objectives included the development of skills for monitoring women and newborns and skills that promote parental bonding. **Methodology:** The internship report included a scoping review to map the literature on this topic, followed by the implementation of a parental stress assessment scale in the neonatology unit for two distinct groups: control and intervention. The intervention group underwent health education during the prenatal period to facilitate the transition to parenthood when a premature newborn is born. **Results:** The results show that parents experience higher levels of stress associated with the appearance of the newborn and the parental relationship. Higher levels of stress were evident the lower the gestational age. However, the impact of health education actions on parental stress was not noticeable. **Discussion:** The results obtained may be related to the fact that most of the participants were foreigners who had difficulty understanding the scale. Despite this, prenatal education actions may have a preventive effect on preterm birth. **Conclusion:** Individualized care is considered necessary in this transition process. Further research is needed on the specific contributions of obstetric nurses in this area.

Keywords: Health Education (DeCS/MeSH); Obstetric Nurse (DeCS/MeSH); Pregnancy (DeCS/MeSH); Preterm (DeCS/MeSH).

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. DO PERCURSO FORMATIVO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	3
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	3
2.1.1 Estágio ESMO Na Comunidade	3
2.1.2 Estágio ESMO Na Sala De Partos.....	4
2.1.3 Estágio ESMO na Gravidez Patológica e Puerpério.....	6
2.1.4 Estágio ESMO Na Ginecologia	7
2.2 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE.....	8
2.3 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA.....	9
2.4 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA.....	10
2.4.1 Reflexão Crítica Das Atividades Desenvolvidas Em Contexto De Estágio.....	10
3.1 O RECÉM-NASCIDO PREMATURO	18
3.2 O PARTO PRÉ-TERMO	19
3.3 A CAPACITAÇÃO PARENTAL	21
3.4 O IMPACTO PARENTAL	23
3.5 O EEESMO NO PARTO PRÉ-TERMO	24
3.6 REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM	26
4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	31
4.1 SCOPING REVIEW	33
4.1.1. Introdução	33
4.1.2. Metodologia	34
4.1.3. Discussão	36
4.1.4. Conclusão	39
4.2 DESENHO DO ESTUDO.....	40
5. RESULTADOS	43
6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	48
7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	51
8. Conclusão.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

APÊNDICE I- REGISTO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS EM ESTÁGIO.....	63
APÊNDICE II- CRONOGRAMA DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIOS.....	73
APÊNDICE III: RESUMO PARA ACOMPANHAMENTO DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO, ADAPTADO DO PNVGBR.....	75
APÊNDICE IV: FOLHETO INFORMATIVO SOBRE RECURSOS NA COMUNIDADE APÓS PERDA GESTACIONAL	78
APÊNDICE V: SINAIS E SINTOMAS SOBRE INÍCIO DE TRABALHO DE PARTO ...	80
APÊNDICE VI- EBOOK: O MEU BEBÉ PODE NASCER MAIS CEDO, E AGORA? ..	82
APÊNDICE VII- ENVELOPE DE MEMÓRIAS.....	91
APÊNDICE VIII: CONTO INFANTIL “O MEU IRMÃO NASCEU MAIS CEDO”	95
APÊNDICE IX- MAPA CONCEPTUAL	100
APÊNDICE X- PROTOCOLO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	102
APÊNDICE XI- LISTA DE ARTIGOS EXCLUÍDOS COM RAZÕES.....	107
APÊNDICE XII- INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS	109
APÊNDICE XIII- CONSENTIMENTOS INFORMADOS	125
ANEXO I- SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS	128
ANEXO II- MODELOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EVIDENCIARAM INTERVENÇÕES DURANTE OS PERÍODOS DE PRÉ-GRAVIDEZ, GRAVIDEZ, TRABALHO DE PARTO/PARTO E CUIDADOS PÓS-NATAIS	130
ANEXO III- <i>RISK ASSESSMENT AND MANAGEMENT TOOL FOR PREGNANT WOMEN AT RISK OF PRETERM BIRTH</i>.....	132
ANEXO IV- PARECER DA COMISSÃO ÉTICA.....	134
ANEXO V: ESCALA DE AVALIAÇÃO DO STRESS PARENTAL NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA ADAPTADO PARA PORTUGUÊS: NUPS-PT	136
ANEXO VI: PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA NUPS-PT	141

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em contextos distintos: ESMO na comunidade, ESMO na sala de partos, ESMO na vigilância materno-fetal, ESMO em ginecologia e ESMO no puerpério; inseridos no 2º ano curricular do 10º curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica (Escola Superior de Saúde de Santarém, 2022). Neste enquadramento, pretende-se relatar o percurso académico nestes contextos no ano letivo de 2024/2025.

Destaca-se como objetivo geral o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro), bem como o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio) integradas tanto na prática clínica, como na reflexão crítica e elaboração do trabalho de campo tendo em conta a temática proposta.

Relativamente aos objetivos específicos, destaca-se o desenvolvimento de competências de vigilância pré-natal, durante o trabalho de parto e pós-natal; o desenvolvimento de especializadas do EEESMO para facilitar a transição para a parentalidade e promover o vínculo afetivo entre a mulher/casal e o recém-nascido prematuro e/ou com alterações morfofuncionais, através de intervenções de educação pré-natal, suporte emocional e promoção da participação nos cuidados durante o internamento na unidade de neonatologia; e, ainda, a identificação de situações para além da área de atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO), que necessitem da referenciação para outros profissionais de saúde (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio).

O presente relatório de estágio será composto, primeiramente, pela caracterização do percurso formativo desenvolvido tendo em conta a prática da especialidade em enfermagem de saúde materna e obstétrica (ESMO), abordando a caracterização dos contextos de estágio e a reflexão crítica das atividades desenvolvidas nos mesmos. As atividades desenvolvidas visam cumprir os objetivos previamente definidos no projeto individual de estágio (Apêndice I - Registo das atividades práticas em estágio).

Posteriormente será apresentado o contexto teórico-conceitual tendo em conta a temática desenvolvida: Preparação parental para o nascimento de um recém-nascido pré-termo: contributos do enfermeiro obstetra. Esta temática será relacionada com a teoria das transições de Afaf Meleis, de modo a sustentar e fundamentar a temática selecionada, bem como, a inerente prática clínica. A temática assume especial relevância no apoio a processos de adaptação e construção da competência parental, bem como, no desenvolvimento do vínculo com o recém-nascido.

De modo a conhecer o estado de arte deste assunto e fundamentar o mesmo intelectual e empiricamente, mapeou-se a literatura atual disponível através de uma *scoping review*, segundo a metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs (Peters, et al., 2024).

Na realização deste relatório de estágio adotaram-se as normas estabelecidas pela Escola Superior de Saúde de Santarém (Instituto Politécnico de Santarém, 2025), bem como a referência segundo a norma APA 7^a edição (*American Psychological Association*, 2020). Foi, ainda, redigido em língua portuguesa de Portugal ao abrigo do novo acordo ortográfico.

2. DO PERCURSO FORMATIVO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Ao longo do estágio do mestrado em saúde materna e obstétrica, a mestranda integrou diferentes contextos e campos clínicos com o objetivo *major* de aquisição e desenvolvimento de competências do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio). Os contextos clínicos serão descritos segundo ordem cronológica sendo o seu período descrito em apêndice (Apêndice II- Cronograma dos contextos de estágios).

O estágio de ESMO na comunidade foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) A, que será posteriormente caracterizada. Os restantes contextos clínicos foram realizados no Hospital B: ESMO na sala de partos, ESMO na gravidez patológica e puerpério e ESMO em ginecologia.

O Hospital B tem como missão a prestação de cuidados de saúde humanizados diferenciados em todo o ciclo de vida da pessoa, em articulação com os cuidados de saúde primários. Este hospital tem como área de abrangência cerca de 600 mil habitantes, dando resposta à comunidade de dois concelhos distintos.

2.1.1 Estágio ESMO Na Comunidade

O contexto de estágio de ESMO na comunidade centra-se no cuidado à mulher inserida na família e comunidade tanto no âmbito do planeamento familiar, como no período pré-natal e pós-natal. Deste modo, visa a prestação de cuidados à mulher em idade fértil, atuando no ambiente onde se insere, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir possíveis complicações (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio).

Segundo o Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro

(...) o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica assegura atividades em articulação com as diferentes unidades funcionais do ACeS por forma a garantir acessibilidade e o cumprimento da assistência pré-natal, do planeamento familiar, da assistência e vigilância da gravidez, do puerpério e ginecologia, de programas de rastreio do cancro do colo do útero e de programas no âmbito do climatério e menopausa (...)

considerando o rácio de 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica por cada 200 nascimentos. (Anexo I, s.p.)

O contexto de estágio ESMO na comunidade foi realizado na UCC A, uma unidade funcional dos agrupamentos de centros de saúde (AceS), com a presença de uma enfermeira cooperante especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. A UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, visando a obtenção de ganhos em saúde. Esta unidade proporciona cuidados de saúde a cerca de 81 020 habitantes, atuando em articulação com três Unidades de Saúde Familiar (USF) e duas Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP).

Durante o estágio de ESMO na comunidade foram realizadas visitas domiciliárias à puérpera e recém-nascido (RN) no âmbito do projeto “Criar, crescer, cuidar”, com o objetivo de avaliar o estado de saúde de ambos os intervenientes, esclarecer e orientar cuidados no puerpério e identificar situações de risco ou de potencial problema. Também foram realizadas consultas de vigilância pré-natal no âmbito do projeto “Pro cuidar”, com o objetivo de vigiar a gravidez de baixo risco.

2.1.2 Estágio ESMO Na Sala De Partos

O contexto de ESMO na sala de partos visou cuidar da mulher “ (...) inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p.13562), assistindo o parto de acordo com as expectativas da mulher, num ambiente seguro, de modo a garantir a saúde tanto da mulher, como do RN na adaptação à vida extrauterina (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio).

Neste estágio foram desenvolvidas competências do EEESMO, com intervenções de qualidade, garantindo o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos enfermeiros, 2001). À luz destes padrões foram desenvolvidos cuidados que visam adquirir a excelência no exercício profissional, garantindo “os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (Ordem dos enfermeiros, 2001, p.13-14).

Ao longo deste estágio pretendeu-se, assim, promover a vinculação entre a mulher/casal e o RN, referenciando as situações para além da área de atuação do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio). Para além disso, investiu-se na capacitação da mulher no pós-parto imediato, de modo a garantir o seu autocuidado e promover uma vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com o trabalho de parto (Escola superior de Saúde de Santarém, s.d.).

O contexto de estágio ESMO na sala de partos foi realizado no Hospital B, no serviço de bloco de partos, com a presença de uma enfermeira cooperante especialista em saúde materna e obstétrica.

Relativamente ao serviço de bloco de partos, está inserido no serviço de Urgência Obstétrica e de Ginecologia, compreendendo ainda a vertente de ambulatório (admissão e triagem) e internamento na unidade de internamento de curta duração.

As mulheres admitidas neste serviço provêm da Unidade de Saúde Local (ULS) da área de abrangência ou através da referenciação após a vigilância pré-natal no mesmo hospital a nível da Consulta de Alto Risco ou da Consulta de Referência do 3º Trimestre de gravidez.

No serviço de Urgência obstétrica são realizados cuidados de assistência e acompanhamento do trabalho de parto e parto, assim como diagnóstico, tratamento e encaminhamento de patologias urgentes ou emergentes do âmbito de ginecologia. São assistidas mulheres em qualquer idade gestacional, em complementaridade com a especialização dos cuidados neonatais. Deste modo, este hospital classifica-se como um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, isto é, realiza funções suplementares aos Hospitais de Apoio Perinatal, com “autonomia assistencial a todos os RN de risco excetuando: Cirurgia Neonatal e Subespecialidades que envolvam alta tecnologia” (Direção Geral de Saúde, 2001, p.14).

Segundo o Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro

(...) recomenda-se que o bloco de partos disponha, em permanência, de 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por cada 1.000 partos/ano (...). Recomenda-se que as unidades de saúde disponham, em permanência, de uma equipa externa de apoio ao bloco central e ao bloco de partos, que atue em situações de urgência que o justifiquem e que, obrigatoriamente, integre 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (Anexo I, s.p.)

Verifica-se que este serviço não cumpre as dotações seguras preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Atendendo ao volume anual superior a 3000 partos, o Hospital B deveria dispor de, no mínimo, seis EEESMO disponíveis em permanência. Contudo, o número efetivo de profissionais especializados é inferior ao recomendado. Este défice compromete a capacidade de prestação de cuidados individualizados e especializados

durante o trabalho de parto, período que exige vigilância contínua e suporte qualificado à parturiente e ao RN.

2.1.3 Estágio ESMO na Gravidez Patológica e Puerpério

O contexto de estágio de ESMO na gravidez patológica envolveu a prestação de cuidados especializados à mulher grávida “(...) a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p.13561), no sentido de promover uma vivência positiva desta situação de gravidez patológica e de capacitar a mulher e casal para obtenção do melhor nível de saúde (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio).

Relativamente ao contexto de estágio de ESMO no puerpério, este comportou o “cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p.13562), no sentido de potenciar tanto a saúde da puérpera como a saúde do RN, incluindo o apoio à mulher e casal na transição para a parentalidade (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio). Para além disso, neste contexto, revelou-se pertinente e relevante apoiar a mulher nas situações que necessitam de referenciação para além da área de atuação do EEESMO, nomeadamente nos casos de alterações morfológicas e/ou funcionais do RN, facilitando a coordenação com a restante equipa multidisciplinar (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio).

O contexto de estágio ESMO na vigilância da gravidez patológica e ESMO no puerpério foram realizados no Hospital B, na Unidade de Obstetrícia, com a presença de duas enfermeiras cooperantes especialistas em saúde materna e obstétrica distintas.

O serviço de obstetrícia insere-se no departamento de cuidados à mulher. Deste modo, são realizados cuidados diferenciados tanto à mulher grávida, como à puérpera, RN e família residentes na área de influência, em coordenação com os ACeS dos dois concelhos abrangidos.

Segundo o Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro

Nas unidades de internamento de Medicina Materno-Fetal, deve existir 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por 3 (três) clientes com gravidez de alto risco e 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por 6 (seis) clientes com gravidez de médio risco; nas unidades de internamento de puérperas deve existir 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por 3

(três) clientes em puerpério patológico, e 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por 6 (seis) clientes em puerpério normal. Nestes serviços, devem ser incluídos enfermeiros com especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como Enfermeiros de cuidados gerais, atuando em complementaridade. (Anexo I, s.p.)

Neste sentido, nem o serviço de vigilância materno-fetal, nem o serviço de puerpério cumprem as orientações. Em ambos os serviços são realizados cuidados à mulher grávida ou puérpera, respetivamente, com patologia associada a um grande número de mulheres, pelo que o rácio de EEESMO não é suficiente para assegurar os cuidados previstos. Para além do mencionado, o serviço de puerpério não comporta nenhum enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. Este incumprimento das dotações previstas tem implicações tanto na qualidade de cuidados prestados, como na segurança da mulher e do RN. O número limitado de enfermeiros induz à priorização de cuidados e à impossibilidade de um cuidado de excelência, tanto à mulher, como na vigilância do RN.

2.1.4 Estágio ESMO Na Ginecologia

O contexto de ESMO em ginecologia incidiu na prestação de cuidados à mulher, em todas as fases do seu ciclo vital, com alterações no aparelho geniturinário e/ou mama, de modo a facilitar este processo de doença e adaptação à mesma (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio).

Este contexto ocorreu no Hospital B, no serviço de consultas externas, mais precisamente nas consultas no âmbito de ginecologia e planeamento familiar, com a presença da enfermeira de cuidados gerais perita na área de ginecologia, devido à ausência de EEESMO a exercer neste serviço.

Nas consultas externas de ginecologia prestam-se serviços clínicos em ambulatório, sendo realizadas consultas presenciais e teleconsultas. No âmbito das consultas do departamento da mulher são realizadas consultas de diagnóstico e terapêutica, nomeadamente colposcopias e histeroscopias e, ainda, realizadas consultas de planeamento familiar. Tal como evidenciado anteriormente, as consultas são realizadas em ambulatório, pelo que, o enfermeiro tem o contributo de realizar o contacto telefónico para esclarecer eventuais dúvidas e identificar adaptação após as técnicas de diagnóstico e terapêutica.

2.2 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

A prática clínica decorrente dos contextos de estágio permitiu desenvolver competências no âmbito do mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica, tanto no domínio dos cuidados de enfermagem à mulher e RN, como no domínio da elaboração do relatório de estágio na área de enfermagem.

De acordo com os descritores de Dublin, a obtenção do grau de mestre pressupõe a aquisição de conhecimento que permita a aplicação de “capacidades de compreensão e resolução de problemas (...) em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a área de estudo.” (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, Artigo 15º, s.p.). Deste modo, a aquisição de competências específicas do EEESMO, permite adquirir conhecimentos avançados, nesta área de especialidade, sustentada pela prática baseada na evidência.

O estágio e a prática clínica inerente foram valorizados, no sentido da aquisição de competências em situações de complexidade. Estes contributos foram essenciais para mobilizar conhecimentos tanto da área de enfermagem de prestação de cuidados gerais, como na área de enfermagem especializada em saúde materna e obstétrica.

Assim, o estágio pressupõe o desenvolvimento de pensamento crítico, raciocínio lógico e reflexão tendo em conta as “ (...) responsabilidades éticas e sociais” (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, Artigo 15º, s.p.), que será detalhada de acordo com a Deontologia profissional de Enfermagem (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro).

A aquisição do grau de mestre pretende fomentar uma aprendizagem autónoma e constante na prestação de cuidados de enfermagem (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro), com reflexão contínua e identificação de necessidades formativas essenciais ao desenvolvimento do EEESMO. O percurso académico desenvolvido possibilita, assim, a integração das dimensões clínicas próprias do EEESMO aliado à dimensão do estudo empírico clínico.

A temática desenvolvida emergiu de uma necessidade identificada na prática clínica, baseada na perceção da dificuldade da transição para a parentalidade nas situações de prematuridade. Esta realidade foi significativa no sentido de identificar quais os contributos do EEESMO nesta transição, que permitissem a redução do *stress* parental, essencial para o conseqüente estabelecimento da vinculação com o RN.

Assim, esta temática foi aprofundada e sistematizada ao longo do contexto de estágio, conciliando a prestação de cuidados de enfermagem com o trabalho de campo e

realização do relatório de estágio. Este percurso permitiu consolidar as competências inerentes do grau de mestre aliado ao exercício especializado do EEESMO, potenciando as competências de pensamento crítico para melhoria de cuidados na área de Saúde Materna e Obstétrica.

2.3 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

O percurso académico desenvolvido durante o mestrado em saúde materna e obstétrica permitiu o desenvolvimento de competências transversais às especialidades na área de enfermagem. Definem-se competências comuns dos enfermeiros especialistas, quando partilhadas no exercício profissional de especialista, demonstradas “através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, Artigo 3º, s.p.).

A prática desenvolvida permitiu consolidar a capacidade de tomada de decisões autónomas e de liderança na prestação de cuidados, permitindo o “(...) aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, Artigo 2º, s.p.). Não obstante ao facto de que o estágio do mestrado a desenvolver não foi o primeiro contacto com a prática de enfermagem, considera-se que o mesmo permitiu a melhoria da qualidade dos cuidados realizados, possibilitando aperfeiçoar a gestão destes, bem como, a aquisição de aprendizagens profissionais imprescindíveis à aquisição do título de especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Em contextos tão exigentes pela sua complexidade e autonomia inerentes, como é o caso do estágio de ESMO na sala de partos, foi desenvolvida a responsabilidade profissional com maior rigor. Durante o trabalho de parto o EEESMO assegura não só um ambiente seguro, mas também a vigilância da saúde da parturiente e da saúde do RN aquando da adaptação à vida extrauterina (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio). O aperfeiçoamento destas dimensões da responsabilidade profissional e reconhecimento da autonomia do EEESMO foram progressivamente adquiridos, de forma a desenvolver uma tomada de decisão fundamentada, baseada na evidência científica e protocolos institucionais.

Ao longo do estágio existiram situações de extrema complexidade emocional e clínica, como situações de perda gestacional. A participação ativa, enquanto futura

EEESMO, nestas situações de extrema complexidade, contribuíram para a melhoria contínua da prática de cuidados, garantindo o respeito pelos direitos humanos, mas não descurando a responsabilidade profissional (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

O contacto com a diversidade de contextos, ainda que relacionados com a saúde da mulher, permitiram otimizar as competências de cuidados de enfermagem, possibilitando uma aprendizagem contínua, com atualização de conhecimentos e desenvolvimento de capacidades de reflexão, avaliando sistematicamente as melhores práticas e as preferências do cliente (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Relativamente à dimensão ética, foi possível consolidar os princípios éticos e a deontologia profissional de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro), nomeadamente na confidencialidade dos dados recolhidos em trabalho de campo para realização do relatório de estágio proposto. Todos os participantes do trabalho de campo foram sujeitos a esclarecimento sobre o estudo empírico e a um consentimento informado, de modo a participarem de forma livre e esclarecida. Para além do mencionado, foi também omitido o local de estágio em todos os contextos de modo a garantir mais uma vez a proteção e confidencialidade dos dados recolhidos.

O respeito pela autonomia da mulher e das pessoas significativas foi considerado em todos os contextos, atendendo à diversidade cultural, potenciando o princípio da beneficência e da não maleficência (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro).

2.4 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

2.4.1 Reflexão Crítica Das Atividades Desenvolvidas Em Contexto De Estágio

Inicialmente foi desenvolvido um projeto individual de estágio que visava mobilizar as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (Apêndice I- Registo das atividades práticas em estágio). À luz deste planeamento inicial, serão abordados mais detalhadamente os contextos de estágio e analisadas criticamente as atividades desenvolvidas, no sentido de refletir sobre a mulher, “entendida numa perspetiva individual como pessoa no seu todo” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p. 13561), em todo o seu ciclo de vida. A contabilização das atividades desenvolvidas em contexto de estágio estão também sintetizadas em apêndice (Anexo I- Síntese de registo de atividades práticas).

2.4.1.1 Cuida a Mulher Inserida Na Família e Comunidade Durante o Período Pré-Natal

No decurso do estágio, os cuidados realizados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal foram realizados tanto no contexto de ESMO na comunidade como no contexto de ESMO na gravidez patológica.

No estágio ESMO na comunidade foi possível desenvolver competências no âmbito da vigilância pré-natal e pós-natal. Relativamente à vigilância pré-natal, foi permitida a participar no projeto inovador “Criar, crescer, cuidar” que visa realizar a vigilância de mulheres não inscritas em USF e/ou que não conseguem realizar as consultas de vigilância pré-natal preconizadas pelo Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de baixo risco (PNVGBR) (Direção geral de saúde, 2015).

De forma a facilitar a realização das consultas pré-natais foi desenvolvido um resumo de acompanhamento da gravidez de baixo risco, adaptado ao PNVGBR (Direção geral de saúde, 2015) (Apêndice III: Resumo para acompanhamento da gravidez de baixo risco, adaptado do PNVGBR). A realização destas consultas foi essencial para o reconhecimento de sinais e sintomas que induzem alterações à gravidez fisiológica, que permitiram o encaminhamento e referência destas grávidas nestas situações que estão para além da atuação do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio.).

Ao longo do estágio foi identificada a necessidade de implementação de cuidados domiciliários a mulheres que sofreram de um aborto. Neste sentido, foi realizado um folheto informativo com os principais recursos na comunidade de modo a apoiar a mulher e conviventes significativos, durante o período de luto (Apêndice IV: folheto informativo sobre recursos na comunidade após perda gestacional).

Para além disso, foi ainda possível aprofundar a temática em estudo e capacitar algumas mulheres no período pré-natal sobre sinais de ameaça de parto pré-termo. Deste modo, foi realizado um póster ilustrativo sobre os principais sinais de parto pré-termo, permitindo alertar a “grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p.13562) (Apêndice V: Sinais e sintomas sobre início de trabalho de parto pré-termo).

Uma das principais dificuldades identificadas neste contexto foi o crescente número de mulheres que não realizam vigilância pré-natal, tanto por não estarem inscritas em nenhuma USF, como por desconhcerem a sua importância, ou até mesmo por insuficiência económica.

Os cuidados realizados pelo EEESMO são de extrema importância, mas muitas vezes são extensos e com recursos limitados, o que dificulta a vigilância pré-natal para um maior número de mulheres. Dada esta escassez de recursos, muitas vezes, as consultas pré-concepcionais são negligenciadas relativamente às consultas de vigilância pré-natal.

Relativamente ao estágio desenvolvido em contexto de ESMO na gravidez patológica, nomeadamente, vigilância materno-fetal, este revelou-se uma ferramenta essencial para conhecer e compreender a complexidade da vigilância simultânea da mulher e feto de forma detalhada e individualizada, no sentido de “potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p.13562).

Neste contexto, foi possível identificar um número significativo de internamentos associados a patologias maternas, como pré-eclâmpsia, colestase gravídica ou ameaça de parto pré-termo (APPT), mas também situações de indução do trabalho de parto. Esta multiplicidade de patologias possibilitou a atualização de planos de cuidados diferenciados, centrados na mulher e possibilitou o desenvolvimento da qualidade dos cuidados prestados de forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Estes internamentos pareceram gerar grandes níveis de ansiedade e incertezas associadas, o que exige não só competências clínicas, mas também competências relacionais que promovam confiança e suporte emocional. Muitos destes internamentos são longos, pelo que, foi possível o estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher e pessoas significativas.

Destaca-se ainda a importância do trabalho multidisciplinar neste estágio, nomeadamente com o serviço de urgência obstétrica, fundamental para a articulação e continuidade de cuidados, de forma a valorizar o desconforto da mulher no início de trabalho de parto e a referenciar situações para além da área de atuação do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio).

Ao longo deste contexto foi também possível implementar o projeto de investigação sobre a temática proposta. Através da identificação precoce das mulheres com APPT ou com patologia associada, foi possível a realização de ações de educação para a saúde distintas. Em primeiro lugar, foi realizada a apresentação do estudo empírico a desenvolver, reconhecimento dos conhecimentos da mulher grávida sobre o RN prematuro e esclarecimento das principais dúvidas associadas tanto ao internamento como à participação no trabalho de campo. Posteriormente, foi fornecido um documento de suporte

digital (Apêndice VI- *Ebook: o meu bebé pode nascer mais cedo, e agora?*) com informações sobre a APPT, a prematuridade e o internamento na neonatologia (baseados nos conhecimentos adquiridos na prática clínica e nos consensos de neonatologia propostos pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia (s.d.)), com presença de imagens ilustrativas para melhor entendimento e compreensão da mulher (Divulgadas pela Organização Mundial de Saúde (2023c)). Para além disso, ainda foi proporcionada uma visita virtual à unidade de neonatologia, identificando as suas principais características e cuidados realizados. As imagens da visita virtual realizada não são divulgadas no presente relatório de estágio, de modo a garantir a proteção da confidencialidade e privacidade.

Estas ações de educação para a saúde possibilitaram criar oportunidade de estabelecimento de uma relação de confiança com as mulheres, muitas vezes, estendida até ao internamento na neonatologia. Verificou-se que os internamentos de prematuros, geradores de *stress* e ansiedade para a maioria dos pais, decorreram com maior tranquilidade e aceitação. Neste aspeto, foi notório que a existência de uma figura de referência profissional, conhecedora, previamente, da história clínica, foi um fator facilitador tanto para a comunicação após o parto, como para a adaptação ao ambiente da neonatologia.

A principal barreira ou limitação na implementação neste trabalho de campo, ao longo deste estágio, incidiu no facto da amostra de mulheres com APPT apresentar baixa literacia, tanto a nível de comunicação oral e escrita, como no conhecimento sobre o internamento a decorrer e implicações para o parto prematuro. Este aspeto veio reforçar a importância de adaptação de estratégias educativas, adaptadas a cada mulher. Deste modo, foram adquiridas novas competências profissionais (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) de cuidados individualizados, congruentes e culturalmente sensíveis a cada mulher/família.

2.4.1.2 Cuida a Mulher Inserida Na Família e Comunidade Durante o Trabalho De Parto

Durante o estágio foram realizados cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, no serviço de urgência obstétrica e ginecológica.

Neste contexto de estágio é possível identificar a importância do EEESMO, não só ao nível do acompanhamento da grávida em trabalho de parto, mas também a sua atuação em situações de urgência obstétrica.

Na ótica da mestranda, as principais competências desenvolvidas neste contexto foram a autonomia e a responsabilidade profissional (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). A perceção do contributo do EEESMO durante o trabalho de parto e a complexidade do cuidado à mulher e RN foram adquiridos de forma gradual, “efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina”(Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p.13562).

Este contexto de estágio foi o mais longo, sendo desenvolvidas competências de “execução do parto de apresentação cefálica” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p.13563), adequado às expectativas da mulher no seu decorrer, potenciando a promoção de conforto e bem-estar e monitorizando alterações ao trabalho de parto de baixo risco (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio).

Para além do mencionado, este contexto de estágio foi especialmente enriquecedor pela necessidade de planear intervenções à “parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p.13563). Esta particularidade exigiu uma necessidade de adequação da gestão dos cuidados de enfermagem especializados, no sentido de potencializar a resposta adequada ao contexto clínico da mulher, “garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, Anexo III, para 3).

Ao longo deste estágio foi notória a importância do convivente significativo para a mulher durante o trabalho de parto. Muitas mulheres verbalizaram ficar menos ansiosas na sua presença e mais confiantes durante todo o trabalho de parto. Deste modo, reconheceu-se a importância de cuidar da mulher holisticamente, de modo a incluir as pessoas significativas no plano de cuidados, permitindo tranquilizar a mulher num ambiente menos intimidante.

Neste contexto foi ainda experienciado o contacto com a mulher grávida em trabalho de parto após perda gestacional. Perante estas situações foi identificada a necessidade da realização de “intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p.13564). Assim sendo, foi realizado um “envelope de memórias” de modo a eternizar o peso, o dia e hora de nascimento destes RN e transmitir uma mensagem de apoio para a mulher/casal (Apêndice VII- Envelope de memórias). O desenvolvimento deste envelope de memórias permitiu promover o luto da mulher/casal,

bem como, desenvolver uma atividade integrada no projeto de estágio da mestranda e na sua temática do relatório de estágio.

Devido à curta permanência das mulheres com APPT no serviço de urgência obstétrica, tanto pelo desfecho do parto (nascimento de um RN prematuro ou até mesmo perda gestacional), como por transferência após estabilização para o serviço de vigilância materno-fetal, as mulheres grávidas incluídas neste trabalho de campo não foram identificadas neste serviço.

O estágio de ESMO durante o trabalho de parto foi especialmente enriquecedor nas situações de início de trabalho de parto pré-termo. Como o estágio foi realizado no âmbito da urgência obstétrica, tornou-se bastante desafiante no sentido tanto de retardar o trabalho de parto pré-termo, com recurso à tocolise, como de preparar o RN pré-termo para o eventual nascimento: maturação pulmonar e desenvolvimento do sistema neurológico. O acompanhamento das mulheres grávidas nesta situação permitiu implementar intervenções de promoção da vinculação (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio), mesmo em situações iminentes de APPT.

2.4.1.3 Cuida a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Período Pós-natal

Os cuidados realizados à mulher e RN no período pós-natal foram realizados no estágio de ESMO no puerpério e de ESMO na comunidade.

No estágio de ESMO no puerpério pretendeu-se cuidar da mulher “inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p.13563). Com a realização deste contexto de estágio foi notória a importância da adaptação do EEESMO às diferentes necessidades da puérpera/ RN/ família.

Neste campo de estágio foram realizados cuidados à mulher com RN pré-termo, internados na neonatologia. Foi notória a dificuldade destas mulheres em lidar com a restante família, nomeadamente os filhos mais velhos. Estas crianças ficam muitas vezes ao cuidado dos familiares de referência, com impacto significativo na dinâmica familiar e consequentemente na perspetiva da criança (Carvalho et al., 2019 citado por Silva, et al., 2024). Nesse sentido foi redigido o conto infantil “O meu irmão nasceu mais cedo” (Apêndice VIII: Conto infantil “O meu irmão nasceu mais cedo”) de modo a criar um recurso educativo, que esclareça algumas dúvidas das crianças em idade pré-escolar e escolar,

promovendo a sua inclusão no processo de internamento, mesmo quando a sua presença física não é permitida.

No estágio de ESMO na comunidade, foram realizadas visitas domiciliárias no período pós-natal, visando a vigilância integrada da puérpera e do RN. Relativamente à vigilância do RN, foram desenvolvidas intervenções de avaliação da progressão ponderal, realização do rastreio neonatal e apoio ao aleitamento materno. Quanto aos cuidados à puérpera, destacam-se a avaliação e cuidado à ferida operatória em situações de parto distócico por cesariana, o esclarecimento de dúvidas e a educação para a identificação de sinais de alerta no puerpério.

A realização de cuidados domiciliários tornou-se essencial para o estabelecimento de uma relação mais próxima com o casal/família, evitando deslocações ao estabelecimento de saúde e permitindo cuidar a díade/tríade no seu ambiente natural. Apesar disso, foi notória a falta de recursos para a extensa população abrangida, necessitando de visitas domiciliárias mais breves e selecionadas consoante prioridades.

Para além do mencionado, o EEESMO na UCC A, presta cuidados a uma população heterogénea, com uma diversidade cultural e linguística díspares. A mestrandia considerou este o principal desafio nesta UCC. A referenciação desta população ou até mesmo o contacto com as mesmas tornou-se extremamente desafiante, ficando esta vigilância muitas vezes comprometida.

Apesar de serem realizados cuidados no puerpério em ambos os contextos de estágio, foram perceptíveis diferenças nos mesmos. Enquanto no estágio de ESMO no puerpério os cuidados foram realizados em contexto hospitalar, permitindo facilmente referenciar situações de alterações fisiológicas no puerpério, bem como alterações fisiológicas do RN (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio), no estágio de ESMO na comunidade foram identificadas as maiores preocupações das mulheres, que, com o regresso a casa, apresentam as principais dificuldades e questões.

Ambos os contextos foram essenciais para a deteção de potenciais intervenções de promoção da saúde mental, com bastante relevância no “suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p.13564).

2.4.1.4 Cuida a Mulher Inserida Na Família e Comunidade no Âmbito Do Planeamento Familiar, a Vivenciar Processos De Saúde/Doença Ginecológica

Com a realização do estágio de ESMO em ginecologia foi possível aprofundar os conhecimentos relativamente à saúde ginecológica, nomeadamente alterações do colo do útero e o seu principal diagnóstico e intervenção.

A realização de consultas no âmbito da ginecologia proporcionou não só a deteção e implementação de intervenções associadas a complicações ginecológicas, mas também proporcionou a promoção da saúde da mulher. Foi notório ao longo do estágio a baixa literacia relativamente à vigilância da saúde ginecológica, visível no acompanhamento e deteção de alterações fisiológicas tardias e potencialmente mais complexas.

Apesar de ser uma área de intervenção a uma população tão abrangente, distingue-se a capacidade de acompanhamento do enfermeiro desde o diagnóstico de alterações na vigilância de colpocitologia preconizado pela Direção Geral da Saúde (Norma n.º 09/2024 de 17 de Outubro), ao tratamento e acompanhamento durante a recuperação domiciliária. Assim, entende-se que a consulta em ginecologia é um contributo imprescindível de apoio à “mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p.13564).

Apesar da vigilância da saúde da mulher incluir consultas de planeamento familiar, não surgiu oportunidade de realização das mesmas, no âmbito deste campo clínico, devido aos limites temporais do mesmo (com duração de apenas 2 semanas) e às necessidades detetadas no serviço onde decorreu a prática clínica. Mediante estas necessidades, priorizou-se o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO em consulta de Ginecologia Médica.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

3.1 O RECÉM-NASCIDO PREMATURO

A propósito da prematuridade, “em todo o mundo, (...), estima-se que nasça um bebé prematuro a cada dois segundos” (Ohuma, et al., 2010 citado por Organização Mundial de Saúde, 2023b, p.1). Deste modo, esta problemática torna-se uma preocupação mundial cuja incidência não decresceu nas últimas décadas (Organização Mundial de Saúde, 2023b).

Um RN pré-termo nasce entre as 20 e as 37 semanas de idade gestacional, sendo que a maioria dos nascimentos prematuros ocorre entre as 34 e 36 semanas de idade gestacional (Griggs et al., 2020).

Segundo o Serviço Nacional de Saúde (2025), os RN prematuros podem ser caracterizados segundo a sua idade gestacional: pré-termo tardio (idade gestacional compreendida entre as 34 semanas e 36 semanas e 6 dias), pré-termo moderado (idade gestacional compreendida entre as 32 semanas e 33 semanas e 6 dias), grande pré-termo (idade gestacional compreendida entre as 28 semanas e 31 semanas e 6 dias) e extremo pré-termo (idade gestacional inferior a 27 semanas e 6 dias). Estes nascimentos prematuros não são completamente inócuos, quanto menor a idade gestacional, maiores os riscos de possíveis complicações a longo prazo (Griggs et al., 2020). Sendo então, considerado atualmente o limite da viabilidade legal de 24 semanas de idade gestacional completas (Carlisle & Carter, 2025).

As complicações associadas à prematuridade assumem uma particular relevância, uma vez que representam a principal causa de mortalidade infantil até aos 5 anos de vida. Em 2021, foram responsáveis por cerca de 1 milhão de mortes neonatais em todo o mundo. Para além disso, as morbidades destes RN pré-termo tornam-se de extrema importância, com principais prejuízos a nível do sistema respiratório, cardíaco e relevante impacto no neurodesenvolvimento (Organização Mundial de Saúde, 2023b).

Assim sendo, a atuação perante a prematuridade torna-se de extrema importância, de forma a atingir um dos objetivos de desenvolvimento sustentável, “através de cuidados abrangentes, antecipatórios e individualizados” (Ministério dos Negócios Estrangeiros, 2017, p.22). Esta intervenção visa erradicar as mortes neonatais evitáveis, prevenindo os

nascimentos pré-termo e/ou melhorando a qualidade de vida a longo prazo para estes RN (Organização Mundial de Saúde, 2023b).

De forma a otimizar os resultados neonatais, alterando a cultura e prática nos cuidados ao RN prematuro, foi desenvolvido pela Bliss Baby Charter (2017) a “Carta do bebé Bliss”, baseada na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças. A sua implementação permite garantir cuidados centrados na família, de modo a proporcionar melhores oportunidades ao RN pré-termo. De entre os seus sete pressupostos considera-se que numa abordagem pré-natal deve ser considerado que

(...) as decisões sobre os cuidados neonatais são baseadas no melhor interesse do bebé, com os pais participando ativamente nos cuidados. Estas decisões, que visam o melhor interesse do bebé, são fundamentadas em evidências e nas melhores práticas, e são informadas pelos pais, que são incentivados e apoiados no processo de tomada de decisão. (Bliss Baby Charter, 2017, p. 7)

3.2 O PARTO PRÉ-TERMO

Os partos pré-termo ocorrem na sua maioria espontaneamente, tanto por início de trabalho de parto prematuro, como devido à rutura prematura das membranas amnióticas. A indução de trabalho de parto pré-termo ou cesariana podem também ser consideradas, apesar de menos frequentemente, por indicações obstétricas específicas como: patologia materna associada, alterações placentárias ou problemas fetais (Mandy, 2025).

A ocorrência de um parto pré-termo apresenta sinais subtis, pelo que é relevante, durante a vigilância pré-natal, realizar educação para a saúde para a presença destes sinais (Griggs et al., 2020). Cerca de metade das mulheres nesta situação foram identificadas com fatores potenciadores meses antes da ocorrência do parto (Flynn et al., 2023).

Atualmente, ainda não são completamente conhecidos os fatores de risco para o parto prematuro, apesar das gestações gemelares, muitas vezes associadas a técnicas medicamente assistidas (Organização Mundial de Saúde, 2023b), infeções, antecedentes de patologias crónicas como hipertensão arterial ou diabetes (Organização Mundial de Saúde, 2023a), história anterior de parto pré-termo e presença de anomalias uterinas ou cervicais (Griggs et al., 2020) serem fatores potenciadores do mesmo. Segundo as recomendações de boas práticas, proposto por Valencia, Mol e Jacobsson (2021) as

cesarianas realizadas sem indicação médica e a indução de trabalho de parto podem potenciar a ocorrência de partos pré-termo, que podem ser evitados.

Relativamente às principais causas para a ocorrência do parto pré-termo destacam-se: a ativação prematura do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) tanto pela grávida como pelo feto, infeção, distensão uterina patológica e hemorragia decidual (Mandy, 2025).

É possível relacionar o *stress* materno com o desencadeamento do parto pré-termo. A evidência sugere que estas alterações endócrinas induzidas pelo *stress*, podem sensibilizar precocemente as fibras do corpo e colo do útero, tornando-se este mais suscetível à ocorrência do parto (Graça, 2017). Deste modo, entende-se que mulheres com sintomas depressivos têm maior probabilidade de ter um parto pré-termo, em comparação com grávidas sem estes sintomas (Lockwood, 2025b).

Relativamente à distensão uterina patológica são consideradas, entre outras, situações de gestação múltipla e hidrâmnios. Nestes casos a distensão uterina contribui para a ativação do amadurecimento cervical prematuro e rotura prematura das membranas amnióticas, levando à ocorrência do parto pré-termo. Existem ainda outras causas de parto pré-termo como incompetência cérvico-ístmica, onde ocorre dilatação e apagamento do colo do útero sem contrações uterinas. Nestas situações, pode ser considerada a *cerclage* cervical (Lockwood, 2025b).

Atualmente a Organização Mundial de Saúde (2023b) recomenda a ocorrência de um mínimo de oito contactos pré-natais (em substituição aos anteriores quatro contactos recomendados). Deste modo, a recomendação prevê entre outras, a realização do primeiro contacto antes das 12 semanas de idade gestacional, com a realização de uma ecografia antes das 24 semanas de idade gestacional, especialmente relevante, de forma a precisar a idade gestacional, imprescindível para a adequação atempada de intervenções nos casos de APPT.

Recomendam-se, por isso, intervenções-chave para a prevenção de um parto pré-termo, como o aconselhamento de hábitos alimentares saudáveis, cessação tabágica ou de outras substâncias nocivas e o seguimento regular com profissionais de saúde, de modo a detetar possíveis sinais para a ocorrência dos mesmos atempadamente (Organização Mundial de Saúde, 2023a).

Muitas vezes, apesar dos métodos de adiamento de um parto pré-termo, o parto pode ser inevitável. A ocorrência de APPT prevê a realização de intervenções de forma a reduzir os riscos associados ao parto, no sentido da realização de cuidados preventivos terciários. Nesse sentido são realizadas injeções intramusculares de corticóides pré-natais

à mulher grávida, de modo a promover o desenvolvimento pulmonar fetal de forma mais acelerada, reduzindo complicações respiratórias após o parto. Caso a APPT ocorra antes das 32 semanas de idade gestacional, a administração de sulfato de magnésio é recomendada, de forma a reduzir a probabilidade do desenvolvimento de paralisia cerebral no RN. Para além disso, caso a mulher grávida tenha RPM ainda cumpre antibioterapia, de modo a prevenir morbididades neonatais (Organização Mundial de Saúde, 2023b).

3.3 A CAPACITAÇÃO PARENTAL

A prematuridade é uma condição complexa que envolve múltiplos fatores de risco e implica desafios significativos tanto para o RN, como para os pais (Schuyler & Carlo, 2023).

Importa assim garantir que os pais devem estar conscientes das fragilidades de um RN prematuro, tais como: ocorrência de problemas respiratórios, infeções que podem comprometer a vida do RN ou o grande risco de ocorrerem lesões cerebrais (Geurtzen, et al., 2019).

Deste modo, prevê-se que os pais devam ser capacitados, caso pretendam, sobre os procedimentos a ser realizados após o nascimento sobre perspetivas de cuidados ao RN, incluindo medidas de suporte de vida, no sentido do planeamento do parto de forma transparente e tranquila (Griggs et al., 2020).

Estas informações devem ser fornecidas após a deteção de uma APPT, visto que o fornecimento de informação próximo do momento do parto, permitirá reduzir as oportunidades de não só influenciar os resultados da gravidez, mas também reduzir o tempo da mulher grávida, inserida no seio familiar, para gerir e discutir a informação apresentada, nomeadamente em situações de RN extremamente prematuros (Flynn, et al., 2023).

A escassez de informação parental sobre a prematuridade impossibilita que os pais tomem decisões informadas dificultando também a adaptação ao internamento do RN numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). O fornecimento de informação aos pais, que possa ser partilhada com os restantes membros significativos, permite adquirir uma melhor compreensão e apoio nestas unidades (Schuyler & Carlo, 2023).

Assim, revela-se fundamental identificar as necessidades e expectativas informacionais da mulher/casal, de modo a desenvolver cuidados de enfermagem individualizados e centrados na pessoa, que facilitem a transição para a parentalidade e atendam às suas especificidades (Geurtzen, et al., 2019), nomeadamente a religião,

espiritualidade e esperança (Schuyler & Carlo, 2023), no sentido de promover cuidados de elevada qualidade, que cumprem os direitos fundamentais da mulher, “(...) incluindo cuidados de desenvolvimento; consentimento informado; estar juntos; não ser detido; e não ser discriminado” (Organização Mundial de Saúde, 2023b, p.27).

O objetivo destes cuidados pré-natais, nomeadamente ao nível da educação para a saúde, é o estabelecimento de uma relação de parceria e de confiança, num momento tão complexo e inesperado que é a prematuridade, considerando os pais os elementos mais significativos dos cuidados e os principais defensores do RN (Schuyler & Carlo, 2023).

A parceria e participação ativa da mulher são consideradas dois dos princípios fundamentais dos direitos humanos, tendo um impacto significativo na prevenção e nos cuidados na prematuridade. Deste modo, garante-se o respeito e apoio da díade mãe-RN, visando o cumprimento dos direitos de ambos, com benefícios físicos e psicológicos. O cuidado materno respeitoso pretende permitir escolhas informadas ao longo de todo o trabalho de parto e do parto, garantido a promoção da dignidade, privacidade e confidencialidade (Organização Mundial de Saúde, 2023b).

Os princípios do cuidado informado sobre o trauma também enfatizam a importância do empoderamento e do incentivo dos pais para assumir seu papel como pais.(...) Ajudar os pais a cumprir sua visão pode ajudar a manter a esperança, diminuir o trauma e tornar mais tangível um ideal nebuloso de criar um bebé extremamente prematuro. (Sanders, 2018, citado por, Sullivan, et al., 2022, p. 9)

Ao longo da literatura reconhece-se que os pais que usufruíram desta preparação para a prematuridade, relataram que a preparação é especialmente relevante em relação à prestação de cuidados ao RN, em relação à obtenção de informações sobre a sobrevivência do RN e dos meios para que se sintam apoiados por uma equipa multidisciplinar (Blackburn & Harvey, 2019).

Os pais merecem saber como é que conseguirão comunicar com o bebé e ajudá-lo a desenvolver as suas próprias capacidades. À medida que evolui, um bebé de risco pode aprender ou o sucesso ou o insucesso. Quanto mais precoce for a nossa intervenção, mais probabilidades de sucesso ele terá.(...) O bebé prematuro tem tendência a desenvolver-se a um ritmo mais lento, devido à dificuldade de

organização do seu frágil sistema nervoso. Se os pais contarem com isto, a sua ansiedade diminuirá. (Brazelton, T. B., 1992, p. 399)

3.4 O IMPACTO PARENTAL

O nascimento de um bebé prematuro é um choque. Todo o esforço da gravidez e da preparação para o trabalho de parto e para a chegada do novo bebé são bruscamente interrompidos. Tanto o prematuro como os pais têm de enfrentar muitas adaptações (Brazelton, T. B., 1992, p. 396)

O parto pré-termo pode ser vivido como *stress* pós traumático, como a sensação de perda de identidade, diminuição do controlo, principalmente relacionado com a incerteza de sobrevivência do RN (Foster-Cohen, 2007, citado por Blackburn & Harvey, 2019).

Com o nascimento de um RN pré-termo são geradas três reações distintas previsíveis: a não aceitação (levando os pais a não admitir o acontecimento, embora sintam o impacto do mesmo), projeção (atribuindo a culpa a uma terceira pessoa, como por exemplo os profissionais de saúde) e alheamento (não criando relação com o RN, por ser demasiado doloroso) (Brazelton, T. B., 1992).

Estes fenómenos comprometerão a vinculação entre os pais e o RN, pelas suas escassas interações (Blackburn & Harvey, 2019). Segundo Sanders e Hall (2018), citados por Sousa e Curado (2021) “os pais são os primeiros reguladores dos seus filhos e desempenham um papel decisivo no desenvolvimento e no futuro deles” (p.417), assim torna-se essencial a sua presença durante o internamento. É evidente que mães que tiveram um RN prematuro têm maior probabilidade de desenvolver problemas psicológicos na gravidez, que mulheres com RN de termo, onde a depressão pós-parto ronda os 40% (Schuyler & Carlo, 2023).

As mães, muitas vezes, questionam-se sobre o seu contributo sob parto prematuro, culpabilizando-se. Após o nascimento, os pais centram a sua atenção para o desenvolvimento adequado do RN, com comparações constantes com outros RN de termo. Deste modo, depreende-se que é necessário suporte parental no sentido de enfatizar as capacidades do RN, ao invés das características que o distinguem de um RN de termo. Apenas quando existe esta compreensão das capacidades do filho, os pais conseguem reduzir esta ansiedade (Brazelton, T. B., 1992).

Assim sendo, o apoio à saúde mental parental deverá ser uma prioridade, nomeadamente em casos de luto ou aconselhamento após o nascimento do RN pré-termo

(Organização Mundial de Saúde, 2023b). “Diante dessa realidade, é importante que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, adotem uma filosofia de cuidado colaborativo, não traumática e centrada na família, e que desenvolvam um cuidado antecipatório que promova a transição para o papel parental” (Sousa & Curado, 2021, p.417).

Importa ainda ressaltar a importância do convívio significativo. Estes cumprem um papel de apoio à mulher e até mesmo na realização de cuidados ao RN pré-termo, facilitando a criação de um vínculo com o RN e a assunção de um papel de cuidador (Organização Mundial de Saúde, 2023b).

3.5 O EEESMO NO PARTO PRÉ-TERMO

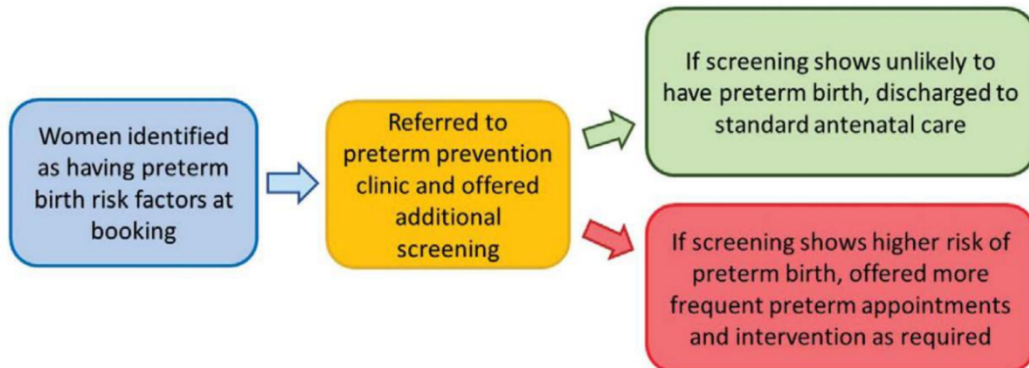
Nestas situações de APPT torna-se de extrema relevância destacar o modelo de continuidade de cuidados, de forma a reduzir o número de partos pré-termo, proporcionando a vigilância da mulher desde os cuidados pré-natal, intraparto e pós-natal pelo EEESMO de referência (Organização Mundial de Saúde, 2023b). “O cuidado deve cobrir a prevenção primária e secundária antes e durante a gravidez” (Marlow, et al., 2014, citado por Anumba, et al., 2024, p. 1007).

Nesse sentido, Anumba, et al. (2024) descrevem um modelo de prestação de cuidados, de modo a ilustrar as intervenções pertinentes em cada período (Anexo II- Modelos de prestação de cuidados evidenciaram intervenções durante os períodos de pré-gravidez, gravidez, trabalho de parto/parto e cuidados pós-natais).

Relativamente aos cuidados pré-natais, Carlisle et al. (2024) citada por Carlisle e Carter (2025) evidenciam que todas as EEESMO que realizam consultas pré-natais necessitam de identificar o risco de desenvolvimento de um parto prematuro a cada mulher, no sentido de a encaminhar adequadamente. De modo a facilitar esta identificação, a *National Health Service England* (2025) desenvolveu uma estratificação dos níveis de risco de parto prematuro, de modo que todas as mulheres consigam ser avaliadas (Anexo III- *Risk Assessment and management tool for pregnant Women at risk of preterm birth*). Tal como a **Figura 1** sugere, caso se verifique baixo risco de parto pré-termo, são realizados cuidados pré-natais padrão, em oposição, se o risco for de moderado a alto deve existir maior vigilância pré-natal.

Figura 1

Esquema do percurso de vigilância do parto prematuro



Fonte: Nacional Health Service England, 2025

Tal como evidenciado anteriormente, deverá existir uma capacitação parental no período pré-natal. Os pais devem ser, deste modo, envolvidos no planeamento do parto, principalmente em situações de extremos prematuros. Este envolvimento deverá ser realizado numa perspetiva multidisciplinar, tanto como EEESMO que realizará cuidados à mulher grávida com APPT, bem como outros profissionais que estarão presentes no momento do parto e pós-parto nos cuidados ao RN prematuro (British Association of Perinatal Medicine, 2019).

Nos cuidados pós-natais, o EEESMO atuará como facilitador na transição para a parentalidade, promovendo não apenas a saúde física do RN prematuro, mas também o bem-estar emocional e psicológico dos pais, contribuindo diretamente para a melhoria dos resultados neonatais e familiares.

Assim sendo, o presente enquadramento teórico-conceitual evidencia pressupostos de melhoria dos resultados a longo prazo tanto para o RN como para a mãe. O EEESMO poderá ter um papel fundamental no apoio às famílias que ultrapassem esta transição para a parentalidade, desde a vigilância e prevenção de sinais de risco durante a gravidez, até ao cuidado e acompanhamento após o parto. Através de um cuidado holístico e centrado na família, o EEESMO atuará como facilitador na transição para a parentalidade, promovendo não apenas a saúde física do RN prematuro, mas também o bem-estar emocional e psicológico dos pais, contribuindo diretamente para a melhoria dos resultados neonatais e familiares.

É o EEESMO que “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos” (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p. 13562), pelo que a temática do presente relatório de estágio se torna especialmente relevante.

3.6 REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

“A transição para a maternidade é um acontecimento importante de desenvolvimento da vida. Tornar-se mãe implica a transição de uma realidade conhecida e atual para uma nova realidade desconhecida” (Barba & Selder, 1995 citado por Mercer, R., 2010, pp. 94-95). A maternidade implica, assim, um processo de mudança, que ocorre à medida que assume o papel como mãe adquirindo tarefas maternas (Pridham & Chang, 1992 citado por Sinh & White-Traut, 2010).

A investigação qualitativa reafirmou a transição para a maternidade como um compromisso intensivo e um envolvimento ativo que começa antes ou durante a gravidez, com a mulher a iniciar a preparação procurando informação e cuidando de si e do bebé. A transformação e o crescimento do eu da mulher ao tornar-se mãe são congruentes com as teorias psicossociais do desenvolvimento e da transição. (Mercer, R., 2010, p. 101)

Meleis et al. (2020) citado por Guimarães e Silva (2016) definem transição como a passagem de um estado estável para outro estado que requer “incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do *self*.” (p.1). Rubin (1977) citado por Cardoso, et al. (2024) afirmam que a ligação estabelecida com RN é essencial para a identificação do papel parental, iniciado logo durante a gravidez.

Uma transição para a maternidade positiva tem consequências cruciais no desenvolvimento da vinculação mãe-bebé (Shin, 2003 citado por Sinh & White-Traut, 2010). Deste modo, importa ressaltar as transições associadas ao internamento da mulher grávida com APPT e posteriormente internamento do RN pré-termo na neonatologia.

Segundo Sinh e White-Traut (2010), as mães que têm o seu filho internado numa UCIN têm maior dificuldade de ultrapassar uma transição saudável para a maternidade, relativamente a mães com RN de termo e/ou saudáveis. Este internamento cria uma fonte de *stress* previsível que desafia a aquisição do papel parental (Sousa & Curado, 2021).

“Perante um nascimento prematuro, o período de gravidez é abreviado e o parto ocorre quando a mãe ainda não se sente preparada, quer fisicamente quer emocionalmente” (Araújo, et al., 2023, p. 146). Estas mulheres experienciam sentimentos de medo sobre a sobrevivência do seu filho e veem a sua experiência materna alterada segundo o idealizado (Affonso et al. 1992 citado por Sinh & White-Traut, 2010).

“Durante os primeiros dias após o parto, as mães enfrentam graves ameaças ao seu bem-estar psicológico devido à nova situação, que inclui a hospitalização inesperada do bebé e expectativas não cumpridas” (Affleck & Tennen, 1991 citado por Sinh & White-Traut, 2010, p.106).

O nascimento de um RN prematuro muitas vezes é comparado a um evento traumático, que induz a sentimentos de impotência e choque dos pais, especialmente significativo na assunção da desconexão emocional no relacionamento com o filho prematuro, distanciando-se do mesmo, com receio da sua morte (Araújo, et al., 2023). Deste modo, estão implícitas alterações no processo de vinculação podendo ser considerado retardado ou até mesmo problemático (Bialoskurski et al., 1999 citado por Sinh & White-Traut, 2010).

A experiência do processo de internamento na neonatologia pode, também, dificultar esta vinculação uma vez que a equipa de enfermagem realiza os primeiros cuidados ao RN, ou até mesmo devido ao aspeto físico e imaturo do RN, dificultando a assunção do papel parental (Araújo, et al., 2023).

Todas as transições desencadeiam mudanças e para compreendê-las é fundamental identificar os efeitos e seus significados. Estas devem ser exploradas segundo sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada a eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nos ideais, perceções, identidades, relações e rotinas. (Meleis, et al., 2020, citado por Guimarães & Silva, 2016, p.2)

Segundo a teoria das transições podem ser classificados diferentes tipos de transição: desenvolvimental, situacional, saúde/doença e organizacional (Meleis, et al., 2020, citado por Guimarães & Silva, 2016). Desta forma considera-se que as situações de APPT e de parto pré-termo com necessidade de internamento na UCIN, são caracterizadas por uma transição múltipla e simultânea. Isto é, nestas situações a mulher grávida/puérpera tanto ultrapassa uma transição situacional, associada a aquisição do papel de mãe, como

ultrapassa também uma transição desenvolvimental, relacionada com mudança no seu ciclo vital. O nascimento de um filho induz a uma transição do ciclo vital com mudanças, preocupações e responsabilidades distintas (Sousa & Curado, 2020, citado por Araújo, et al., 2023).

Sendo a parentalidade um dos principais papéis na vida de um adulto, que se inicia durante a gravidez, período em que a mãe e o pai desenvolvem expectativas, novas competências cognitivas, físicas, emocionais e sociais, idealizam o bebé (imaginário) e projetam um futuro em conjunto (Sousa & Curado, 2021, citado por Araújo, et al., 2023, p. 145).

Relativamente à parentalidade, não só é ultrapassado de um papel não parental para um parental, como também a transição da díade conjugal para uma tríade. Este tipo de transição pode ainda ser acrescido por dificuldades sentidas como depressão materna, alterações ao nível da relação conjugal e *stress* dos pais (Araújo, et al., 2023).

Todas as transições são influenciadas por condicionantes tanto facilitadores como inibidores da transição (Guimarães & Silva, 2016, p.2). Relativamente aos fatores dificultadores, destaca-se a separação precoce mãe-bebé e agravamento do estado de saúde do RN (Mercer, 1986 citado por Mercer, R., 2010). O estado de saúde do RN e o seu desfecho incerto dificultam o estabelecimento da vinculação com o filho, como medida de estratégia de *coping* para evitar o luto tão impactante, como mecanismo de autoproteção (Bialoskurski et al., 1999 citado por Sinh & White-Traut, 2010).

Durante o internamento na neonatologia, reconhecem-se fatores facilitadores no reconhecimento de identidade materna como

(...) o contacto e a interação com o bebé, a assunção de responsabilidades do papel materno, a validação da sua maternidade por parte de um adulto ou pelo reconhecimento e resposta do bebé, os sentimentos de amor pelo bebé e os sentimentos de proteção e preocupação em relação ao mesmo. (Mercer, 2010, p. 98)

Ao longo da literatura, o enfermeiro também é considerado um agente facilitador da transição, no sentido de “(...) prevenir ou atenuar a insuficiência de papel, ações denominadas «suplementação de papel»” (Gaffney, K., 2010, p.114). Assim o EEESMO

“deve ter em consideração todas as mudanças e exigências que estas transições acarretam, e conseguir preparar a díade para uma transição para a parentalidade de forma mais tranquila e com as competências necessárias para tal. É de extrema importância que sejam implementadas práticas de cuidados humanizados que proporcionem uma maior proximidade entre os pais e o bebé, através de cuidados individualizados (Araújo, et al., 2023, p. 156).

Meleis et al. (2020), citado por Guimarães & Silva (2016) reconhecem que a preparação parental e o conhecimento prévio são fatores facilitadores à transição. Assim sendo, destaca-se mais uma vez a pertinência deste estudo, para o impacto numa transição saudável. A hospitalização pré-natal implica um compromisso precoce com a saúde da mulher e o futuro filho, facilitando o processo de vinculação com o mesmo (Mercer, R., 2010), sendo deste modo uma oportunidade crucial de educação para saúde e de consequente preparação para a prematuridade. Esta é uma oportunidade para que o EEESMO invista “no sentido da preparação para a fase seguinte - fase formal. A fase formal corresponde a um período que tem início com o nascimento do filho e com o consequente confronto com a necessidade real de cuidar do recém-nascido, habitualmente nas primeiras duas semanas” (Mercer, 1981, citado por Cardoso, et al, 2024, p.21).

De modo a ilustrar a complexa transição para a parentalidade nestas situações foi realizado um mapa conceptual (Apêndice IX- Mapa conceptual), adaptado ao esquema proposto pela teoria das transições de Afaf Meleis. Tal como descrito anteriormente, considera-se uma transição múltipla e simultânea (transição situacional e desenvolvimental), que é influenciada por fatores inibidores e facilitadores tanto pessoais, como da comunidade e da sociedade. As intervenções do EEESMO perante esta transição pretendem criar um processo de transição menos *stressante* e com maior envolvimento parental no processo de internamento, resultando numa maior vinculação com o RN prematuro.

Esta análise da teoria das transições permite compreender o processo de tornar-se mãe em situações de APPT e prematuridade e planear intervenções apropriadas.

Segundo Cardoso, et al. (2024)

A transição para a parentalidade requer tempo para a incorporação de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das habilidades necessárias às decisões e às ações relativas às competências parentais. Este processo é obrigatório para que a mãe e o pai possam desenvolver confiança nas suas próprias capacidades e

consigam resolver as situações, alcançando uma percepção de eficácia e de satisfação no desempenho do papel. A preparação antecipada para lidar com a nova situação pode constituir um fator facilitador da transição. (Meleis et al., 2000 citado por Cardoso, 2014, p. 21)

Se existirem ações de educação para a saúde, que facilitem a percepção parental sobre o modo adequado para responderem às necessidades do RN, mais facilmente conseguem ajustar-se ao seu papel parental (Cardoso, 2014).

4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O presente relatório de estágio com enfoque na temática proposta foi desenvolvido enquanto estudo misto com duas componentes distintas: a revisão da literatura numa vertente secundária e o trabalho de campo numa vertente primária.

Relativamente à revisão da literatura, foi redigida uma *scoping review*, de modo a identificar qual o contributo do enfermeiro obstetra na preparação da mulher grávida para o nascimento de um recém-nascido pré-termo, sendo realizada tendo em conta a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (Peters, et al., 2024).

Neste sentido, optou-se pela formulação da questão de pesquisa recorrendo ao acrónimo PCC (População, Conceito, Contexto), tendo sido considerados como critérios de inclusão os participantes - a mulher grávida com APPT, relativamente ao conceito foi considerada a preparação para a prematuridade e ao contexto foi considerado o pré-natal. Com base nestes critérios de inclusão foi posteriormente definida uma expressão de pesquisa tendo em consideração os descritores de pesquisa e os operadores booleanos “AND” e “OR”. A pesquisa foi realizada em bases de dados posteriormente definidas, identificando os resultados obtidos segundo o fluxograma PRISMA (Page, et al., 2021). O protocolo do projeto de investigação é apresentado em apêndice (Apêndice X- Protocolo do Projeto de Investigação), bem como os artigos excluídos para realização desta *scoping review* (Apêndice XI- Lista de artigos excluídos com razões), e o instrumento de extração de dados dos artigos identificados (Apêndice XII- Instrumento de extração de dados).

Enquanto estudo primário da temática proposta foi realizado um trabalho de campo em contexto de estágio, que consta no cronograma de atividades posteriormente apresentado (Apêndice I: Registo das atividades práticas em estágio), de modo a integrar os resultados obtidos na *scoping review*. Este trabalho de campo foi realizada no Hospital B após aprovação pela comissão ética do mesmo hospital (Anexo IV- Parecer da Comissão ética).

Relativamente ao trabalho de campo realizado, este teve como objetivo principal identificar o impacto da preparação da mulher grávida em risco de parto prematuro no internamento numa unidade de neonatologia.

Relativamente à população em estudo no trabalho de campo foram consideradas mulheres grávidas em risco de ocorrência de um parto pré-termo (entre as 24 e 37 semanas de idade gestacional) e foram excluídas mulheres que não saibam ler ou falar português, que recusaram a inclusão no estudo após consentimento informado ou que apresentassem uma idade gestacional superior a 37 semanas. A amostra para este estudo não incluiu menores de 14 anos ou inimputáveis.

A realização deste trabalho de campo foi realizada em dois momentos. Numa primeira fase foi realizada no serviço de vigilância materno-fetal, em que foram realizadas ações de educação em saúde a mulheres grávidas em risco de ocorrência de um parto pré-termo. Inicialmente foi prevista a realização do trabalho de campo também no serviço de bloco de partos, que não foi realizada pela curta permanência das mulheres com APPT neste serviço, tal como evidenciado anteriormente.

As ações de educação em saúde supracitadas foram compostas por diferentes atividades nomeadamente: a perceção da mulher grávida sobre o conhecimento sobre a prematuridade e esclarecimento de eventuais dúvidas, fornecimento de suporte informativo digital sobre as especificidades da prematuridade e internamento associado (Apêndice VI- *Ebook: o meu bebé pode nascer mais cedo, e agora?*) e realização de um visita virtual à unidade de neonatologia de modo a apresentar o espaço físico e características do mesmo.

Pretendeu-se que a realização destas atividades favorecesse a preparação da mulher para situações de prematuridade, fornecendo informações claras e baseadas em evidências sobre os cuidados ao RN prematuro e possibilitando, simultaneamente, à mulher enfrentar os desafios emocionais e práticos de cuidar de um RN prematuro. Esta dinâmica assumiria, de acordo com a literatura, um fator facilitador para uma transição saudável para a parentalidade e o vínculo com o RN.

A segunda fase foi realizada no serviço de neonatologia, em que foi fornecido um questionário baseado na escala de avaliação do *stress* parental na unidade de neonatologia adaptado para português: NUPS-PT (Anexo V: Escala de avaliação do *stress* parental na unidade de neonatologia adaptado para português: NUPS-PT). Este instrumento de recolha de dados foi previamente validado pelas autoras e a sua permissão foi cedida antes da realização do presente trabalho de campo (Anexo VI: Permissão para utilização da escala NUPS-PT). A escala é composta por diferentes experiências descritas

como *stressantes* para pais de RN internados na neonatologia: ambiente físico e sons, aparência e comportamento do recém-nascido, procedimentos realizados ao RN, relacionamento com o bebé/papel parental e relacionamento familiar/social (Sousa & Curado, 2021). A escala foi entregue idealmente na primeira semana de vida do RN prematuro, ou nas primeiras visitas à unidade de neonatologia.

A mesma escala foi fornecida a dois grupos distintos: o grupo de controlo, cujas mulheres não realizaram ações de educação para a saúde de preparação para o nascimento de um RN prematuro; e um grupo de intervenção em que as mulheres participaram de livre vontade e de forma esclarecida nas ações de educação para a saúde acima referidas.

A amostra considerada é não probabilística, aleatória simples, sendo totalizada com o maior número possível de grávidas para o tempo de estudo e procurando equalizar o grupo de intervenção e o grupo de controlo em número de participantes.

As escalas implementadas foram posteriormente analisadas tendo em conta os parâmetros da escala em utilização e tratadas segundo estatística descritiva de forma anónima e confidencial.

4.1 SCOPING REVIEW

4.1.1. Introdução

A prematuridade representa um desafio na área de saúde materna e neonatal, com implicações não só para as mulheres grávidas que ultrapassam uma gravidez de risco, mas também devido aos desafios inerentes ao nascimento pré-termo. “Estima-se que entre 5 a 18% dos partos a nível mundial ocorrem antes das 37 semanas” (Areias, et al., 2021, p. 1).

As complicações decorrentes da prematuridade são a principal causa de morte neonatal e a segunda principal causa de morte entre as crianças menores de 5 anos. (...) A mortalidade infantil e a morbilidade após o nascimento prematuro podem ser reduzidas através de intervenções voltadas para a mulher antes e durante a gestação e para o recém-nascido prematuro. (Organização Mundial de Saúde, 2016, p. 1)

Um dos fatores que contribui para partos pré-termo são as intervenções de apoio medicalizado à fertilidade. Atualmente existe uma grande prevalência de utilização de técnicas de reprodução medicamente assistidas. “Cerca de 17,5% da população adulta (...) sofre de infertilidade, mostrando a necessidade urgente de aumentar o acesso aos cuidados de alta qualidade” (Organização Mundial de Saúde, 2023D, para 1).

Os cuidadores de recém-nascidos que nascem prematuramente ou com problemas de saúde geralmente ficam stressados e preocupados. Os recém-nascidos têm que passar muito tempo nos cuidados intensivos, o que pode limitar o vínculo com as mães e tornar a amamentação mais difícil.(...) Um relacionamento próximo e íntimo ou “vínculo” entre uma mulher e seu recém-nascido é muito importante para a saúde do bebê, desenvolvimento emocional e físico. (Organização Mundial de Saúde, 2022, p. 38)

Deste modo, o EEESMO encontra-se numa posição privilegiada de contacto com a mulher, principalmente em situações de internamentos prolongados, prestando cuidados centrados na mulher. A sua presença contínua permite a deteção destas alterações psicológicas induzidas pela gravidez de risco e APPT, mas também permite identificar oportunidades de educação para a saúde e estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher e pessoas significativas.

Perante isto, considera-se pertinente identificar qual o contributo do enfermeiro obstetra na preparação para o nascimento de um RN pré-termo, de modo a reduzir o *stress* parental e potenciar a vinculação com o RN.

Neste sentido, realizou-se uma *scoping review*, que permitiu identificar a literatura mais atual sobre esta temática. Posteriormente, os achados da literatura foram analisados e discutidos de modo a identificar evidência científica que assegurasse práticas clínicas baseadas na evidência.

4.1.2. Metodologia

A presente *scoping review* foi realizada tendo em consideração a metodologia proposta pelo Intituto *Joanna Briggs* (Peters, et al., 2024) e estruturada de acordo com o protocolo delineado posteriormente (Apêndice X- protocolo do projeto de investigação).

De acordo com a questão de pesquisa: Qual o contributo do enfermeiro obstetra na preparação da mulher grávida para o nascimento de um recém-nascido pré-termo?, foram

definidos os critérios de inclusão tendo em conta a estratégia metodológica PCC (população, conceito e contexto): a população foi considerada a mulher grávida com gravidez de risco, nomeadamente em situações de APPT, o conceito foi definido como a preparação para a prematuridade e o contexto pré-natal.

De modo a mapear a literatura mais atual que responde à questão de pesquisa, foi selecionada a plataforma *EBSCOhost* e as bases de dados MEDLINE, CINAHL e Pubmed, e foi formulada a expressão de pesquisa tendo em conta os critérios de inclusão previamente definidos e os operadores booleanos “AND” ou “OR”: (NEONAT* OR PRETERM OR PREMATUR*) AND (MATERN* OR PREGNANCY OR PRENATAL) AND (EMPOWERMENT OR EDUCATION) AND (MIDWI* OR OBSTETRIC NURSE), tal como evidenciado na **Tabela 1**.

Tabela 1

Definição dos critérios de inclusão e palavras-chave definidos

População	Mulher grávida com ameaça de parto pré-termo	MATERN*; (PREGNANCY)MeSH; PRENATAL
Conceito	Preparação para a prematuridade	NEONAT*; PRETERM; PREMATUR*
Contexto	Pré-natal	MIDWI*; OBSTETRIC NURSE

Nota: Tabela de elaboração própria baseada na estratégia metodológica PCC (Peters, et al., 2024).

Foram ainda definidos os limitadores universais de pesquisa: texto completo gratuito e período da publicação compreendido entre 2020 e outubro de 2025 ou publicações que remetem aos últimos 5 anos. Foram ainda considerados artigos com idioma em português, espanhol ou inglês. Relativamente aos limitadores específicos serão apresentados posteriormente, segundo o fluxograma PRISMA (Page, et al., 2021).

Após a leitura dos artigos identificados foram considerados seis artigos científicos que constituem o corpo de evidência da presente na *Scoping Review*. Após a leitura dos artigos incluídos, foram ainda considerados artigos de fonte primária evidenciados na literatura identificada.

4.1.3. Discussão

Na presente *Scoping Review* foram identificados seis artigos que revelaram contributos dos enfermeiros obstetras relevantes à preparação para o nascimento de um RN pré-termo.

As mulheres grávidas identificadas como gravidez de alto risco parecem ter dificuldade em obter cuidados humanizados, privilegiando-se práticas intervencionistas (Curtin, et al., 2023). Este facto reforça a necessidade de intervenções por parte do enfermeiro obstetra, destacando a pertinência da presente *scoping review*.

A hospitalização das mulheres nesta situação de gravidez de risco é prolongada, com necessidade de cuidados e vigilância constantes de forma a “garantir o desenvolvimento eficaz da sua condição e a monitorização do bem-estar e crescimento fetal” (Kent, et al., 2015, p. 164). Estes internamentos afetam a mulher grávida e a sua família, induzindo ao aumento do *stress* pela adaptação fisiológica à gravidez ser interrompida (Kent, et al., 2015). Esta vulnerabilidade parece apresentar maior risco para o desenvolvimento de depressão e ansiedade durante a gravidez, mas também impacta o período pós-parto pela dificuldade na interação com o RN (Chaharrahifard, et al., 2021, p. 70).

A depressão e ansiedade podem, deste modo, influenciar o processo de vinculação mãe-RN. Estas mulheres têm tendência a interagir menos e a estar menos despertas para os sinais do seu bebé (Harris, A., 2017). Considera-se assim, o internamento prolongado nas situações de gravidez de risco, uma oportunidade para o enfermeiro obstetra apoiar o diagnóstico atempado e prevenir alterações psicológicas, com o apoio de instrumentos de triagem de saúde mental. Após o seu reconhecimento, importa encaminhar a mulher grávida para cuidados de saúde mental disponíveis na comunidade, a fim de promover a vinculação parental a longo prazo (Kendig, et al., 2017).

Assim sendo, Bayati et al. (2023), destacam três pilares essenciais neste aconselhamento pré-natal: educação, suporte e acompanhamento. A realização de cuidados obstétricos contínuos é valorizada ao longo da literatura como relevante nas situações de gravidez de risco. A continuidade impacta maior envolvimento da mulher grávida sobre as decisões de “cuidados pré-natais, intraparto e pós-natais” (Turienzo, et al., 2021, p. 2), melhorando as perceções das mulheres sobre o parto pré-termo com consequente aumento da confiança (Turienzo et al., 2021).

Assim, a continuidade de cuidados obstétricos possibilita não só o aumento da confiança nos cuidados pós-natais, mas também maior confiança para expressar

alterações emocionais no seu decorrer (Turienzo, et al., 2021, p. 2), reduzindo o *stress* e probabilidade de desenvolver depressão após o parto, com conseqüente aumento da competência parental (Chaharrahiard, et al., 2021, p. 70). “Portanto, aconselhamento e intervenção são necessários para fortalecer o papel da maternidade em mães com bebês prematuros internados na unidade de cuidados intensivos” (Karimi, et al., 2024, p.316).

Este aumento da confiança e redução do *stress* pré-natal poderá destacar-se também como impactante na prevenção de partos pré-termo. Segundo Sandall (2016), citado por Medley et al. (2018), os cuidados obstétricos contínuos demonstram benefícios nos nascimentos prematuros e melhoria na sobrevivência perinatal, face ao modelo de cuidados padrão.

Relativamente às necessidades de informação percebidas pelos pais de RN prematuros, Rasti et al. (2014) destacam as habilidades dos cuidados ao RN a realizar nas UCIN e de receber informações sobre os RN prematuros. Estas duas dimensões de informação foram consideradas essenciais para sentirem controlo da situação. “A experiência de internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais é uma crise emocional e espiritual, essa experiência intensa e enfrentamento das necessidades especiais podem ser superados com o apoio da equipa hospitalar”(Rasti et al., 2014, p.27).

A UCIN tem um ambiente característico: “a presença de equipamentos médicos assustadores na UCIN e outros fatores, como a falta de familiaridade, podem contribuir para o aumento do risco de complicações” (Sajadi, Akhoundzadeh, & Hojjati, 2018, p. 1270). Após o aconselhamento pré-natal, verifica-se uma diminuição do impacto desta unidade, um aumento da autoestima, redução do *stress*, mais precisamente em relação à aparência e comportamento do RN e nos sons e ambiente da unidade de neonatologia (Karimi et al., 2024).

Para além das exigências de uma gravidez de risco, a prematuridade por si só acresce a necessidade cuidados obstétricos diferenciados. Atualmente, os avanços na medicina permitem que os RN extremamente prematuros sobrevivam e consigam superar desafios na área da saúde. Porém, estes RN sobrevivem com grande probabilidade de desenvolver alterações associadas ao desenvolvimento a longo prazo (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019).

A prematuridade comporta conseqüências que afetam a qualidade de vida dos RN prematuros, induzindo alterações crônicas que necessitam de ser compreendidas. Deste modo, ao longo da literatura os cuidados paliativos perinatais (CPP) destacam-se como

essenciais da saúde reprodutiva na gravidez de risco, acrescentando ainda mais nas situações de diagnóstico de alguma condição fetal que limita a vida (Schafer, et al., 2024).

Os enfermeiros obstetras estão envolvidos nos cuidados clínicos “pré-parto, intraparto, pós-parto, neonatal, luto, *pós-mortem* e cuidados de acompanhamento” (Schafer, et al., 2024, p. 875). Facilitam a tomada de decisão informada, capacitando a mulher grávida e pessoas significativas e promovem os cuidados interdisciplinares para garantir o atendimento tendo em conta o melhor interesse da mulher grávida (Schafer, et al., 2024).

O enfermeiro obstetra contribui, deste modo, na preparação da mulher grávida para possíveis impactos a médio e longo prazo do RN prematuro, intervindo ao longo do ciclo gravídico-puerperal:

(...) inclui fornecer educação, orientação antecipada e apoio aos pacientes e suas famílias na manutenção, revisitação ou alteração de planos à medida que os cuidados evoluem (...) Para além disso, apoiam o processo de luto e fornecem encaminhamento de recursos de apoio de bem-estar emocional e psicológico. (Schafer, et al., 2024, p. 883)

Atualmente a infertilidade e a gravidez múltipla, associadas a técnicas de procriação medicamente assistida, são grandes desafios na área obstétrica (Bayati et al., 2023). Mulheres submetidas a estes tratamentos de procriação medicamente assistida devem ser consideradas como uma população preferencial para o acompanhamento do enfermeiro obstetra. Estas mulheres beneficiam da combinação de medidas de educação para a saúde e empoderamento da mulher grávida com apoio e acompanhamento contínuo, “(...) de modo a atender às necessidades dos recém-nascidos e melhorar as perceções das mães sobre essas necessidades”(Bayati et al., 2023, p. 4), tal como evidenciado anteriormente.

Outro desafio identificado ao longo da literatura é a perceção das mulheres sobre o parto pré-termo. Bryant, et al. (2020) identificaram que nas mulheres que tinham tido uma gravidez com menos de 37 semanas de idade gestacional, apenas metade reconheceu que o nascimento foi prematuro. Este desconhecimento, por vezes culturalmente normalizado devido aos antecedentes familiares, compromete o reconhecimento da população sobre comportamentos preventivos e reconhecimento de implicações futuras para o RN e para uma futura gravidez (Bryant, et al., 2020). Apenas nas situações em que o RN é extremamente prematuro ou a gravidez foi complicada por alguma patologia

associada como a pré-eclâmpsia, as mulheres tendem a ter mais conhecimento sobre a prematuridade e consciência de risco em partos subsequentes (Bryant et al., 2020).

Perante isto, torna-se especialmente relevante que o enfermeiro obstetra desenvolva intervenções culturalmente sensíveis, com uma comunicação conforme especificidades culturais e culturalmente congruentes, de modo a promover uma maior literacia em saúde no contexto da prematuridade. “Com essa abordagem, o profissional de saúde ouve o cliente e leva em consideração as necessidades do cliente” (Karimi, et al., 2024, p.318). Deste modo, cada mulher deve apresentar um plano de cuidados personalizado, onde estejam estabelecidas as decisões sobre os cuidados a serem desenvolvidos, bem como as suas necessidades mais amplas. Este plano de cuidados deve ser atualizado constantemente com a progressão da gravidez (National Health Service, 2019).

Apesar da diversidade de estudos identificados nesta *scoping review* identificam-se achados comuns entre os diferentes autores.

Enquanto Karimi et al. (2024) e Chaharrahifard et al. (2021) destacam a necessidade de apoio emocional e psicológico da mulher, Turienzo et al. (2021) e Schafer et al. (2024) destacam a necessidade da continuidade de cuidados obstétricos, com o impacto do aconselhamento e empoderamento o logo do ciclo gravídico-puerperal.

Bryant et al (2020) e Bayati et al. (2023) evidenciam as principais dificuldades dos cuidados obstétricos. Destaca-se, assim, a necessidade de um acompanhamento contínuo e com necessidade de maior intervenção em situações de procriação medicamente assistida, pelas necessidades neonatais associadas. Enquanto isso, Bryant et al (2020) destacam a lacuna de conhecimento da população relativamente à prematuridade.

Ao longo da literatura ainda é evidenciada a necessidade de CPP no cuidado diferenciado, nomeadamente em situações que comprometem a vida do RN e em situações de prematuridade extrema (Schafer et al., 2024).

4.1.4. Conclusão

A prematuridade implica desafios únicos nos cuidados de saúde, não só maternos como neonatais. Esta condição exige uma abordagem da mulher tendo em conta a sua condição emocional, a sua cultura e as suas preferências.

O EEESMO destaca-se como o profissional capaz de intervir precocemente nas situações de gravidez de risco, apoiando o seu diagnóstico, capacitando o pós-parto prematuro e suportando psicossocialmente. Os cuidados obstétricos contínuos garantem

redução da ansiedade, *stress* e depressão maternos e promovem o desenvolvimento de competências parentais e a fomentação do vínculo com o RN.

As exigências do quotidiano, como o aumento das gravidezes gemelares, com consequente parto pré-termo, associada a tratamentos de procriação medicamente assistida, bem como o desconhecimento da população sobre a prematuridade, são dificuldades relevantes nos cuidados obstétricos e neonatais.

Apesar dos estudos incluídos nesta *scoping review* serem pertinentes, observa-se escassez de informação sobre o suporte pré-natal em situações de gravidez de risco, mais especificamente em relação ao contributo específico do EEESMO. A maioria dos estudos evidencia cuidados generalizados pelos profissionais de saúde. Apesar da preparação para a prematuridade ser um cuidado transdisciplinar e colaborativo, deve ser ressaltada a pertinência específica dos cuidados do EEESMO. Deste modo, é necessária investigação futura que retrate a competência do EEESMO, especificamente, e que contribua para a definição de boas práticas baseadas na evidência.

Relativamente a implicações para a prática, destaca-se a necessidade de formação contínua dos enfermeiros obstetras sobre preparação para o nascimento de um RN pré-termo e sobre intervenções psicológicas culturalmente congruentes que garantam cuidados pós-natais menos *stressantes* e facilitadores do estabelecimento de um vínculo com o RN pré-termo. Considera-se para além disso pertinente a implementação de cuidados obstétricos contínuos, não sendo restringidos ao internamento pré-natal. As intervenções do EEESMO a partir do segundo trimestre de gravidez, poderão promover a consciencialização das mulheres grávidas sobre sinais e sintomas de início de trabalho de parto pré-termo, como medidas de prevenção secundária

4.2 DESENHO DO ESTUDO

Após revisão e mapeamento da literatura via *scoping review*, iniciou-se o trabalho de campo, de carácter quantitativo quase experimental, analítico, comparativo e transversal.

Tal como mencionado em capítulos anteriores, o trabalho de campo foi realizado a duas populações distintas: o grupo de controlo e o grupo de intervenção. Esta distinção permitiu identificar o contributo do EEESMO na preparação para o nascimento de um RN pré-termo, através da implementação de ações de educação para a saúde.

Relativamente ao grupo de controlo, as mulheres selecionadas constituíram puérperas com RN pré-termo internados na unidade de neonatologia, as quais não foram

sujeitas a quaisquer ações de educação para a saúde pela incapacidade de realização das mesmas. Isto é, as seleções das mulheres incluídas no grupo de controlo ocorreram em situações inesperadas e imprevisíveis, nas quais não existiram oportunidades prévias de intervenções educativas estruturadas, no internamento de vigilância pré-natal. “Cerca de metade destes nascimentos são precedidos por trabalho de PPT [Parto Pré-Termo] espontâneo, sendo os restantes relacionados com rotura prematura das membranas (RPM) pré-termo ou ocasionados por decisões clínicas relacionadas com situações patológicas maternas e/ou fetais” (Graça, 2017, p. 333). Assim, a impossibilidade de participação nas ações de preparação para a prematuridade determinará a inclusão no grupo de controlo.

As restantes participantes sujeitas a ações de educação para a saúde, foram selecionadas entre mulheres grávidas com idade gestacional entre 24 e 37 semanas, identificadas como estando em risco de parto pré-termo, internadas nos serviços de vigilância materno-fetal ou bloco de partos do Hospital B, que constituem a população de intervenção do presente trabalho de campo.

Relativamente às ações de educação para a saúde, foram implementadas três intervenções distintas, explicadas adiante. De modo a identificar o conhecimento anterior às ações de educação para a saúde sobre a prematuridade e sobre o internamento a decorrer, tanto no serviço de vigilância materno-fetal, como no serviço de bloco de partos, foi realizada a apresentação do estudo empírico. Este diagnóstico do conhecimento prévio das mulheres foi especialmente relevante de forma a esclarecer as principais dúvidas relativas tanto à prematuridade, como ao internamento a decorrer, mas também sobre a participação no estudo proposto.

Posteriormente, foram realizadas duas ações distintas de educação para a saúde, independentes do formador. Isto é, foram acedidos conforme a predisposição e vontade da mulher, ao documento digital informativo sobre a prematuridade (Apêndice VI- *Ebook: o meu bebé pode nascer mais cedo, e agora?*) e um vídeo de apresentação da unidade de neonatologia.

O documento digital informativo fornecido (Apêndice VI- *Ebook: o meu bebé pode nascer mais cedo, e agora?*) pretendia esclarecer e explicar o processo de internamento a decorrer nas situações de APPT, nomeadamente as intervenções realizadas de modo a evitar o parto pré-termo e preparar a mulher e família para o eventual parto prematuro. Neste documento também são mencionadas as principais características do RN, nomeadamente a sua vulnerabilidade e imprevisibilidade do internamento tendo em conta

a idade gestacional. Neste documento são ainda evidenciadas as características da unidade de neonatologia, o ambiente físico e vigilância do RN, bem como métodos de participação nos cuidados ao RN durante o internamento nesta unidade.

Relativamente ao vídeo de apresentação da unidade, este é composto por um vídeo curto que pretende elucidar as características físicas da unidade de neonatologia, nomeadamente a perceção da monitorização do RN, bem como os sons de alarmes em salas, muitas vezes, assustadoras para os pais. As imagens do vídeo não são divulgadas no presente relatório de estágio de modo a preservar a confidencialidade e privacidade dos intervenientes.

Em ambos os grupos foi fornecido a mesma escala: NUPS-PT (Sousa & Curado, 2021) (Anexo V: escala de avaliação do *stress* parental na unidade de neonatologia adaptado para português: NUPS-PT). Esta escala foi adaptada à original proposta por Reid, et al. (2007) utilizada inicialmente até às 96 horas de internamento do RN. No trabalho de campo desenvolvido, o cumprimento do preenchimento neste intervalo de tempo nem sempre foi possível, devido à imprevisibilidade de visitas parentais à unidade de neonatologia, por incapacidade parental de visitar a unidade ou mesmo por complicações no puerpério ou durante o trabalho de parto.

A NUPS-PT é um instrumento psicometricamente “sensível, válido e confiável que pode avaliar sistematicamente o *stress* parental e facilitar a tomada de decisão dos enfermeiros, o acompanhamento dos pais e seu encaminhamento para outros profissionais de saúde” (Sousa & Curado, 2021, p.415).

A escala utilizada é constituída por 40 experiências divididas em 4 dimensões distintas consoante diferentes fontes de *stress*: Ambiente físico e sons; aparência, comportamento e tratamento do bebé; Relação dos pais com o bebé; Papel parental e Relacionamento familiar e social. Em cada item é possível avaliar a experiência *stressora* numa escala de 1 a 5, sendo 1 o menor nível de *stress* e 5 o maior nível de *stress* percebido na unidade de cuidados neonatais. Em cada item ainda é possível selecionar “não aplicado” em casos em que os pais não tivessem experienciado essas situações no internamento na neonatologia (Sousa & Curado, 2021).

Apesar de ser utilizada a mesma escala, a distinção entre os dois grupos distintos (intervenção e controlo) permite avaliar o impacto dessa preparação na experiência de internamento na unidade de neonatologia e nos níveis de *stress* parental.

Para análise dos resultados obtidos foram excluídas as participantes que sofreram uma perda gestacional ou morte neonatal, mulheres que não falavam português ou

mulheres com RN de termo ou pré-termo, sem necessidade de internamento na neonatologia.

Para além do mencionado, foi ainda caracterizada cada uma das mulheres participantes tendo em conta a nacionalidade portuguesa ou estrangeira, a dificuldade no entendimento da escala implementada e o grau de prematuridade do RN. Os RN foram classificados segundo a classificação proposta pelo Serviço Nacional de Saúde (2025), sendo considerado o pré-termo tardio o recém-nascido com idade gestacional compreendida entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias, o pré-termo moderada o recém-nascido com idade gestacional compreendida entre 32 semanas e 33 semanas e 6 dias, o grande pré-termo o recém-nascido com idade gestacional compreendida entre 28 semanas e 31 semanas e 6 dias e o extremo pré-termo o recém-nascido com idade gestacional a 27 semanas e 6 dias.

5. RESULTADOS

De modo a organizar os resultados obtidos foram categorizadas as escalas recolhidas em dois grupos distintos: o grupo de controlo, em que todos os participantes são denominados como C com a associação de um número consoante o tempo de entrega das escalas (C1, C2, C3, C4, C5, C6); e o grupo de intervenção, em que todos os participantes são denominados como I e, mais uma vez, com a associação de um número consoante a recolha das respostas às escalas (I1, I2, I3, I4, I5, I6). Os dados recolhidos foram organizados em *Excel* e submetidos posteriormente no *software* de inteligência artificial *Julius Ai*, de modo a facilitar a análise de dados das escalas. Os resultados obtidos foram posteriormente confirmados de forma independente.

Perante o trabalho de campo realizado foram inicialmente incluídas neste estudo 25 mulheres. Destas mulheres, que consentiram integrar de forma livre e esclarecida, foram excluídas 13 mulheres (52%), por morte neonatal, por ocorrência de um parto de termo após internamento de vigilância pré-natal, ou ocorrência de um parto pré-termo, sem necessidade de internamento na unidade de neonatologia.

Das mulheres incluídas neste estudo resultaram seis mulheres incluídas no grupo de controlo e seis mulheres no grupo de intervenção.

Ao longo da análise dos resultados obtidos é evidente um *stress* parental mais elevado quanto menor a idade gestacional do RN, tal como evidenciado na **Tabela 2**.

Tabela 2

Relação do Nível de Stress Com o Grau de Prematuridade

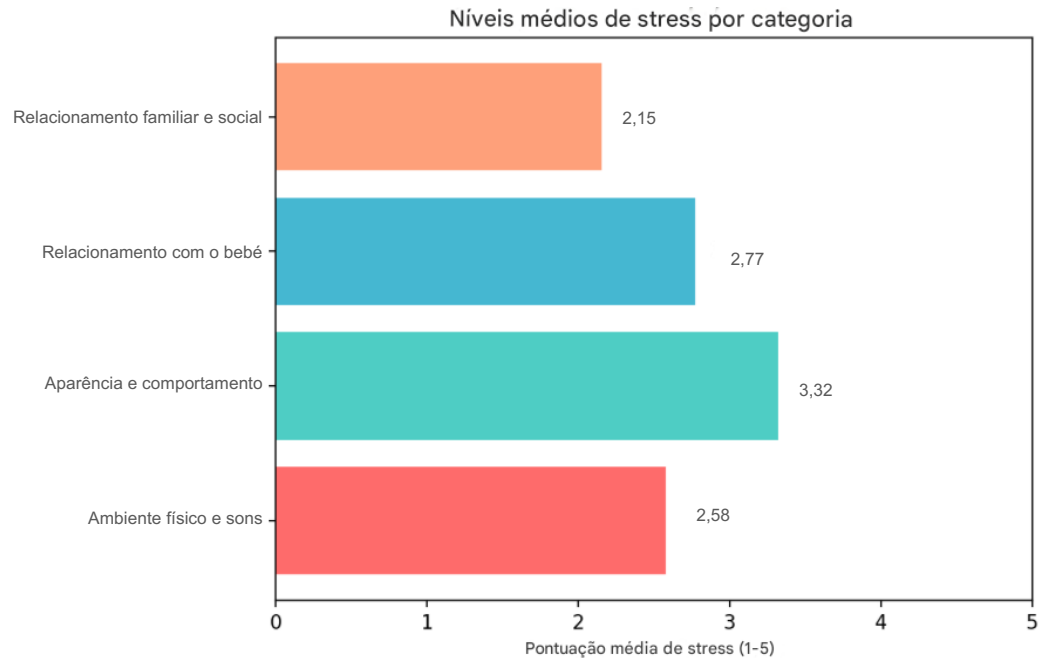
Grau de prematuridade	Nível médio de stress (aproximadamente)
Extremo	2,95
Tardio	2,94
Grande	2,80
Moderado	1,37

Nota: Esta tabela pretende relacionar o grau de prematuridade com o nível de *stress* parental identificado nas escalas implementadas. O nível de *stress* é maior quanto menor a idade gestacional. Tabela de elaboração própria, baseada nos dados obtidos pelo *Software* de inteligência artificial Julius Ai.

Inicialmente os dados das escalas foram analisados pelas categorias impostas: Ambiente físico e sons; Aparência e comportamento do RN e procedimentos realizados ao recém-nascido; Relacionamento com o bebé/papel parental; e Relacionamento familiar/social. De entre as mesmas a categoria “ Aparência e comportamento do recém-nascido” representa a que corresponde a um maior nível de *stress* parental (nível médio \approx 3,32), de seguida o relacionamento com o bebé/papel parental (nível médio \approx 2,77), o ambiente físico e sons (nível médio \approx 2,58) e por último o relacionamento familiar e social (nível médio \approx 2,15), tal como evidenciado na **Figura 2**.

Figura 2

Nível Médio de Stress Segundo Categorias



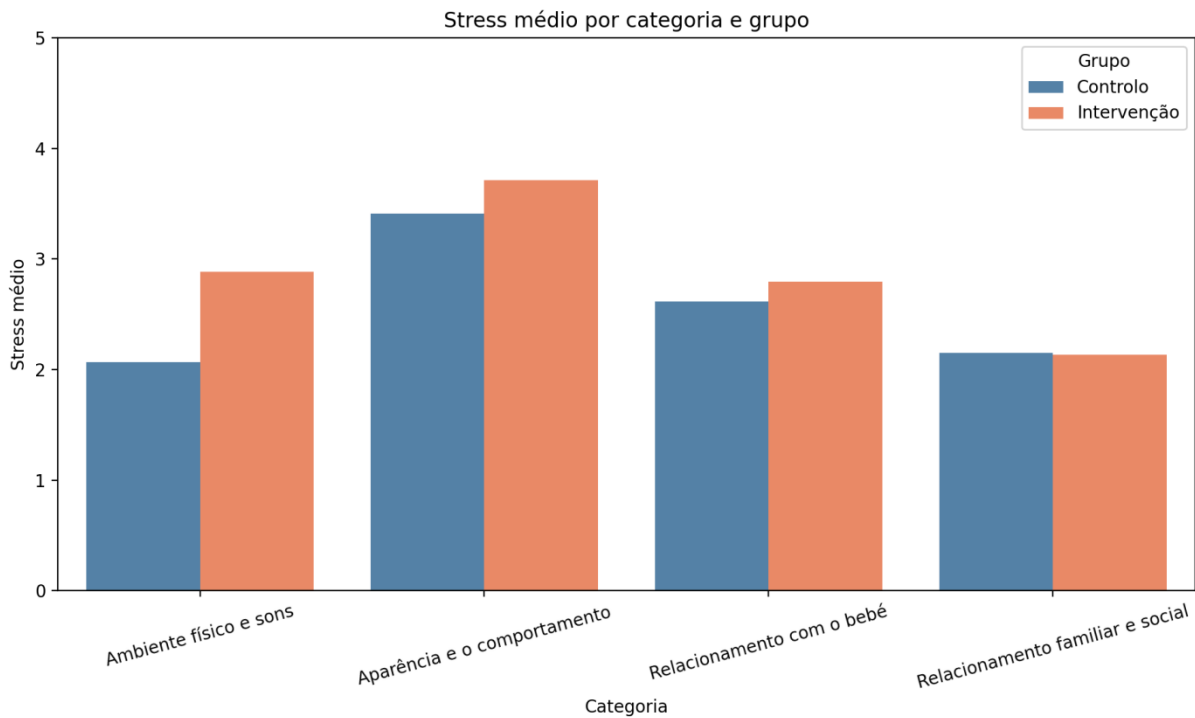
Nota: Esta figura demonstra os níveis de *stress* médio parental consoante a cada categoria da escala implementada. A categorias com maior *stress* médio parental é a “Aparência e comportamento do recém-nascido”, enquanto a categoria com menor *stress* médio parental é “Relacionamento familiar e social”. Figura gerada com *Software* de inteligência artificial Julius Ai.

Mais especificamente, o maior *stressor* percebido na implementação da escala foi “Quando o meu bebé pareceu triste” (nível médio $\approx 4,83$), e, contrariamente, o menor *stress* foi considerado “Ter que confiar na família e amigos para apoio” (nível médio $\approx 1,11$).

Em oposição ao previsto, os resultados demonstram que o grupo de controlo, que não teve oportunidade de realização de ações de educação para a saúde, teve um menor nível de *stress* geral (nível médio $\approx 2,7$) comparativamente ao grupo de intervenção (nível médio $\approx 2,9$), bem como o nível de *stress* especificamente em cada categoria, tal como retratado na **Figura**

Figura 3

Nível de Stress de Cada Categoria Em Comparação de Cada Grupo

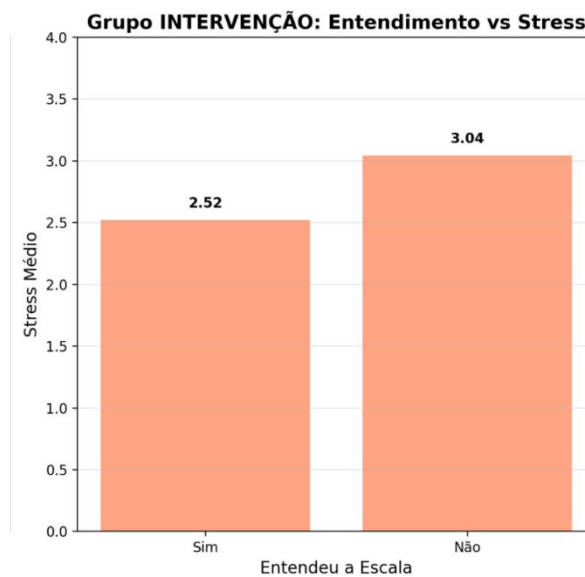


Nota: Esta figura compara os níveis de *stress* médio do grupo de controlo e do grupo de intervenção. O *stress* médio parental é maioritariamente mais elevado no grupo de controlo em comparação com o grupo de intervenção. Figura gerada com *Software* de inteligência artificial Julius Ai.

Estes resultados poderão ser justificados pelo facto de existir um maior número de participantes com dificuldade no preenchimento da escala ($\approx 33,3\%$) comparativamente ao grupo de controlo ($\approx 83,3\%$). A dificuldade no preenchimento da escala poderá também estar relacionada, com menor número de mulheres estrangeiras ($\approx 33,3\%$), comparativamente ao grupo de controlo (50%). Perante estes achados ainda é possível identificar que as mulheres que não entenderam as escalas têm níveis de *stress* superiores (nível médio $\approx 3,04$) face às mulheres que entenderam a escala (nível médio $\approx 2,52$) (**Figura 4**).

Figura 4

Relação do Nível de Stress Com Entendimento Da Escala Implementada



Nota: Esta figura pretende relacionar o nível de *stress* médio parental com o entendimento da escala implementada no grupo de intervenção. O não entendimento da escala implementada está associado a níveis médio de *stress* parental superiores. Figura gerada com *Software* de inteligência artificial Julius Ai.

Para além do mencionado, os resultados obtidos poderão estar comprometidos pelo facto do grupo de controlo apresentar idades gestacionais superiores ao grupo de intervenção. Os resultados demonstram que cerca de 66,7% dos RN têm menos 32 semanas de idade gestacional, contrariamente ao grupo de controlo com 50% dos RN com menos 32 semanas de idade gestacional. Estes achados podem ser especialmente relevantes no preenchimento da escala implementada.

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Perante os resultados obtidos no trabalho de campo foram evidentes achados semelhantes aos identificados na literatura, reforçando a pertinência do contributo do EEESMO na preparação para a prematuridade, de modo a reduzir o impacto pós-natal.

As mulheres que não foram incluídas no estudo (52%) são resultados relevantes nesta pesquisa. Com base nestes resultados pode-se inferir o impacto das ações de educação para a saúde na redução do *stress* também no internamento pré-natal, possibilitando a estas mulheres ter uma gravidez mais tranquila e informada até às 37 semanas ou até uma idade gestacional que não necessite de internamento na unidade de cuidados neonatais. Destaca-se, assim, o possível efeito preventivo deste contributo pré-natal nas mulheres com APPT. Estes resultados são comparáveis aos resultados obtidos por Sandall (2016) citado por Medley et al. (2018), em que estes cuidados obstétricos contínuos, desde a detestação da APPT até ao internamento do RN na UCIN, são impactantes na prevenção de parto pré-termo.

Apesar dos resultados revelarem um ligeiro aumento do *stress* parental no grupo de intervenção, que foi sujeito a ações de educação para a saúde, importa evidenciar os principais fatores a ter em consideração neste estudo.

Inicialmente foram consideradas 25 mulheres para inclusão neste estudo empírico, a amostra de participantes foi posteriormente reduzida para seis mulheres no grupo de intervenção e seis no grupo de controlo. Este número limitado de intervenientes poderá comprometer os resultados obtidos, no sentido de não ilustrar uma amostra representativa da população. Assim sendo, a dimensão da amostra pode ser considerada uma limitação metodológica relevante.

A idade gestacional teve um impacto significativo nos níveis de *stress*, consistentes com os resultados de Turienzo, et al. (2021). Este fenómeno pode comprometer os níveis de *stress* identificados nas escalas implementadas, visto que a idade gestacional ser inferior no grupo de intervenção do que no grupo de controlo.

Os achados corroboram a necessidade de intervenções de enfermagem individualizadas, focadas na mulher. O entendimento da linguagem presente na escala implementada nem sempre foi perceptível para as mulheres incluídas no estudo, apesar de

serem esclarecidas quaisquer dúvidas durante as ações de educação para a saúde e durante o preenchimento do consentimento informado ou da escala. A baixa literacia, bem como o insuficiente domínio total da língua portuguesa são características significativas a ponderar nas ações pré-natais implementadas, podendo comprometer os resultados obtidos na escala usada. Por esse motivo, o documento informativo disponibilizado (Apêndice VI- *Ebook: o meu bebé pode nascer mais cedo, e agora?*) foi construído com uma linguagem simples e acessível, no sentido de possibilitar um melhor entendimento, bem como a criação da visita virtual à unidade de neonatologia com suporte visual e pouca informação escrita. Assim, tal como sugerido por Karimi, et al., (2024) pretendeu-se ter em consideração as necessidades individuais do cliente.

Aquando das entrevistas iniciais não estruturadas foi evidente o desconhecimento de grande parte das mulheres sobre a prematuridade e sobre o internamento pré-natal, consolidando os resultados obtidos por Bryant, et al., (2020). Este fenómeno evidencia, mais uma vez, a necessidade das ações de educação para a saúde implementadas, de modo a garantir maior literacia em saúde sobre a prematuridade em mulheres com uma gravidez de risco com possibilidade de terem partos pré-termo.

Tal como sugerem Chaharrahifard, et al. (2021), foi relatado neste trabalho de campo uma perceção materna de maior confiança nos cuidados prestados ao RN na unidade de neonatologia quando reconhecem um profissional de saúde do período pré-natal, com um impacto positivo psicológico devido à continuidade dos cuidados prestados. Neste sentido, as mulheres durante as primeiras visitas à unidade de neonatologia procuravam, na sua maioria, este profissional de referência para garantir os cuidados ao seu RN.

Neste sentido, importa também evidenciar que o trabalho foi desenvolvido tendo de acordo com os três pilares sugeridos por Bayati et al. (2023): educação, suporte e acompanhamento. Tal como evidenciado anteriormente a continuidade dos cuidados realizados à mulher foi valorizada, principalmente em situações de gravidez de risco, que implicam internamentos no período pré-natal bastante prolongados devido à idade gestacional reduzida, sendo este acompanhamento e suporte mais impactante no período pós-natal. Este fenómeno descrito pelas mulheres está em concordância com o proposto por Turienzo, et al. (2021), mas em contrapartida contradiz os resultados obtidos nas

escalas implementadas, tendo sido obtidos maiores níveis de *stress* no grupo de intervenção.

Segundo Karimi, et al. (2024) o aconselhamento pré-natal visa reduzir o impacto do internamento do RN na neonatologia, principalmente relacionado com o ambiente da neonatologia e na capacitação parental. Tendo em conta a escala implementada as categorias correspondentes a estes fenómenos foram precisamente as que demonstraram maiores níveis de *stress*: “aparência física e comportamento do recém-nascido” e “relacionamento com o bebé”, apesar de não ser validado o contributo das ações de educação para a saúde. Estes resultados permitem inferir que estas duas subcategorias devem ser consideradas com maior relevância nas ações de educação para a saúde realizadas no período pré-natal, no sentido de proporcionar melhores resultados no *stress* parental.

A categoria com menores níveis de *stress* percebidos no trabalho de campo ser “relacionamento social e familiar”, poderá refletir um suporte familiar adequado às expectativas da mulher. Deste modo, seria pertinente investigar em pesquisas futuras sobre o impacto do relacionamento e preparação do pai ou outro interveniente significativo na redução do *stress* parental e na fomentação do vínculo com o RN, possibilitando adequar cuidados mais individualizados.

Ainda enquanto limitação do estudo, os cuidados paliativos perinatais (CPP) não foram considerados como variável na recolha de dados. RN com patologias que requerem cuidados paliativos apresentam necessidades específicas, e a preparação pré-natal dos pais para estas alterações fisiológicas graves constitui uma realidade de maior complexidade que poderá influenciar o *stress* parental de forma distinta. Schafer et al. (2024) destacam a importância destes cuidados no contexto perinatal.

Mediante estas circunstâncias, reconhece-se a necessidade de estudos com amostras maiores e mais homogêneas, adaptando os instrumentos utilizados para populações multiculturais, estratificando a população por idade gestacional e procedendo a randomização num estudo com seguimento longitudinal e não apenas transversal.

7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente relatório de estágio integra os princípios éticos e deontológicos inerentes tanto à prestação de cuidados como à reflexão em saúde.

Durante os estágios realizados foram garantidos os direitos da mulher. Sendo a mulher a principal beneficiária dos cuidados de enfermagem do EEESMO, constitui-se como um ser único, com dignidade própria, pelo que deve ser entendida individualmente, tendo em conta o contexto onde se insere e os elementos significativos para a mesma (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Deste modo, foram assegurados o respeito pelos direitos humanos, bem como a sua autodeterminação nas escolhas nos cuidados de saúde. A mulher foi entendida tendo em conta os valores, costumes e crenças, promovendo um cuidado centrado na pessoa (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio).

Para além do cuidado à mulher, sendo o RN um ser vulnerável, foram salvaguardados os seus direitos, protegendo-os de qualquer forma de abuso (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio).

Antes do início da realização do trabalho de campo, o projeto de investigação foi submetido à apreciação da comissão de ética do Hospital B, onde foram realizados os contextos de estágios. O protocolo submetido à comissão ética conteve, tal como descrito na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2024), os objetivos do estudo, a metodologia, os benefícios e potenciais riscos do mesmo, modos de proteção da privacidade e confidencialidade dos participantes. Após deferida a autorização da comissão ética foi realizada a colheita de dados (Anexo IV- Parecer da comissão ética).

Relativamente ao trabalho de campo realizado foi garantido que os dados foram utilizados exclusivamente para os fins propostos no estudo empírico. De modo a garantir a confidencialidade e anonimato das intervenientes, foram identificadas as escalas com código alfanumérico, de modo a diferenciar as escalas do grupo de controlo e as escalas do grupo de intervenção, sem identificação direta. Os dados recolhidos foram armazenados de forma segura e apenas acessível à mestranda.

As mulheres incluídas neste estudo foram sujeitas a um consentimento informado de modo a participarem de forma livre e esclarecida (Apêndice XIII– Consentimentos

informados). Foi assegurado que todas as participantes compreendessem os objetivos, métodos e potenciais benefícios do estudo empírico desenvolvido, conforme

orientado pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (2015b) e pelo Código Deontológico (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro).

As escalas implementadas na unidade de neonatologia não foram entregues em contextos de menor vulnerabilidade emocional, de modo a respeitar o ritmo de transição de cada mulher.

Relativamente à visita virtual realizada foram tidos em consideração a privacidade e confidencialidade dos dados. Os vídeos captados não permitem identificar quaisquer RN ou acompanhantes. A visita virtual pretende apenas transparecer o ambiente na unidade de neonatologia, bem como as instalações físicas das mesmas. Deste modo, não são partilhadas imagens da sua realização.

Em suma, ao longo deste relatório de estágio foram considerados os princípios deontológicos: beneficência, não maleficência, respeito pela autonomia e justiça (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro), de modo a não causar dano ou prejuízo aos intervenientes do trabalho de campo desenvolvido.

8. Conclusão

Este relatório de estágio documenta o desenvolvimento e consolidação de competências específicas do EEESMO e competências comuns do enfermeiro especialista. A experiência nos diferentes contextos de estágio foi fundamental para aprimorar o raciocínio clínico especializado e aprofundar conhecimentos nos cuidados à mulher e ao RN.

A temática desenvolvida contribuiu para reforçar a necessidade de cuidados pré-natais à mulher com APPT, no sentido de possibilitar melhores resultados maternos e neonatais. A prematuridade foi refletida ao longo do percurso académico e percebida como uma transição complexa e exigente tanto para os pais e RN, como para os profissionais de saúde.

Apesar dos resultados obtidos contrariarem as expectativas iniciais, foi demonstrada a relação direta da idade gestacional com os altos níveis de *stress* parental, principalmente relacionado com as características do RN e competência parental. Deste modo, considera-se relevante o investimento nos cuidados à mulher que vivencia uma gravidez de risco quanto menor a idade gestacional, mais especificamente nestes aspetos.

Tal como descrito anteriormente, estas ações de educação para a saúde parecem impactar no período pré-natal, reforçando a necessidade da continuidade dos cuidados realizados à mulher. Estes resultados tornam-se relevantes, de modo a sustentar a importância de ações de educação para a saúde o mais precocemente possível.

A principal dificuldade percebida neste trabalho de campo foram as dificuldades linguísticas e a adaptação à literacia em saúde de cada mulher. Foram realizadas estratégias de adaptação das ações de educação para a saúde, que poderão não ter sido suficientes para impactar os resultados obtidos nas escalas implementadas. Posto isto, considera-se que uma das principais dificuldades do EESMO na sua prática diária é a barreira linguística e cultural.

Ao longo da literatura foi notório o impacto das técnicas de procriação medicamente assistida nos desfechos da gravidez. Estas preocupações de evidência de partos pré-termo relacionados com estas técnicas, podem ser essenciais para antecipar as ações de

educação para a saúde precocemente, sem necessitar de internamento pré-natal prévio, como medida de prevenção.

Relativamente a sugestões de investigação futura, considera-se relevante incluir o pai ou outro interveniente significativo na transição para a prematuridade e perceção dos CPP na gestão do *stress* parental. Uma vez que os resultados obtidos contrariaram o expectável, considera-se relevante o aprofundamento desta temática em pesquisas futuras, com uma amostra representativa da população.

Conclui-se assim que é necessário um investimento nos cuidados obstétricos suportados pela prática baseada na melhor evidência disponível. Emerge, assim, a necessidade de desenvolver estratégias de educação para a saúde e empoderamento da mulher/casal, contribuindo para melhores resultados materno-infantis.

Esta temática assume especial relevância e contributo no alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, com especial destaque na redução das taxas de partos pré-termo, mas também na redução das taxas de morbilidades neonatais. O desenvolvimento de cuidados obstétricos relacionados com a prematuridade promove, assim, ganhos em saúde relevantes e sustentabilidade inerente.

Destaca-se, por último, o percurso formativo desenvolvido enquanto estudante do mestrado em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A integração de dimensões práticas especializadas da área de saúde materna e obstétrica, alinhadas com padrões de qualidade preconizados, contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento de capacidade de raciocínio clínico nesta área específica, reflexão clínica e autonomia no exercício profissional. O percurso formativo possibilitou o crescimento profissional e pessoal, que sustentará o desempenho enquanto futura EEESMO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). *Extremely preterm birth*. [Website]<https://www.acog.org/womens-health/faqs/extremely-preterm-birth>
- American Psychological Association. (2020). Publication Manual of the American Psychological Association, Seventh Edition. <https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>
- Anumba, D., Soma-Pillay, P., Bianchi, A., González, C. M. V., Jacobbson, B. (2024). FIGO good practice recommendations on optimizing models of care for the prevention and mitigation of preterm birth. *International Journal gynecology & Obstetrics*. 166 (3), 1006-1013. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15833>
- Araújo, C., Atanásio, I., Custódio, I., Frias, A. (2023). O parto prematuro e transição para a parentalidade: uma revisão da narrativa. In Frias, Ana (Org.). *Enfermagem materna e obstétrica: cuidar no parto e no pós parto*. (Cap. 9, pp. 143- 157). Guarujá-SP: Científica Digital. ISBN 978-65-5360-504-6.
- Areias, A. L., Rocha, A., Nunes, E., Pereira, E., Afonso, M. C., & Monteiro, M. J. (2021). Normas de orientação clínica: Rastreio do colo curto. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2021/07/Norma_Rastreio-colo-curto.pdf
- Bayati, M., Biabanakigoortani, A., Changiz, T., & Namnabati, M. (2023). The impact of a three-phase education-support-follow-up program on the mothers' perceptions of the needs of their multiple infants: A protocol study for a clinical trial. *Journal of education and health promotion*, 12(1), 1-6. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_46_22
- Blackburn, C., & Harvey, M. (2019). "We Weren't Prepared for This": Parents' Experiences of Information and Support Following the Premature Birth of Their Infant. *Infants & Young Children* 32(3), 172-185. <https://www.open-access.bcu.ac.uk/id/eprint/6868>
- Bliss Baby Charter. (2017). *Helping to make family-centred care a reality on your neonatal unit*. Bliss Baby Charter.
- Brazelton, T. B. (1992). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e comportamental dos 0 aos 3 anos*. Editorial Presença. ISBN 9789722366700.
- British Association of Perinatal Medicine. (2019). *Perinatal Management of Extreme Preterm Birth before 27 weeks of gestation: A Framework for Practice*. British Association of Perinatal Medicine. <https://www.bapm.org/resources/80-perinatal-management-of-extreme-preterm-birth-before-27-weeks-of-gestation-2019>
- Bryant, A. S., Riley, L. E., Neale, D., Hill, W., Jones, T. B., Jeffers, N. K., Loftman, P. O., Clare, C. A., & Gudeman, J. (2020). Communicating with African-American Women

- Who Have Had a Preterm Birth About Risks for Future Preterm Births. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 7(4), 671–677. <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00697-8>
- Cardoso A., Soares A., Sousa B., Oliveira M., Chaves, S., & Carvalho J. (2024). *Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à parentalidade*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2_n_ok.pdf
- Carlisle, N. & Carter, J. (2025). *Preterm Birth: A Handbook for Midwives*. Taylor & Francis Group. (1ª Edição). <https://doi.org/10.4324/9781003380504>
- Chaharrahifard, L., Jashni Motlagh, A., Akbari-Kamrani, M., Atee, M., & Esmaelzadeh-Saeieh, S. (2021). The Effect of Midwife-led Psycho-Education on Parental Stress, Postpartum Depression and Parental Competency in High Risk Pregnancy Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of caring sciences*, 10(2), 70–76. <https://doi.org/10.34172/jcs.2021.014>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: a nursing concern. In Meleis, A. (ed.). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (Cap 1.2., pp. 24-37). Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6
- Curtin, M., Murphy, M., Savage, E., O'Driscoll, M., & Leahy-Warren, P. (2023). Midwives', obstetricians', and nurses' perspectives of humanised care during pregnancy and childbirth for women classified as high risk in high income countries: A mixed methods systematic review. *PloS one*, 18(10), e0293007. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293007>
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março. Diário da República, Série I (60). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Direção Geral da Saúde. (2001). *Rede de referência materno-infantil*. Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para vigilância da gravidez de baixo risco*. Direção Geral da Saúde.
- Escola Superior de Saúde de Santarém. (2022). *Ficha de unidade curricular*. Instituto politécnico de Santarém.
- Escola Superior de Saúde de Santarém. (s.d.). *Guia orientador para o desenvolvimento das atividades: ESMO na Sala de Partos*. Instituto Politécnico de Santarém.
- Flynn, K. E., McDonnell, S. M., Brazauskas, R., Ahamed, S. I., McIntosh, J. J., Pitt, M. B., Pizur-Barnekow, K., Kim, U. O., Kruper, A., Leuthner, S. R., & Basir, M. A. (2023). Smartphone-Based Video Antenatal Preterm Birth Education: The Premie Prep for

- Parents Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*. 177(9), 921–929. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.1586>
- Gaffeny, K. (2010). Nursing practice model for maternal role sufficiency. In Meleis, A. (ed.). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (Cap 3.4., pp. 114-120). Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Graça, L. M. (2017). Parto pré-termo. In Graça, L. M. (ed.). *Medicina Materno fetal*. (Cap.36, p. 333-348). Lidel. ISBN 978-989-752-288-8.
- George, J. P. (2014). Prematuros. (1ª Edição). Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN 978-989-8662-29-3.
- Geurtzen, R., Van Heijst, A. F. J., Draaisma, J. M. T., Kuijpers, L. J. M. K., Woiski, M., Scheepers, H. C. J., Van Kaam, A. H., Oudijk, M. A., Lafeber, H. N., Bax, C. J., Koper, J. F., Duin, L. K., Van der Hoeven, M. A., Kornelisse, R. F., Duvetkot, J. J., Andriessen, P., Van Runnard Heimel, P. J., Van der Heide-Jalving, M., Bekker, M. N., Mulder-de Tollenaer, S. M., ... Hogeveen, M. (2019). Development of Nationwide Recommendations to Support Prenatal Counseling in Extreme Prematurity. *Pediatrics*, 143(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3253>
- Griggs, K. M., Hrelac, D. A., Williams, N., McEwen-Campbell, M., & Cypher, R. (2020). Preterm Labor and Birth: A Clinical Review. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 45(6), 328–337. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000656>
- Guimarães, M. S. F. & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. <https://journaldedados.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Harris A. L. (2017). Barriers to and Facilitators of Perinatal Depression Screening. *Nursing for women's health*, 20(6), 601–607. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2016.10.004>
- Ilonio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), 604-621. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>
- Instituto Politécnico de Santarém. (2025). *Normas Gerais de elaboração de trabalhos escritos*. Instituto Politécnico de Santarém.
- Karimi, M., Bakht, R., Tapak, L., Refaei, M., & Basiri, B. (2024). The effect of empowerment counseling on stress and self-esteem of mothers with hospitalized premature infants. *Journal of reproductive and infant psychology*, 42(2), 315–326. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2081674>

- Kendig, S., Keats, J. P., Hoffman, M. C., Kay, L. B., Miller, E. S., Moore Simas, T. A., Frieder, A., Hackley, B., Indman, P., Raines, C., Semenuk, K., Wisner, K. L., & Lemieux, L. A. (2017). Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *Obstetrics and gynecology*, 129(3), 422–430. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001902>
- Kent, R. A., Yazbek, M., Heyns, T., & Coetzee, I. (2015). The support needs of high-risk antenatal patients in prolonged hospitalisation. *Midwifery*, 31(1), 164–169. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.003>
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República, Série I(156). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lockwood, C. J. (2025a). *Preterm labor: Clinical findings, diagnostic evaluation, and initial treatment*. Up to date. <https://www.uptodate.com/contents/preterm-labor-clinical-findings-diagnostic-evaluation-and-initial-treatment?search=preterm>
- Lockwood, C. J. (2025b). *Spontaneous preterm birth: Pathogenesis*. Up to date. <https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-preterm-birth-pathogenesis/print?search=preterm>
- Mandy, G. T. (2025). Preterm birth: Definitions of prematurity, epidemiology, and risk factors for infant mortality. Up to date. <https://www.uptodate.com/contents/preterm-birth-definitions-of-prematurity-epidemiology-and-risk-factors-for-infant-mortality?search=preterm>
- Medley, N., Vogel, J. P., Care, A., & Alfirovic, Z. (2018). Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012505.pub2>
- Mercer, R. (2010). Becoming a mother VS maternal role attainment. In Meleis, A. (ed.). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (Cap 3.2., pp. 94-104). Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Monteiro, S. B., Lebre, A., Serrano, F., Martins, I., Reis, I., Lima, J., & Bombas, T. (2022). *Normas de orientação clínica: perda gestacional recorrente*. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Perda-gestacional-recorrente.pdf
- Ministério dos negócios estrangeiros. (2017). *Relatório nacional sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Ministério dos Negócios Estrangeiros.

- Nacional Health Service England. (2025). Saving babies' lives: A care bundle for reducing perinatal mortality. Nacional Health Service England. [Website]. <https://www.england.nhs.uk/long-read/saving-babies-lives-version-3/#element-5-reducing-preterm-births-and-optimising-perinatal-care>
- Nacional Health Service England.(2019). Better Births: Improving outcomes of maternity services in England. A five year forward view for maternity care. The National Maternity Review: NHS England.
- Nacional Health Service. (2024). Premature labour and birth. [Website]. <https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/premature-labour-and-birth/>
- Norma n.º 09/2024 de 17 de Outubro. Diário da República, II(9). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-092024-de-17102024-programa-de-rastreio-de-base-populacional-do-cancro-do-colo-do-utero1.aspx>
- Ordem dos enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2016). *Como melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros: as orientações da OMS sobre intervenções para melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros*. Organização Mundial de Saúde. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/95c9107a-fa51-4f17-9907-8782823ff524/content>
- Organização mundial de saúde. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. Organização Mundial de Saúde. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/63b2d474-202f-45d8-84fa-e80762ec86cc/content>
- Organização Mundial de saúde. (2023a, 10 Maio). *Preterm birth*. [Website]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Organização Mundial de Saúde. (2023b). *Born too soon: Decade of action on preterm birth*. Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2023d). OMS alerta que 1 em cada 6 pessoas é afetada pela infertilidade em todo o mundo. [Website]. <https://www.paho.org/pt/noticias/4-4->

[2023-oms-alerta-que-1-em-cada-6-pessoas-e-afetada-pela-infertilidade-em-todo-mundo](#)

- Organização Mundial de Saúde. (2023c). Prematurity Day 2023. <https://www.paho.org/en/campaigns/prematurity-day-2023>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters, M. D., Godfrey, C., Mclenerney, P., Munn, Z., Tricco, Aa. C. & Khalil. (2024). Scoping reviews. In Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., & Pilla, B., Jordan Z (Eds.). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. (Cap. 10, pp. 417- 476). JBI.global.<https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355862497/10.+Scoping+reviews>
- Rasti, M., Aliabadi, F., Shafarodi, N., Rafiee, F., & Kalani, M. (2014). Specification of the educational needs of parents with premature infants admitted to neonatal intensive care unit. *Journal of Modern Rehabilitation*, 8(4), 21–29. <http://mrj.tums.ac.ir/article-1-5170-en.html>
- Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio. Diário da República, Série II(85). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República, Série II(140). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Diário da República, Série II(184). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Reid, T., Bramwell, R., Booth, N., Weindling, A. M. (2007). A new stressor scale for parents experiencing neonatal intensive care: The NUPS (Neonatal Unit Parental Stress) scale. *J Reprod Infant Psychol*, 25(1), 66–82. <https://doi.org/10.1080/02646830601117258>
- Schafer, R., LoGiudice, J. A., Hargwood, P., & Wilpers, A. (2024). The Role of Midwives in US Perinatal Palliative Care: A Scoping Review. *Journal of midwifery & women's health*, 69(6), 875–887. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13664>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A.I. (1994), Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 26, 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

- Schuyler, A. Q., & Carlo, W. A. (2023). Preterm Prenatal Education-A Novel Approach. *JAMA pediatrics*, 177(9), 887-889 <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.2569>
- Serviço Nacional de Saúde. (2025). Prematuridade. [Website]. <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/saude-da-crianca/prematuridade/>
- Silva, W., Virtanen, E., Kajantie, E., & Sebert, S. (2024). Cognition, mental health and quality of life amongst siblings of preterm born children: A systematic review. *Acta Paediatrica*, 113(4), 654–669. <https://doi.org/10.1111/apa.17105>
- Shin, H. & White-Trau, R. (2010). The conceptual structure of transition to motherhood in neonatal intensive care unit. In Meleis, A. (ed.). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (Cap 3.3., pp. 104-113). Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (s.d.). *Consensos*. [Website]. <https://www.spneonatologia.pt/documentos/consensos/>
- Sousa, F. P., & Curado, M. A. S. (2021). Escala de avaliação do stress parental na unidade de neonatologia: Validação estatística para a população portuguesa. *Enfermeria Global*, 20(64), 391–425. <https://doi.org/10.6018/eglobal.459491>
- Sousa, F. P., & Curado, M. A. (2020). Avaliação do stress parental na Unidade de Neonatologia: revisão scoping review. *Pensar Enfermagem*, 24(2), 65–86. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v24i2.174>
- Sullivan, A., Arzuaga, B., Luff, D., Young, V., Schnur, M., Williams, D., & Cummings, C. (2022). A Qualitative Study of Parental Perspectives on Prenatal Counseling at Extreme Prematurity. *The Journal of pediatrics*, 251, 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2022.09.003>
- Turienzo, C., Silverio, S. A., Coxon, K., Brigante, L., Seed, P. T., Shennan, A. H., Sandall, J., & POPPIE Collaborative Group (2021). Experiences of maternity care among women at increased risk of preterm birth receiving midwifery continuity of care compared to women receiving standard care: Results from the POPPIE pilot trial. *PloS one*, 16(4), 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248588>
- Unicef. (2022). *A nível mundial 1 em cada 10 bebés nasce prematuro*. [Website]. <https://www.unicef.org/mozambique/comunicados-de-imprensa/nivel-mundial-1-em-cada-10-bebes-nasce-prematuro-0>
- Valencia, C. M., Mol, B. W., Jacobsson, B., & FIGO Working Group for Preterm Birth (2021). FIGO good practice recommendations on modifiable causes of iatrogenic preterm birth. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 155(1), 8–12.

World Medical Association. (2024). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants*. World Medical Association.

APÊNDICE I- REGISTO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS EM ESTÁGIO

EESMO na comunidade		
Cronograma	Objetivos	Atividades a desenvolver
1ª a 2ª semana	Conhecer a estrutura física e dinâmica da Unidade de Cuidados Continuados e integrar a equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento na Unidade de Cuidados continuados; ● Consultar protocolos de implementação, missão e valores da instituição; ● Planear do horário de estágio; ● Observar visitas domiciliárias.
2ª a 3ª semana	Desenvolver competências no âmbito da vigilância pré-natal e pós-natal	<ul style="list-style-type: none"> ● Participar em visitas domiciliárias no período pós-natal com abordagem à mulher e recém-nascido; ● Observar as primeiras consultas de vigilância pré-natal; ● Realizar um resumo para acompanhamento da gravidez de baixo adaptado ao Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de baixo risco (Direção geral de saúde, 2015); ● Observar o programa de preparação para o parto.
3ª a 4ª semana	Promover a saúde da mulher tanto durante a gravidez de baixo risco como em mulheres que ultrapassem em situações de perda gestacional	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar um folheto de apoio à mulher grávida inserida no seio familiar que ultrapasse uma situação de perda gestacional de modo a facilitar o processo de luto; ● Participar em consultas de vigilância pré-natal: consulta de boletim de saúde da grávida e cumprimentos de plano nacional de vacinação, avaliação do bem-estar materno fetal, avaliação do cumprimentos de exames e análises solicitados, avaliação do cumprimento da suplementação requerida, identificação oportunidades de educação para a saúde para comportamento mais saudáveis durante a gravidez; ● Identificar sinais de alteração da gravidez fisiológica tendo em conta o risco da gravidez- tabela de Goodwin modificada (Direção geral de saúde, 2015) e método de referência das mesmas.

4ª a 5ª semana	Capacitar a mulher para sinais de alarme durante a gravidez	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar experiências dos casais que ultrapassaram parto pré-termo de modo a identificar principais dificuldades e apoios; ● Realizar um póster sobre sinais de ameaça de parto pré-termo.
5ª a 6ª semana	Avaliar o desempenho em ensino clínico relativamente aos cuidados especializados à mulher/casal/ recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> ● Executar a autoavaliação e feedback com enfermeira cooperante; ● Realizar uma reunião final com professora orientadora e enfermeira cooperante; ● Definir estratégias de melhoria na prestação de cuidados de modo a garantir as competências de enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica.

EESMO na sala de partos		
Cronograma	Objetivos	Atividades a desenvolver
1ª a 2ª semana	Conhecer a estrutura física e dinâmica da sala de partos e urgência obstétrica e integrar a equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento na sala de partos e urgência obstétrica; ● Consultar protocolos de implementação, missão e valores da instituição; ● Planejar horário de estágio; ● Identificar a colaboração do serviço de bloco de partos com os restantes serviços: neonatologia e puerpério; ● Reconhecer as patologias mais frequentes.
2ª a 3ª semana	Desenvolver competências no âmbito da vigilância pré-natal, trabalho de parto e pós-natal	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar o papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica no serviço de bloco de partos; ● Identificar o circuito da mulher grávida no serviço de bloco de partos; ● Observar cuidados à mulher e recém-nascido durante o trabalho de parto; ● Observar cuidados à mulher na urgência obstétrica.

<p>3ª a 5ª semana (com supervisão da enfermeira cooperante)</p> <p>após 12ª semana (autonomamente)</p>	<p>Cuidar da mulher inserida na família durante o primeiro estadio de trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar acolhimento à mulher grávida durante o primeiro estadio de trabalho de parto na sala de partos; ● Realizar anamnese detalhada à mulher grávida, identificando informações úteis à prestação de cuidados de enfermagem e consulta de registo durante a vigilância da gravidez: boletim de saúde da grávida e processo clínico; ● Identificar a presença do plano de parto e esclarecimento de eventuais questões relacionadas com o mesmo; ● Observar obstétrica e fisicamente a mulher grávida: avaliação de sinais vitais, realização de toque vaginal e avaliação segundo índice de Bishop, avaliação da altura de fundo uterina; ● Avaliar o bem estar fetal: avaliar apresentação fetal através de manobras de Leopold, colocar e interpretar cardiotocografo; ● Instruir sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas de gestão da dor durante o trabalho de parto; ● Diferenciar a fase latente e ativa do trabalho de parto; ● Preencher partograma; ● Valorizar a presença de convivente significativo e envolver durante o trabalho de parto; ● Identificar precocemente desvios do trabalho de parto fisiológico, referenciando situações para além da competência do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica;
<p>5ª a 7ª semana (com supervisão da enfermeira cooperante)</p> <p>após 12ª semana (autonomamente)</p>	<p>Cuidar da mulher inserida na família durante o segundo estadio de trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconhecer o início do segundo estadio do trabalho de parto; ● Preparar a sala de partos para a realização de um parto eutócico; ● Avaliar a progressão do trabalho de parto e estática fetal; ● Incentivar a realização de esforços expulsivos; ● Participar na execução de intervenções durante o período expulsivo; ● Realizar episiotomia (apenas se necessário); ● Realizar manobra de Ritgen protegendo o períneo; ● Preencher partograma; ● Valorizar a presença de convivente significativo e envolver durante o trabalho de parto; ● Colaborar em partos distócicos; ● Identificar precocemente desvios do trabalho de parto fisiológico, referenciando situações para além da competência do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica;

<p>7ª a 9ª semana (com supervisão da enfermeira cooperante)</p> <p>após 12ª semana (autonomamente)</p>	<p>Cuidar da mulher inserida na família durante o terceiro estadio de trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconhecer o início do terceiro estadio do trabalho de parto; ● Identificar sinais de dequitação e identificar alterações características da dequitação fisiológica; ● Realizar tração controlada do cordão umbilical para promover a dequitação (manobra de Brandt- Andrews); ● Executar movimento de rotação para exteriorização completa da placenta e membranas (manobra de Dublin); ● Observar a placenta e integridade das membranas; ● Observar inserção da placenta e do cordão umbilical; ● Identificar a formação do globo de segurança de Pinard, após a dequitação; ● Vigiar perdas hemáticas; ● Administrar ocitocina (caso necessário); ● Colaborar na realização de episiotomia ou correção de lacerações; ● Realizar revisão ao canal de parto, verificando estruturas afetadas; ● Identificar precocemente desvios do trabalho de parto fisiológico, referenciando situações para além da competência do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica;
<p>9ª a 10ª semana (com supervisão da enfermeira cooperante)</p> <p>após 12ª semana (autonomamente)</p>	<p>Cuidar do recém-nascido garantindo a adaptação adequada à vida extrauterina</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Verificar hora do nascimento; ● Avaliar a adaptação à vida extrauterina (APGAR) e referenciar em situações para além das competências do enfermeiro especialista em saúde materna; ● Colher sangue do cordão, se necessário; ● Envolver o convivente significativo na laqueação do cordão umbilical (se assim o pretender); ● Promover contacto pele a pele (se assim o pretender); ● Administrar vitamina K para prevenção de doença hemorrágica do recém-nascido; ● Promover a amamentação; ● Realizar transferência para o serviço de neonatologia (caso instabilidade hemodinâmica ou prematuridade);
<p>10ª a 12ª semana (com supervisão da enfermeira cooperante)</p> <p>após 12ª semana (autonomamente)</p>	<p>Cuidar da mulher inserida na família durante o quarto estadio de trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconhecer o início do quarto estadio do trabalho de parto; ● Observar fisicamente a puérpera, identificando sinais de alterações para além das competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica; ● Vigiar perdas hemáticas; ● Incentivar o esvaziamento vesical; ● Promover a vinculação com o recém-nascido; ● Promover adaptação do recém-nascido à mama, esclarecendo eventuais dúvidas; ● Realizar transferência para a unidade de

		puerpério.
<p>12ª a 14ª semana (com supervisão da enfermeira cooperante)</p> <p>após 14ª semana (autonomamente)</p>	Cuidar da mulher em situação de urgência obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> ● Solicitar boletim de saúde da grávida; ● Monitorizar bem-estar materno-fetal; ● Identificar sinais e sintomas da ocorrência ao serviço de urgência; ● Identificar necessidade de administração de imunoglobulina anti-D (se grávida com fator Rh negativa); ● Administrar terapêutica tendo em conta os 9 certos da medicação; ● Encaminhar para o serviço de bloco de partos; ● Referenciar para restantes profissionais de saúde em situações para além das competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica.
Após 12ª semana	Facilitar a vinculação entre a mãe/casal e o recém-nascido com alterações e/ou funcionais	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar as especificidades do parto pré-termo; ● Facilitar a vinculação no pós-parto imediato entre a mãe/casal e o recém-nascido prematuro (caso hemodinamicamente estável): amamentação precoce e contacto pele a pele; ● Facilitar a primeira visita à unidade de neonatologia; ● Realizar educação para saúde sobre o recém-nascido prematuro;
19ª a 20ª semana	Avaliar o desempenho em estágio relativamente aos cuidados especializados à mulher/casal/ recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> ● Executar a autoavaliação e feedback com enfermeira cooperante; ● Realizar uma reunião final com professora orientadora e enfermeira cooperante; ● Definir estratégias de melhoria na prestação de cuidados de modo a garantir as competências de enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica.

ESMO na gravidez patológica		
Cronograma	Objetivos	Atividades a desenvolver
1ª a 2ª semana	Conhecer a estrutura física e dinâmica da Unidade de Cuidados Continuados e integrar a equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento na Unidade de materno fetal: estrutura, equipa multidisciplinar, objetivos e organização; • Consultar protocolos de implementação, missão e valores da instituição; • Planear o horário de estágio; • Observar cuidados à mulher grávida com patologia associada.
2ª a 3ª semana	Desenvolver competências no âmbito da vigilância pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as principais patologias no cuidado à mulher grávida com patologia associada; • Identificar principais sinais de parto pré-termo e de que modo pode ser prevenido.
3ª a 4ª semana	Cuidar da mulher grávida/casal em situação de risco, em contexto de internamento hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar cuidados à mulher grávida com patologia associada; • Realizar um folheto informativo sobre as principais especificidades do recém-nascido prematuro e características da unidade de neonatologia.
4ª a 5ª semana	Planear programa de preparação para a prematuridade para mulher/casal com previsão de parto pré-termo	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ações de educação para a saúde sobre a prematuridade em mulheres grávidas com ameaça de parto pré-termo; • Realizar uma visita virtual à unidade de neonatologia com recurso a vídeo.
5ª a 6ª semana	Avaliar o desempenho em estágio relativamente aos cuidados especializados à mulher/casal/ recém-nascido e avaliar efetividade da preparação para a prematuridade	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar medidas de preparação para a prematuridade implementadas; • Executar a autoavaliação e <i>feedback</i> com enfermeira cooperante; • Realizar uma reunião final com professora orientadora e enfermeira cooperante; • Definir de estratégias de melhoria na prestação de cuidados de modo a garantir as competências de enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica.

EESMO em ginecologia		
Cronograma	Objetivos	Atividades a desenvolver
1ª a 2ª semana	Conhecer a estrutura física e dinâmica da Unidade de Cuidados Continuados e integrar a equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento na Unidade de puerpério: estrutura, equipa multidisciplinar, objetivos e organização; ● Consultar protocolos de implementação, missão e valores da instituição; ● Planear o horário de estágio; ● Observar os cuidados à mulher com patologia do foro ginecológico.
2ª a 3ª semana	Desenvolver competências no âmbito da vigilância ginecológica	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar as principais patologias no cuidado à mulher com patologia ginecológica associada; ● Executar autoavaliação e <i>feedback</i> com enfermeira cooperante; ● Realizar reunião final com professora orientadora e enfermeira cooperante; ● Definir estratégias de melhoria na prestação de cuidados de modo a garantir as competências de enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica.

ESMO no puerpério		
Cronograma	Objetivos	Atividades a desenvolver
1ª a 2ª semana	Conhecer a estrutura física e dinâmica da Unidade de Cuidados Continuados e integrar a equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento na Unidade de puerpério: estrutura, equipa multidisciplinar, objetivos e organização; • Consultar protocolos de implementação, missão e valores da instituição; • Planear o horário de estágio; • Observar cuidados à puérpera e recém-nascido.
2ª a 3ª semana	Desenvolver competências no âmbito da vigilância pós-natal	<ul style="list-style-type: none"> • Participar na realização de cuidados à puérpera e ao recém-nascido: avaliar bem-estar materno e do recém-nascido, avaliação do globo de segurança de Pinard, vigiar perdas hemáticas, avaliar penso cirúrgico em mulheres submetidas a cesariana, avaliar eliminação vesical, avaliar estado das mamas e corrigir a pega, avaliar estado do períneo; • Identificar a existência material informativo de apoio à mulher/casal no período pós-parto; • Realizar Rastreio de Diagnóstico precoce e vacinação ao recém-nascido; • Observar consultas de apoio à amamentação.
3ª a 4ª semana	Promover a saúde da mulher e do recém-nascido e capacitar para a transição para o domicílio	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar medidas de educação para a saúde para a facilitação dos cuidados ao recém-nascido no domicílio; • Realizar medidas de educação para a saúde sobre cuidados no pós-parto e sinais de alerta no puerpério; • Identificar orientações realizadas à mulher inserida no seio familiar com o filho internado na unidade de neonatologia.
4ª a 5ª semana	Facilitar a vinculação entre a mãe/casal e o recém-nascido com alterações e/ou funcionais, internado na unidade de	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a perceção dos profissionais de saúde sobre a ligação com o serviço de neonatologia e adaptação da mulher ao parto pré-termo; • Identificar os sentimentos e receios das mulheres/casal com os filhos internados na unidade de

	neonatologia	<p>neonatologia;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar um conto infantil “o meu irmão nasceu mais cedo”; ● Realizar um folheto com as principais especificidades do serviço de neonatologia para facilitação da vinculação entre pais e recém-nascido.
5ª a 6ª semana	Avaliar o desempenho em estágio relativamente aos cuidados especializados à mulher/casal/ recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> ● Executar autoavaliação e feedback com enfermeira cooperante; ● Realizar uma reunião final com professora orientadora e enfermeira cooperante; ● Definir estratégias de melhoria na prestação de cuidados de modo a garantir as competências de enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica.

Fonte: Elaboração própria, baseado nas competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro), e competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio)

APÊNDICE II- CRONOGRAMA DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIOS

Contexto de estágio	Calendarização	Duração
ESMO na comunidade	16 de Setembro a 25 de Outubro	6 semanas
ESMO na sala de partos	28 de Outubro a 28 de Março	20 semanas
ESMO na gravidez patológica	31 de Março a 9 Maio	6 semanas
ESMO em ginecologia	12 de Maio a 23 de Maio	2 semanas
ESMO no puerpério	26 de Maio a 4 de Julho	6 semanas

Pausas Letivas:

- **Natal**- 23 de Dezembro a 3 de Janeiro
- **Páscoa**- 14 a 19 de Abril

Fonte: Elaboração própria

**APÊNDICE III: RESUMO PARA ACOMPANHAMENTO DA GRAVIDEZ DE
BAIXO RISCO, ADAPTADO DO PNVGBR**

1ª consulta (até às 12 s)

- Preencher o BSG: história clínica, fatores de risco pré-natal e social, cálculo da IG e DPP, avaliação do bem-estar materno, avaliação de consumos;
- Verificar o histórico vacinal;
- Identificar motivação e adaptação do casal à gravidez;
- Realizar ensinamentos sobre importância e objetivos da vigilância na gravidez
- Realizar ensinamentos sobre alterações corporais na gravidez;
- Realizar ensinamentos sobre alimentação (toxoplasmose), aumento de peso ideal e realização de suplementação;
- Realizar ensinamentos sobre realização de atividade física;
- Realizar ensinamentos sobre sexualidade;
- Encaminhar para o seguimento de rastreio oral (cheque dentista).

Para realizar: ecografia 1º T (11-12s), suplementos de iodo e ácido fólico, exame ginecológico, análises (hemograma, tipagem, pesquisa de coombs e serologias)

2ª consulta (das 14 às 16 s)

- Preencher o BSG: correção da DPP e reavaliação da IG;
- Verificar cumprimento de exames solicitados e realização de suplementação;
- Avaliação do bem estar materno-fetal;
- Realizar ensinamentos sobre desconfortos do 2º trimestre;
- Realizar ensinamentos sobre legislação na gravidez;
- Se adequado, realizar ensinamentos sobre diagnóstico pré-natal;
- Realizar ensinamentos sobre início de suplementação com ferro.

Para realizar: ecografia do 2º T (20- 22s), suplementação com ferro, serologia da rubéola (se não imune anteriormente), diagnóstico pré-natal

3ª consulta (das 20 às 24 semanas)

- Preencher o BSG;
- Verificar cumprimento de exames solicitados;
- Avaliação do bem estar materno-fetal;
- Confirmação do fator Rh e agendamento da administração de imunoglobulina anti-D;
- Confirmação da vacinação contra o tétano, difteria e tosse convulsa;
- Informar sobre o exame PTGO;
- Encaminhar para curso de preparação para o parto.

Para realizar: PTGO

4ª consulta (das 27 às 30 s)

- Preencher o BSG;
- Verificar cumprimento de exames solicitados;
- Avaliação do bem estar materno-fetal;
- Vacinação contra o tétano, difteria e tosse convulsa;
- Realização de imunoglobulina anti-D (se aplicável);
- Realizar ensinamentos sobre desconfortos do 3º trimestre e importância de comunicação intrauterina;
- Promoção do aleitamento materno e preparação do quarto e mala de maternidade;
- Realizar ensinamentos sobre sinais de parto pré-termo.

Para realizar: ecografia do 3ºT (32-34s), análises sanguíneas (hemograma e serologias)

5ª consulta (das 34 às 35 s)

- Preencher o BSG;
- Verificar cumprimento de exames solicitados;
- Avaliação do bem estar materno-fetal;
- Administração de 2ª dose da vacina do tétano, difteria e tosse convulsa (se aplicável);
- Realizar ensinamentos sobre a contagem de movimentos fetais- BSG;
- Elaboração de um plano de parto;
- Entregar folheto sobre fisiologia do trabalho de parto.

6ª consulta (das 36 às 38 s)

- Preencher o BSG;
- Verificar cumprimento de exames solicitados;
- Avaliação do bem estar materno-fetal;
- Realizar ensinios sobre sinais de alerta e início do trabalho de parto;
- Entregar folheto sobre cuidados ao recém-nascido;
- Realizar ensinios sobre alterações no puerpério;
- Informar sobre colheita para pesquisa de streptococcus β hemolítico de grupo B;
- Informar sobre recursos na comunidade- projeto pró cuidar, cuidar, SOS amamentação;
- Encaminhar para o hospital onde irá ocorrer o parto.

Para realizar: pesquisa de streptococcus β hemolítico de grupo B, análises (hemograma e serologias)

7ª consulta (após 40 s)

- Preencher o BSG;
- Verificar cumprimento de exames solicitados;
- Avaliação do bem estar materno-fetal;
- Realizar ensinios sobre a possibilidade de indução do parto;

Fonte: Elaboração própria, baseado no PNVGBR (Direção geral de saúde, 2015)

**APÊNDICE IV: FOLHETO INFORMATIVO SOBRE RECURSOS NA
COMUNIDADE APÓS PERDA GESTACIONAL**

15%

DAS MULHERES JÁ SOFRERAM UMA PERDA GESTACIONAL

A perda gestacional é a complicação mais frequente da gravidez, independentemente da idade gestacional.

É uma experiência **pessoal**, que afeta cada pessoa de forma diferente. Caso considere útil, rodei-se da sua **rede de apoio** de modo a facilitar esta perda difícil.

CONTACTOS DE APOIO

Amor para além da Lua

Projeto que pretende sensibilizar para a perda gestacional, partilhando informação e organizando grupos de partilha com apoio de psicólogo.



<https://amorparaalemdalua.com>

Projeto Pais Coragem

Projeto que oferece apoio aos casais que sofreram de uma perda gestacional, promovendo momentos de partilha.



<https://www.facebook.com/paiscoragem>

Centro SOS-Voz Amiga

Linha de apoio emocional que se disponibiliza a ajudar todos aqueles que se encontram em situações de sofrimento.



213 544 545



NÃO ESTÃO SOZINHOS!

Fonte: Elaboração própria, baseado na norma de orientação clínica de perda gestacional recorrente (Monteiro, et al., 2022)

Imagens ilustrativas: adquiridos no *software* Canva

APÊNDICE V: SINAIS E SINTOMAS SOBRE INÍCIO DE TRABALHO DE PARTO



**EM PORTUGAL
1 EM CADA 10
BEBÉS NASCE PREMATURO**

SABE OS PRINCIPAIS SINAIS?



Perda de líquido ou sangue pela vagina



Contrações regulares a cada 10 minutos



Sensação de pressão na região das ancas



Dor abdominal



Dor na parte inferior das costas

**CASO APRESENTE ALGUM DESTES SINTOMAS
RECORRA AO SERVIÇO DE URGÊNCIA OU LIGUE**

 **808 24 24 24** 

Fonte: Elaboração própria baseado *National Health Service* (2024) e *Unicef* (2022)

Imagens ilustrativas: adquiridos no *software* Canva

**APÊNDICE VI- EBOOK: O MEU BEBÉ PODE NASCER MAIS CEDO, E
AGORA?**

O meu bebé pode nascer premature e agora?



ÍNDICE

- 1 O MEU BEBÉ PODE NASCER
PREMATURO?
- 2 COMO É O RECÉM-NASCIDO
PREMATURO?
- 3 COMO FUNCIONA A
NEONATOLOGIA?
- 4 COMO POSSO AJUDAR O MEU
BEBÉ?

O MEU BEBÉ PODE NASCER PREMATURO?

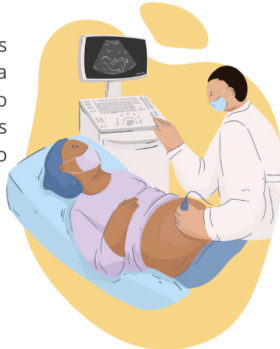
O seu bebé pode nascer mais cedo do que o esperado, se surgirem sinais de que o parto pode acontecer antes das

37 semanas de gravidez.

PORQUE É QUE TENHO DE FICAR INTERNADA?

Durante o internamento, o objetivo é manter a gravidez o máximo de tempo possível, de forma segura.

Por isso, são feitos tratamentos para tentar atrasar o parto e evitar complicações do nascimento prematuro.



- Medicamentos para tentar **parar as contrações** e adiar o parto;
- Medicamentos para **ajudar os pulmões do bebé** a crescerem mais depressa e reduzir a necessidade de ajuda para respirar depois de nascer;
- Medicamentos para ajudar a **proteger o cérebro do bebé**, que ainda está frágil.

Algumas mães precisam ainda de tomar antibióticos para proteger o bebé ainda dentro da barriga.



COMO É O RECÉM-NASCIDO PREMATURO?

O recém-nascido prematuro nasce antes das 37 semanas de gravidez.

Quanto mais cedo o bebé nasce, menos desenvolvidos são os seus órgãos e sistemas.



Os recém-nascidos prematuros enfrentam

desafios únicos

durante o internamento na neonatologia.



O recém-nascido necessita de aprender devagar várias funções, de acordo com:

tempo de gravidez

peso ao nascer

resposta aos cuidados na neonatologia

O recém-nascido estará dentro de uma **incubadora**, que permite manter o calor e a humidade essenciais para a continuação do desenvolvimento da sua pele frágil e fina. As incubadoras permitem criar o ambiente o mais próximo possível do útero da mãe.



O tempo do bebé na neonatologia pode

variar

de bebé para bebé.

A fragilidade causa internamentos em que

se vive o dia a dia e se celebre as pequenas vitórias ♥



O recém-nascido prematuro apresenta características que os distinguem dos restantes recém-nascidos.

Os pulmões estão muito pouco desenvolvidos pelo que necessita de bastante apoio para respirar.



Fica doente muito facilmente, pelo que é preciso cuidado na lavagem das mãos.





O cérebro é muito frágil e muito sensível a pequenos estímulos como luz, ruídos ou até mesmo o toque.



É alimentado por uma sonda da boca até ao estômago, por ainda não comer sozinho.



Por serem muito sensíveis, estes bebés precisam de dormir muito e de cuidados suaves e frequentes.



As suas características físicas são diferentes das dos outros bebés:

- Pele muito fina, quase transparente;
- Pouca quantidade de gordura;
- Membros finos e agitados;
- Tamanho pequeno;
- Muito baixo peso;
- Pode ainda não apresentar abertura dos olhos.

Quando o bebé prematuro nasce, necessita de ser observado observado logo pelos profissionais de saúde.

Após a observação pela equipa médica é pensada a transferência para o serviço de **neonatologia**, para receber os melhores cuidados de acordo com o seu peso e tempo de gravidez.



COMO FUNCIONA A NEONATOLOGIA?

A neonatologia é o local do hospital que se dedica aos cuidados aos bebés prematuros ou bebés que estão doentes.

Este serviço está dividido em 3 salas distintas:

- Sala de cuidados intensivos neonatais;
- Sala de cuidados especiais neonatais;
- Sala de berços.

As salas são diferentes no tipo dos cuidados realizados ao bebé e no nível de acompanhamento pelos profissionais de saúde.



Os cuidados ao recém-nascido são realizados de forma a semelhante à vida dentro da barriga da mãe.



Grande parte dos bebés estão dentro de **incubadoras** que permitem manter a temperatura e a humidade necessários ao desenvolvimento do bebé.

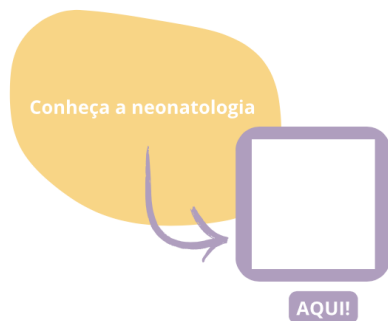
A neonatologia é composta por um grupo de profissionais de saúde que trabalham **em conjunto**.

Os enfermeiros e os médicos ficam sempre nas salas com os bebés. Outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas ou terapeutas da fala, costumam visitar o serviço no período da **manhã**.



A neonatologia tem pouca **luz**, pois os bebés são sensíveis à luz forte e direta.

Todas os cuidados de saúde são feitas ao bebé durante todo o tempo que fica na neonatologia.



Apesar de serem diminuídos os ruídos o máximo possível para manter sono do bebé, a neonatologia tem muitos **sons de equipamentos** que não são conhecidos.

Não se preocupe os médicos e enfermeiros estão sempre a vigiar os bebés!



Teste do pezinho



Vacinação

COMO POSSO AJUDAR O MEU BEBÉ?

A presença dos pais é essencial para o bebé, sendo que a preparação para os cuidados em casa é iniciada desde a chegada à neonatologia.



Os enfermeiros irão ajudar nos cuidados ao bebé.

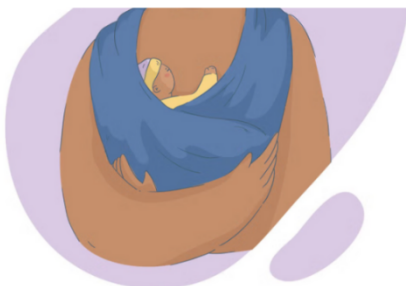
Os cuidados ao bebé devem ser realizados de forma a respeitar o seu sono.



O cérebro é um dos órgãos mais frágeis do bebé prematuro. Por isso, é importante realizar cuidados que ajudem no seu desenvolvimento e evitem problemas no futuro:

- Não realizar movimentos rápidos;
- Manter um ambiente tranquilo;
- Realizar método canguru.

O QUE É O MÉTODO CANGURU?



Coloca-se o bebé prematuro em contacto direto pele a pele com o peito da mãe (ou do pai). Esta técnica tem muitos benefícios para o bebé e também para os pais.

- Manter da temperatura do corpo;;
- Melhorar respiração e batimentos cardíacos;
- Melhor o aumento de peso;
- Reduzir do risco de ficar doente;
- Aumentar a duração da amamentação;

- Apoiar ao desenvolvimento do cérebro;
- Fortalecer a relação com o bebé;
- Aumentar a confiança nos cuidados ao bebé;
- Reduzir o stress e o medo da neonatologia.

COMO POSSO COMUNICAR COM O MEU BEBÉ?

O recém-nascido, tão pequeno e frágil, **sente, escuta e responde** ao ambiente à sua volta. Falar com o seu bebé é importante para aumentar a relação e apoiar o seu crescimento.



Fale com o seu bebé de forma tranquila e não realize barulho o máximo possível.

Não pouse objetos sob a incubadora e tenha cuidado ao fechar as portas da mesma.

Antes de entrar na neonatologia coloque o som do seu telemóvel em modo silencioso.



O seu telemóvel, para além de aumentar o barulho, cria uma barreira de relação entre o pais e o bebé.

Para além disso, pode apresentar sujidade e fazer com que o bebé fique doente.



A **alimentação** vai ser aprendida ao longo do internamento. No início alimenta-se apenas de poucos mililitros de leite materno.



A alimentação é feita devagar com cada vez mais leite de forma a conseguir amamentar o seu bebé.



COMO POSSO PROTEGER O MEU BEBÉ?

Os bebé prematuros, não têm as suas defesas completamente desenvolvidas. É importante proteger o bebé o mais possível, com medidas simples:



- Lavagem das mãos antes de tocas no bebé;
- Utilização de máscara ou luvas, sempre que preciso;
- Ficar apenas no espaço de cada bebé, ao pé da incubadora;
- Informar os enfermeiros caso se sinta doente;
- Lavar as mãos após a usar o telemóvel;
- As visitas de outros familiares ser diferentes.

A **amamentação** é valorizada na neonatologia, pela sua importância para o bebé prematuro:

- Tem uma digestão mais fácil;
- Protege contra doenças;
- Fornece nutrientes importantes ao bebé;
- Melhora a relação com o bebé;
- Mais barato;
- Mais prático.

Por isso, a extração de leite deve começar o mais cedo possível e ser feita a cada 3 horas.



COMO FUNCIONAM AS VISITAS DO MEU BEBÉ?

Os pais não são visitas para o bebé. Assim, podem ficar junto ao bebé durante **todo o dia**, sendo importante realizar cuidados ao bebé, como a realização do método de canguru ou colo e a iniciar a amamentação.



As visitas dos **avós** também podem ser realizadas. Os avós podem visitar a neonatologia após as 16 horas até as 20 horas, um de cada vez e sempre comum dos pais.

A visita dos **irmãos** só é possível a crianças com mais de 12 anos.



Para melhorar a relação com o bebé e escrever as principais conquistas do bebé, a neonatologia dá aos pais um diário que acompanha o bebé durante todo o internamento.

Cada bebé



Deve-se respeitar o tempo de crescimento de cada bebé e celebrar cada evolução durante o internamento.

O bebé prematuro pode ter um internamento longo e cheio de desafios. Por isso o seu bebé também necessita que

**NÃO SE ESQUEÇA
DE CUIDAR DE SI!**

O Hospital tem um conjunto de profissionais de saúde que ajudam a lidar com o internamento do bebé, para conseguir estar mais presente.



Fonte: Elaboração própria, baseado nos conhecimentos adquiridos na prática clínica e nos consensos de neonatologia (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, s.d.)

Imagens ilustrativas: Divulgadas pela Organização Mundial de Saúde (2023c)

APÊNDICE VII- ENVELOPE DE MEMÓRIAS

O essencial é invisível aos olhos,
mas eterno no coração.



Nas memórias, como nas estrelas,
o amor nunca se apaga.

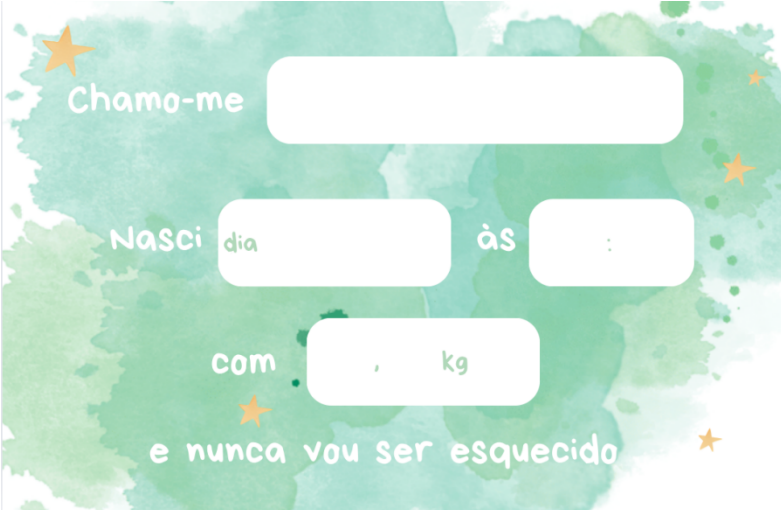


Chamo-me

Nasci dia às :

com , kg

e nunca vou ser esquecida



Chamo-me

Nasci dia às :

com , kg

e nunca vou ser esquecido



Fonte: elaboração própria

Imagens ilustrativas: adquiridos no *software* Canva

APÊNDICE VIII: CONTO INFANTIL “O MEU IRMÃO NASCEU MAIS CEDO”

O meu irmão nasceu mais cedo...

Uma história sobre a prematuridade

(Página 1)

Já te contei que vou ser a irmã mais velha?

Os meus desejos foram finalmente realizados!

(Página 2)

Conheci o meu irmão através da barriga da minha mãe, quando ele dava muitos pontapés.

(Página 3)

Agora, a mamã diz que o meu irmão teve muita pressa para nascer, porque queria conhecer-nos mais cedo...

(Página 4)

Ele está no hospital, onde os médicos e os enfermeiros o protegem enquanto é assim pequenino.

(Página 5)

Ensinam-no a respirar melhor e a comer mais, até crescer tudo para vir para casa.

(Página 6)

O meu irmão vai ter de crescer numa caixa mágica, que se chama incubadora. É como se ainda estivesse dentro da barriga da mãe: lá dentro está tudo quentinho e é tudo mais silencioso.

(Página 7)

O meu irmão é mais pequenino que todos os bebés que eu já conheci...

(Página 8)

É mais pequenino que o meu ursinho...

(Página 9)

É mais pequenino que o meu cão, o Gaspar...

(Página 10)

E até é mais pequenino que os sapatos do papá...

(Página 11)

O meu irmão é mais leve que o de açúcar que a mamã usa nos bolos...

(Página 12)

Mais leve que a minha mochila da escola...

(Página 13)

E até mais leve que quase todas as minhas bonecas...

(Página 14)

Mas, o meu irmão tem a maior força do mundo! O meu papá até acha que ele tem superpoderes.

(Página 15)

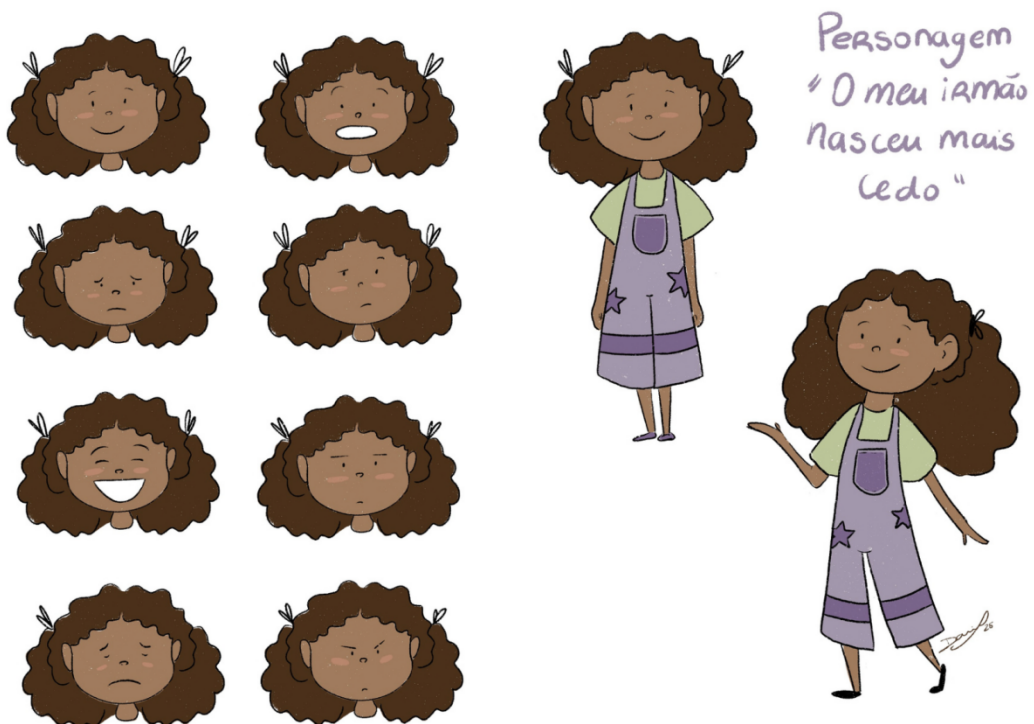
O meu irmão é **prematuro!** E precisa do amor dos nossos pais para crescer e ficar mais forte para vir para casa.

(Página 16)

Por isso vou esperar mais um bocadinho. E mostrar o quanto gosto dele com os meus desenhos.

(Página 17)

Mas espero que ele não se esqueça, que já faz parte da nossa família!

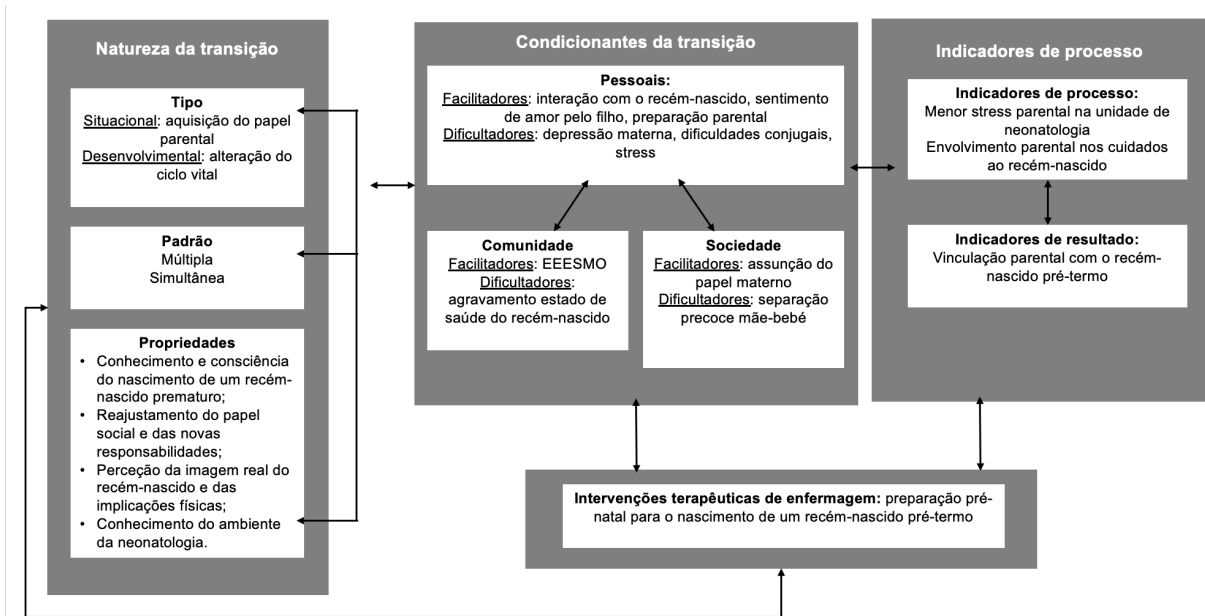


Fonte: elaboração própria. Conto infantil em finalização, submetido à Bolsa de criação de Literatura Infantil e Juvenil promovido pelo Governo Português:

<https://www.gov.pt/servicos/fazer-candidatura-as-bolsas-anuais-de-criacao-em-banda-desenhada-e-literatura-infantil-e-juvenil-2025>

Imagens ilustrativas: Ilustrações realizadas pela ilustradora Carolina Daniel. Cedência de imagens realizada pela autora.

APÊNDICE IX- MAPA CONCEPTUAL



Fonte: Elaboração própria, baseado na Teoria das Transições de Afaf Meleis

APÊNDICE X- PROTOCOLO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Questão de pesquisa: Qual o contributo do enfermeiro obstetra na preparação da grávida para o nascimento de um recém-nascido pré-termo?

Critérios de inclusão:

Participantes: grávidas com ameaça de parto pré-termo

Conceito: preparação para a prematuridade;

Contexto: pré-natal

Tipos de fontes:

Esta scoping review considerará estudos qualitativos, quantitativos e mistos, bem como textos e artigos de opinião e revisões sistemáticas que cumpram os critérios de inclusão supramencionados.

Metodologia

A scoping review será desenvolvida de acordo com a metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs (Peters, et al., 2024).

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa tem como objetivo mapear a literatura disponível acerca do contributo do enfermeiro obstetra para a preparação para o nascimento de um recém-nascido pré-termo na grávida que apresenta esse risco.

Será realizada uma pesquisa inicial na plataforma EBSCO, nomeadamente nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e Pubmed.

Foi realizada a pesquisa nas bases de dados definidas, utilizando os descritores de pesquisa posteriormente identificados interceptados pelos operadores booleanos “AND” ou “OR.

Identificação dos descritores:

- Neonat*
- Preterm

- Prematur*
- Matern*
- Pregnancy
- Prenatal
- Empowerment
- Education
- Midwife
- Obstetric nurse

Bases de dados: MEDLINE e CINAHL

Expressão de pesquisa: (NEONAT* OR PRETERM OR PREMATUR*) AND (MATERN* OR PREGNANCY OR PRENATAL) AND (EMPOWERMENT OR EDUCATION) AND (MIDWI* OR OBSTETRIC NURSE)

Seleção dos estudos:

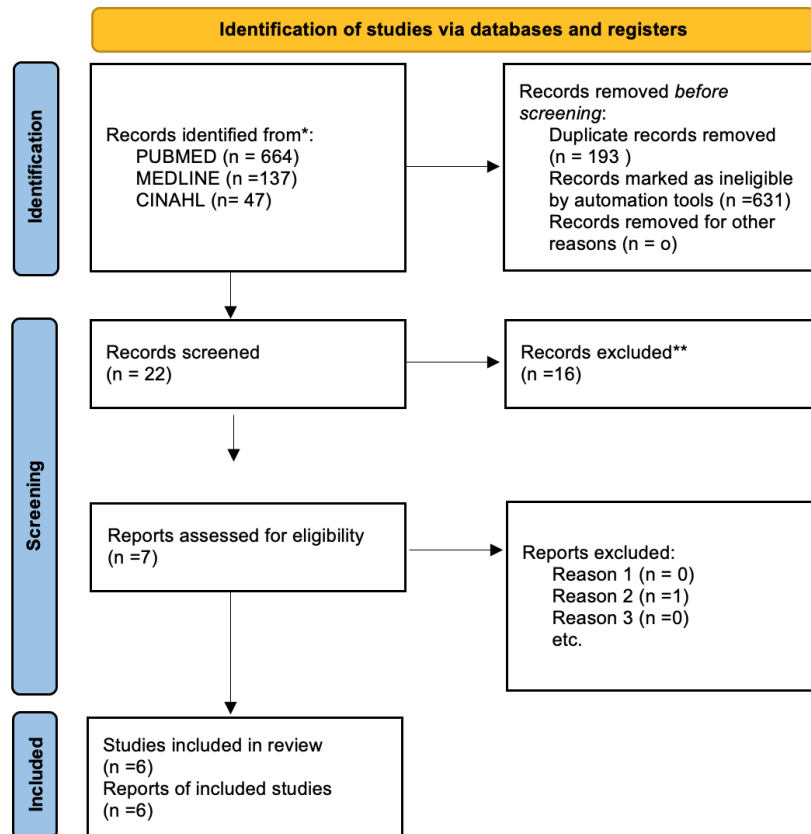
Relativamente à seleção dos estudos foram considerados os critérios de inclusão previamente descritos. Considerados como limitadores universais de pesquisa: texto completo gratuito e período da publicação que remetem aos últimos 5 anos. Serão ainda considerados artigos com idiomas em português, espanhol e inglês. Relativamente aos limitadores específicos serão apresentados posteriormente, segundo o fluxograma PRISMA (Page, et al., 2021).

Fontes de informação:

Foram utilizadas as plataformas PUBMED e EBSCO host, especificamente na base de dados MEDLINE e CINAHL. Foram ainda considerados estudos não publicados e literatura cinzenta nesta scoping review.

Seleção dos estudos

O diagrama de fluxo (Page, et al., 2021) foi elaborado tendo por base as pesquisas efetuadas nos motores de busca e base de dados selecionadas.



Nota: *Reason1- Ausência de objetivo **Reason2- Metodologia incompleta ***Reason3- Ausência de discussão de resultados

Artigos incluídos na revisão:

1. Schafer, R., LoGiudice, J. A., Hargwood, P., & Wilpers, A. (2024). The Role of Midwives in US Perinatal Palliative Care: A Scoping Review. *Journal of midwifery & women's health*, 69(6), 875–887. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13664>
2. Bryant, A. S., Riley, L. E., Neale, D., Hill, W., Jones, T. B., Jeffers, N. K., Loftman, P. O., Clare, C. A., & Gudeman, J. (2020). Communicating with African-American Women Who Have Had a Preterm Birth About Risks for Future Preterm Births. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 7(4), 671–677. <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00697-8>

3. Turienzo, C., Silverio, S. A., Coxon, K., Brigante, L., Seed, P. T., Shennan, A. H., Sandall, J., & POPPIE Collaborative Group (2021). Experiences of maternity care among women at increased risk of preterm birth receiving midwifery continuity of care compared to women receiving standard care: Results from the POPPIE pilot trial. *PloS one*, 16(4), e0248588. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248588>
4. Bayati, M., Biabanakigoortani, A., Changiz, T., & Namnabati, M. (2023). The impact of a three-phase education-support-follow-up program on the mothers' perceptions of the needs of their multiple infants: A protocol study for a clinical trial. *Journal of education and health promotion*, 12, 110. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_46_22
5. Chaharrahifard, L., Jashni Motlagh, A., Akbari-Kamrani, M., Ataee, M., & Esmaelzadeh-Saeieh, S. (2021). The Effect of Midwife-led Psycho-Education on Parental Stress, Postpartum Depression and Parental Competency in High Risk Pregnancy Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of caring sciences*, 10(2), 70–76. <https://doi.org/10.34172/jcs.2021.014>
6. Karimi, M., Bakht, R., Tapak, L., Refaei, M., & Basiri, B. (2024). The effect of empowerment counseling on stress and self-esteem of mothers with hospitalized premature infants. *Journal of reproductive and infant psychology*, 42(2), 315–326. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2081674>

APÊNDICE XI- LISTA DE ARTIGOS EXCLUÍDOS COM RAZÕES

Hodgson, R. (2022). Midwives to Play Key Role in New National Collaboration to Safely Reduce Rates of Preterm Birth. *Australian Midwifery News*, 30(1), 34–35.

O artigo apresentado não apresenta metodologia definida.

APÊNDICE XII- INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Título da Revisão: Preparação parental para o nascimento de um recém-nascido pré-termo: contributo do enfermeiro obstetra

Questão: Qual o contributo do enfermeiro obstetra na preparação da mulher grávida para o nascimento de um recém-nascido pré-termo?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: mulheres grávidas inseridas no contexto familiar

Conceito: preparação para a prematuridade

Contexto: pré-natal

Autor/es: Marzieh Karimi, Rafat Bakht, Leili Tapak, Mansoureh Refaei e Behnaz Basiri

Ano da Publicação: 2024

País de origem: Irão

Objetivos: “(...) investigar o efeito do aconselhamento no *stress* e na autoestima de mães com bebés prematuros hospitalizados” (Karimi, et al., 2024, p.315)

Metodologia/métodos:

Paradigma: Misto

Desenho do estudo: “Depois de obter o consentimento por escrito da amostra, o questionário de Informações Demográficas e a Escala de stress parental foram preenchidos com entrevistas e o registo dos bebés de 2 a 4 dias após a admissão. A Escala de autoestima Rosenberg também foi preenchida pelas mães. Se a amostra estivesse no grupo de controlo, os questionários seriam preenchidos duas semanas depois, sem qualquer intervenção.” (Karimi, et al., 2024, p.317)

Participantes: “(...) 80 mães primigravida com idade entre 18 e 40 anos, idade gestacional de 28 a 34 semanas em 2021 no Irão” (Karimi, et al., 2024, p.315)

Instrumentos de colheita de dados: “Os dados foram colhidos usando um questionário de informações demográficas, Escala de *stress* Parental e Questionário de autoestima de Rosenberg.” (Karimi, et al., 2024, p.315)

Tratamento e análise de dados: “Os dados foram analisados com o SPSS 24.” (Karimi, et al., 2024, p.315)

Discussão e resultados: “Houve uma diferença substancial na pontuação média de autoestima (...), *stress* (...) entre os grupos de controlo e intervenção após a intervenção. A redução mais significativa ocorreu na dimensão da aparência e comportamento do bebé.” (Karimi, et al., 2024, p.315)

Fontes de pesquisa utilizadas: Não aplicável

Interpretação desenvolvida:

“Os resultados mostram que o aconselhamento com uma abordagem de empoderamento baseada no modelo GATHER é eficaz na redução do *stress* e no aumento da autoestima das mães de bebês prematuros internados na unidade de cuidados intensivos.” (Karimi, et al., 2024, p.315)

“Após a intervenção, a maior redução na pontuação de *stress* foi observada na aparência e comportamento infantil e nas áreas de cenas e sons. Portanto, os dois principais *stressores* nas mães foram reduzidos com aconselhamento.” (Karimi, et al., 2024, p.318)

“O método GATHER cria uma relação colaborativa entre o profissional de saúde e o cliente. Com essa abordagem, o profissional de saúde ouve o cliente e leva em consideração as necessidades do cliente.” (Karimi, et al., 2024, p.318)

Contributo para a questão de revisão:

“O nascimento prematuro está associado a uma redução na sobrevivência, complicações graves e de longo prazo” (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019 citado por Karimi, et al., 2024).”

“Fatores como o ambiente físico, equipamentos médicos assustadores, equipa mais estranha, políticas restritivas do paciente, aparência e comportamento do recém-nascido, papel parental ambíguo e interações entre pais e bebês geralmente criam condições *stressantes* e frustrantes para essas mães” (Sajadi et al., 2018 citado por Karimi, et al., 2024, p.316)

“Mães de bebês prematuros sofrem de *stress* e falta de autoestima.” (Karimi, et al., 2024, p.316)

“O empoderamento dessas mães pode melhorar significativamente o seu conhecimento, atitude e autoestima” (Parhiz et al., 2016 citado por Karimi, et al., 2024, p.316)

“O nascimento de um bebê prematuro é considerado um evento *stressante* para as mães. O *stress* materno pode ter grandes consequências, incluindo efeitos devastadores nas relações mãe-bebê e capacidade e desempenho reduzidos da mãe em cuidar do bebê. Portanto, aconselhamento e intervenção são necessários para fortalecer o papel da maternidade em mães com bebês prematuros internados na unidade de cuidados intensivos.” (Karimi, et al., 2024, p.316)

“Na verdade, essas mães geralmente esperam um bebê de termo que, por qualquer motivo, encontra um bebê prematuro e não tem conhecimento suficiente sobre o bebê

premature, como lidar com ele e na unidade de cuidados intensivos neonatais. Num estudo no Irão, a necessidade de conhecimento e informação, e a necessidade de adquirir habilidades nos cuidados aos bebés prematuros foram expressas como as principais necessidades dos pais” (Rasti et al., 2014 citado por Karimi, et al., 2024, p.320)

“A fragilidade dos bebés prematuros não é a principal fonte de *stress* para essas mães, mas a incapacidade de fornecer cuidados intensivos ou especializados é considerada a mais *stressante*” (Mariano et al., 2022 citado por Karimi, et al., 2024, p.320)

“Um estudo na Índia mostrou que o ambiente e sons e a aparência e o comportamento do bebé são os *stressores* mais importantes para a mãe” (Varma et al., 2019 citado por Karimi, et al., 2024, p.322).

“Outro estudo na Indonésia também descobriu que a maior parte do *stress* dessas mães veio da situação e da visão da UTIN (Syamsu et al., 2021 citado por Karimi, et al., 2024, p.322)

“A autoestima da mãe facilita o desenvolvimento dos papéis maternos e promove o crescimento e desenvolvimento ideais da criança (Kuo et al., 2012 citado por Karimi, et al., 2024, p.322)

“O aconselhamento ajuda as pessoas a entender melhor e se adaptar ao seu ambiente e a resolver problemas emocionais e interpessoais” (Sharf, 2015 citado por Karimi, et al., 2024, p.323).

“As intervenções de aconselhamento e treinamento podem desempenhar um papel essencial na melhoria do desempenho materno após o parto” (Chamgurdani et al., 2020 citado por Karimi, et al., 2024, p.323)

Título da Revisão: Preparação parental para o nascimento de um recém-nascido pré-termo: contributo do enfermeiro obstetra

Questão: Qual o contributo do enfermeiro obstetra na preparação da mulher grávida para o nascimento de um recém-nascido pré-termo?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: mulheres grávidas inseridas no contexto familiar

Conceito: preparação para a prematuridade

Contexto: pré-natal

<u>Autor/es:</u> Robyn Schafer, Jenna A LoGiudice, Pamela Hargwood e Abigail Wilpers
<u>Ano da Publicação:</u> 2024
<u>País de origem:</u> Estados Unidos da América
<u>Objetivos:</u> “(...) investigou o que se sabe sobre o papel das parteiras no CPP nos Estados Unidos.” (Schafer, et al., 2024, p. 875)
<u>Metodologia/métodos:</u> <u>Paradigma:</u> Qualitativo <u>Desenho do estudo:</u> Revisão da literatura <u>Participantes:</u> “parteiras envolvidas em programas de CPP” (Schafer, et al., 2024, p. 881) <u>Instrumentos de colheita de dados:</u> “A estratégia de pesquisa para esta revisão (Informações de Apoio: Apêndice S1) foi desenvolvida em consulta com um bibliotecário de pesquisa com experiência em metodologia de revisão sistemática. Incluía termos específicos para parteiras e cuidados paliativos ou cuidados paliativos perinatais e teve como objetivo localizar estudos publicados e não publicados por meio de uma abordagem tripla de pesquisa (1) bancos de dados acadêmicos, (2) fontes de literatura cinzenta e (3) referências em publicações identificadas.” (Schafer, et al., 2024, p. 877) <u>Tratamento e análise de dados:</u> “Dos 259 resultados identificados, 7 publicações atenderam aos critérios de inclusão. Estes incluíram 5 relatórios de caso, um artigo de pesquisa quantitativa e um resumo da conferência.” (Schafer, et al., 2024, p. 875) <u>Discussão e resultados:</u> “O papel e as contribuições das parteiras no CPP não estão bem representados na literatura existente.” (Schafer, et al., 2024, p. 875) “As parteiras estão envolvidas no CPP através da prestação de cuidados clínicos diretos (incluindo pré-parto, intraparto, pós-parto, neonatal, luto, <i>pós-mortem</i> e cuidados de acompanhamento) e planejamento e coordenação de cuidados como parte de uma equipa interprofissional.” (Schafer, et al., 2024, p. 875)
<u>Fontes de pesquisa utilizadas:</u> “Vários bancos de dados de literatura publicada foram usados para esta revisão: PubMed, CINAHL, Embase, Web of Science, ProQuest, Google Scholar e citações relevantes de estudos identificados.” (Schafer, et al., 2024, p. 875)
<u>Interpretação desenvolvida:</u> “Os cuidados paliativos perinatais (CPP) são uma opção essencial de cuidados de saúde reprodutiva em rápido crescimento para pessoas grávidas com uma condição

fetal diagnosticada que limita a vida que continuam a gravidez.” (Schafer, et al., 2024, p. 875)

“O fornecimento de CPP está dentro do escopo das competências básicas de obstetrícia, e as parteiras estão bem posicionadas para fazer contribuições únicas e valiosas para as equipas interprofissionais de CPP.” (Schafer, et al., 2024, p. 875)

“O pequeno número de estudos elegíveis identificados nesta revisão é uma indicação clara de uma lacuna no conhecimento existente sobre o envolvimento das parteiras no CPP nos Estados Unidos.” (Schafer, et al., 2024, p. 882)

“Como parte (ou em conjunto com) uma equipe interprofissional de CPP, as parteiras estão envolvidas durante todo o curso perinatal tanto na prestação de cuidados clínicos diretos quanto nos esforços de planeamento e coordenação de cuidados.”(Schafer, et al., 2024, p. 882)

“Apesar de um foco em cuidados interprofissionais e multiespecializados, as equipas e programas de CPP identificados na literatura muitas vezes não conseguiram incluir parteiras. Quando estavam envolvidas, as parteiras eram frequentemente apresentadas como um subconjunto de enfermagem ou intercambiáveis com outros tipos de provedores de prática avançada.”(Schafer, et al., 2024, p. 882)

“Os resultados desta revisão revelam que o papel das parteiras é negligenciado ou insuficientemente explorado dentro do CPP. No entanto, esta revisão dos papéis das parteiras no CPP introduz implicações relevantes para a prática clínica, educação em obstetrícia, política de saúde e pesquisas futuras” (Schafer, et al., 2024, p. 883)

“As parteiras podem facilitar a tomada de decisões informadas alinhadas com as preferências e valores das famílias, envolvendo-se nessas discussões com a pessoa grávida, suas pessoas de apoio e outros prestadores de cuidados e, em seguida, trabalhando com a equipa de CPP para garantir a coordenação do atendimento no reconhecimento desses objetivos. O atendimento obstétrico inclui fornecer educação, orientação antecipada e apoio aos pacientes e suas famílias na manutenção, revisitação ou alteração de planos à medida que os cuidados evoluem.”(Schafer, et al., 2024, p. 883)

“No pós-parto imediato, as parteiras em CPP facilitam as preferências da família para se relacionar e segurar seu recém-nascido e se envolver em fazer memórias, como fotos e impressões de mãos, tomar banho e se vestir e atividades espirituais ou religiosas. As parteiras devem apoiar o enfrentamento e o processamento do luto dos pacientes e fornecer encaminhamentos e recursos para apoiar seu bem-estar emocional e psicológico.”(Schafer, et al., 2024, p. 883)

“Todas essas decisões e discussões exigem comunicação compassiva, humildade cultural e respeito pela diversidade, e base na ética que honra a autonomia do paciente.” (Schafer, et al., 2024, p. 883)

Contributo para a questão de revisão:

“Condições que limitam a vida são aquelas que não têm cura e são muito propensas a resultar em perda de gravidez, natimorto ou morte neonatal.” (Hollenbach, et al. 2020 citado por Schafer, et al., 2024, p. 875)

“O profundo impacto psicológico e emocional de um diagnóstico de LLFC [life-limiting fetal condition] e a perda perinatal esperada requerem cuidados especializados durante a gravidez e pós-parto e períodos neonatais” (Lã, 2011, citado por Schafer, et al., 2024, p. 875)

“Quando uma pessoa opta por continuar uma gravidez com um LLFC conhecido, uma equipe de atendimento multiespecializado é necessária para facilitar a tomada de decisões clínicas perinatais complexas e a coordenação dos cuidados. Como uma abordagem interprofissional e holística aos cuidados, o CPP visa minimizar o sofrimento e maximizar a qualidade de vida de acordo com os valores e preferências da família.” (Denney-Koelsch, & Côté-Arsenault, 2020, citado por Schafer, et al., 2024, p. 875)

“O CPP pode ser fornecido simultaneamente com intervenções de prolongamento da vida e incorpora todo o espectro de cuidados, como testes e diagnóstico, opções de aconselhamento, cuidados pré-natais, consultas especializadas, planeamento avançado de cuidados, cuidados intraparto e pós-parto, cuidados neonatais de fim de vida e pós-morte e apoio às necessidades educacionais, psicológicas, emocionais e espirituais da família enlutada.” (Limbo, R., et al, 2024 citado por Schafer, et al., 2024, p. 875)

“O CPP de alta qualidade requer uma abordagem abrangente, baseada numa equipa coordenada, e as parteiras estão posicionadas de forma única para serem membros valiosos da equipe de CPP.” (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019, citado por por Schafer, et al., 2024, p. 876)

“A provisão de CPP está dentro das Competências Básicas da Prática Básica de Obstetrícia nos Estados Unidos, conforme definido pelo *American College of Nurses-Midwives (ACNM)*” (American College of Nurses-Midwives, 2020 citado por Schafer, et al., 2024, p. 876)

“Pesquisas existentes mostraram que indivíduos classificados como de "alto risco" na gravidez, muitas vezes têm dificuldade em obter cuidados humanizados e de baixa

intervenção e são mais propensos a experimentar ansiedade e sentimentos de vulnerabilidade e perda de autonomia.” (Curtin, et al., 2023, citado por Schafer, et al., 2024, p. 882)

“Evidências apoiam que pacientes com condições de alto risco ou complicações relacionadas à gravidez beneficiam do aumento do apoio, educação, continuidade do cuidado, envolvimento na tomada de decisões e cuidados centrados na pessoa e na família, que estão no centro do modelo de cuidado da obstetrícia.” (Curtin, et al., 2023, citado por Schafer, et al., 2024, p. 882)

“Isso pode ser especialmente verdadeiro na CPP, com pesquisas qualitativas concluindo que pacientes e famílias têm necessidades informativas e emocionais únicas e valorizam muito o cuidado compassivo, a escuta atenta e a validação dos prestadores de cuidados. (Lathrop, & VandeVusse, 2011, citado por Schafer, et al., 2024, p. 882)

“A integração total das parteiras nas equipes de CPP pode expandir as opções de cuidados holísticos para as famílias e promover a continuidade do cuidado e o apoio ao luto consistente com os objetivos do CPP. Isso é especialmente benéfico, dado que a pesquisa existente destacou o respeito pelas preferências dos pais, planejamento do nascimento e presença contínua e de apoio como os componentes importantes mais frequentemente relatados do CPP.” (Denney-Koelsch, 2016 citado por Schafer, et al., 2024, p. 882)

“O CPP ideal inclui uma abordagem individualizada e relacional de tomada de decisão, esclarecimento de valores e suporte para escolha informada ao longo do curso perinatal para garantir o alinhamento com as necessidades, objetivos e preferências informativas do paciente.” (American College of Nurses-Midwives, 2019 citado por Schafer, et al., 2024, p. 883)

“As decisões também devem ser tomadas sobre planos para o recém-nascido, incluindo reanimação e outras intervenções para promover ou sustentar a sobrevivência neonatal, atividades de vínculo, práticas espirituais ou religiosas, cuidados de rotina para recém-nascidos e alimentação infantil, testes e monitoramento, esforços de cuidados paliativos para aumentar o conforto e a qualidade de vida, como a gestão da dor e sintomas e planejamento de cuidados de fim de vida.” (Limbo, et al, 2024 citado por Schafer, et al., 2024, p. 883)

Título da Revisão: Preparação parental para o nascimento de um recém-nascido pré-termo: contributo do enfermeiro obstetra

Questão: Qual o contributo do enfermeiro obstetra na preparação da mulher grávida para o nascimento de um recém-nascido pré-termo?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: mulheres grávidas inseridas no contexto familiar

Conceito: preparação para a prematuridade

Contexto: pré-natal

Autor/es: Allison S Bryant , Laura E Riley, Donna Neale , Washington Hill Theodore B Jones, Noelene K Jeffers, Patricia O Loftman , Camille A Clare e Jennifer Gudeman

Ano da Publicação: 2020

País de origem: Estados Unidos da América

Objetivos: “Avaliar o nível de compreensão entre um grupo de mulheres afro-americanas sobre os riscos de PTB [preterm birth] em futuras gestações. (...) avaliar como algumas mulheres obtêm informações sobre a PTB [preterm birth] e identificar maneiras de aumentar sua conscientização.” (Bryant, et al., 2020, p.671)

Metodologia/métodos:

Paradigma: Qualitativo

Desenho do estudo:

Participantes: “60 mulheres afro-americanas que experimentaram ≥ 1 PTB nos últimos 5 anos” (Bryant, et al., 2020, p.672)

Instrumentos de colheita de dados: “As citações no relatório devem ser representativas dos principais temas extraídos dos grupos focais com base na análise de seu feedback.” (Bryant, et al., 2020, p.672)

Tratamento e análise de dados: “A observação presencial foi conduzida por pesquisadores profissionais de mercado que se concentraram em reações verbais e não verbais, e uma revisão das transcrições após a realização dos grupos focais para solidificar a compreensão do que foi dito. Com essas informações, os pesquisadores analisaram os principais temas - racionais e emocionais - e as implicações desses temas.” (Bryant, et al., 2020, p.672)

Discussão e resultados: “A fonte de informação mais confiável foi o prestador de cuidados obstétricos, embora os participantes tenham relatado confiar em aplicativos móveis, site” (Bryant, et al., 2020, p.672)

“Os cinco temas principais a seguir foram identificados: Houve (1) uma falta de conhecimento sobre a definição de PTB, o que impediu as mulheres neste estudo de identificar que, de fato, haviam experimentado um; (2) uma tendência para as mulheres normalizarem a PTB; (3) níveis variados de informação sobre as potenciais consequências de saúde e desenvolvimento a longo prazo da PTB; (4) uma falta de conhecimento sobre fatores de risco para PTB; (5) um desejo de receber informações sobre PTB de seu prestador de cuidados obstétricos (de preferência na primeira visita pós-parto).”(Bryant, et al., 2020, p.674)

Fontes de pesquisa utilizadas: Não aplicável

Interpretação desenvolvida:

“Identificámos uma falta de consciência sobre o PTB através das discussões em grupo. Essa falta de conhecimento resultou de 2 fatores: (1) muitas das mulheres não achavam que seu PTB anterior era anormal e (2) essas mulheres foram informadas muito pouco sobre seu risco de um futuro PTB.” (Bryant, et al., 2020, p.673)

“Embora todas as participantes tenham tido pelo menos uma gravidez nos últimos 5 anos que resultou em uma PTB em < 37 semanas, apenas aproximadamente metade considerou seu nascimento prematuro.(...) A PTB foi muitas vezes definida incorretamente como aquela em que o bebé nasceu abaixo do peso. Se o bebé nasceu com um peso e tamanho normais, as mulheres entrevistadas expressaram menos motivo de preocupação.” (Bryant, et al., 2020, p.673)

“Um histórico familiar de PTB às vezes normalizou a construção. Algumas mulheres assumiram que, se suas próprias mães deram à luz com < 37 semanas, isso deve ser uma ocorrência regular.”(Bryant, et al., 2020, p.673)

“Mulheres que tiveram uma gravidez e/ou parto descomplicados indicaram que receberam muito pouca informação sobre o que esperar com a próxima gravidez. No entanto, mulheres que deram à luz extremamente prematuro ou tiveram complicações, como pré-eclâmpsia, geralmente foram aconselhadas por seu prestador de cuidados obstétricos sobre possíveis complicações com futuras gestações.” (Bryant, et al., 2020, p.673)

“As mulheres expressaram uma opinião quase unânime de que não seriam capazes de se concentrar em qualquer coisa relacionada ao risco de um PTB subsequente durante o internamento hospitalar logo após um PTB. (...) no entanto, que leram as informações em folhetos para levar para casa que receberam e gostariam de receber mais informações sobre a duração da gravidez e a PTB como parte desses folhetos (...) Os prestadores de cuidados obstétricos foram vistos como fontes confiáveis de

informações médicas e os melhores mensageiros para informações sobre a duração da gravidez. As mulheres relataram ser mais recetivas a mensagens sobre a duração da gravidez durante as visitas de rotina de obstetrícia, como a consulta de acompanhamento de 6 semanas no ambiente controlado do consultório.” (Bryant, et al., 2020, p.674)

“Sugerimos uma abordagem na qual a educação sobre o estágio final do desenvolvimento fetal no útero é acoplada a complicações específicas que podem ocorrer quando um bebé nasce prematuro, como dificuldades com a retachamento e alimentação ou desafios respiratórios. O risco de um PTB subsequente deve ser enfatizado.” (Bryant, et al., 2020, p.675)

“A partir do segundo trimestre, as mulheres devem começar a receber informações da seu prestador de cuidados obstétricos sobre a PTB. As informações podem ser transmitidas de muitas formas, como folhetos, (...) aplicativos móveis e sites, e devem incluir definições de contrações prematuras e PTB” (Bryant, et al., 2020, p.675)

Contributo para a questão de revisão:

“A maioria (84%) dos partos pré-termo ocorre após 32 semanas de gestação (Blencowe, et al., 2012) . No entanto, quando comparados com bebés nascidos a termo, até mesmo bebés nascidos com 34-37 semanas têm um risco aumentado de complicações imediatas, mortalidade, paralisia cerebral (Blencowe, et al., 2012 citado por Bryant, et al., 2020, p.672) e imaturidade do desenvolvimento, o que pode ter consequências ao longo da vida (Teune, et al., 2011 citado por Bryant, et al., 2020, p.672)

“A PTBespontânea é um processo multifatorial resultante da interação de fatores que fazem com que o útero mude de um estado de quiescência para um de contrações ativas, trabalho de parto e, finalmente, nascimento. Os precursores variam de acordo com a idade gestacional (Steer P., 2005) e a causa precisa do trabalho de parto prematuro espontâneo permanece não identificada em aproximadamente 50% dos casos.” (Menon R., 2008 citado por Bryant, et al., 2020, p.672)

Título da Revisão: Preparação parental para o nascimento de um recém-nascido pré-termo: contributo do enfermeiro obstetra

Questão: Qual o contributo do enfermeiro obstetra na preparação da mulher grávida para o nascimento de um recém-nascido pré-termo?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: mulheres grávidas inseridas no contexto familiar

Conceito: preparação para a prematuridade

Contexto: pré-natal

Autor/es: Cristina Fernandez Turienzo, Sergio A Silverio , Kirstie Coxon , Lia Brigante , Paul T Seed, Andrew H Shennan e Jane Sandall

Ano da Publicação: 2021

País de origem: Itália

Objetivos: “explorar as experiências de atendimento entre mulheres com fatores de risco para parto prematuro participando de um ensaio piloto (POPPIE) de um modelo de continuidade de cuidados obstétricos que incluía uma clínica obstétrica especializada.” (Turienzo, et al., 2021, p. 1)

Metodologia/métodos:

Paradigma: Qualitativo

Desenho do estudo: “grávidas identificadas com risco aumentado de parto prematuro foram aleatoriamente alocadas para a continuidade do atendimento obstétrico (grupo POPPIE) ou para o atendimento padrão de maternidade. As mulheres em ambos os grupos foram acompanhadas de seis a oito semanas após o parto e foram convidadas a preencher uma pesquisa pós-natal on-line ou por correio.” (Turienzo, et al., 2021, p. 1)

Participantes: “334 mulheres grávidas identificadas com risco aumentado de parto prematuro” (Turienzo, et al., 2021, p. 1)

Instrumentos de colheita de dados: “pesquisa pós-natal e os dados de entrevistas qualitativas”(Turienzo, et al., 2021, p. 1)

Tratamento e análise de dados: “Um projeto de método misto sequencial exploratório de *status* igual foi escolhido para coletar e analisar os dados quantitativos da pesquisa pós-natal e os dados de entrevistas qualitativas.” (Turienzo, et al., 2021, p. 1)

Discussão e resultados: “Descobrimos que os entrevistados da pesquisa no grupo POPPIE, em comparação com os entrevistados do grupo padrão, eram significativamente mais propensos a relatar maior confiança em parteiras (...), maiores

percepções de segurança durante o atendimento pré-natal (...), ter uma parteira específica para entrar em contato quando necessário durante a gravidez (...) e o período pós-natal (...). Eles relataram maior envolvimento em decisões sobre cuidados pré-natais, intraparto e pós-natais (...); e maior apoio e aconselhamento pós-natal sobre: alimentação do bebê (...), manuseio, assentamento e cuidado do bebê (...), saúde e progresso do bebê sua própria saúde e recuperação (...) e com quem entrar em contato sobre quaisquer mudanças emocionais (...).” (Turienzo, et al., 2021, p. 2)

Fontes de pesquisa utilizadas: Não aplicável

Interpretação desenvolvida:

“No geral, os entrevistados da pesquisa no grupo POPPIE foram mais propensos a relatar maior confiança nas parteiras e percepções de segurança e qualidade dos entrevistados no grupo padrão”(Turienzo, et al., 2021, p. 16)

“Os resultados de entrevistas qualitativas forneceram uma visão e profundidade em muitas dessas descobertas, com mulheres no grupo POPPIE relatando experiências mais positivas de vínculo com os seus bebês e saúde física mais positiva pós-natal.” (Turienzo, et al., 2021, p. 16)

Contributo para a questão de revisão:

“Muitos bebês prematuros sobrevivem, mas são especificamente vulneráveis a condições de saúde e deficiências significativas que afetam famílias, sociedades e sistemas de saúde” (*World Health Organisation.*, 2012, citado por Turienzo, et al., 2021, p. 2)

“A maioria dos partos pré-termo é espontânea e apenas uma pequena proporção é iniciada pelo provedor devido a razões maternas ou maternas, mas a causa ainda é desconhecida em até metade dos casos e envolve fatores múltiplos e sobrepostos (por exemplo, doenças crônicas, infecções, histórico obstétrico, como PTBanterior ou abortos tardios, *stress* psicossocial, tabagismo, violência doméstica) (Goldenberg, et al., 2008 citado por Turienzo, et al., 2021, p.2)

“Uma revisão Cochrane de revisões descobriu que a obstetrícia de continuidade dos modelos de cuidados para mulheres grávidas com risco baixo e misto de complicações são as únicas intervenções de serviço e sistema de saúde que demonstraram ter uma redução na PTBe melhoria na sobrevivência perinatal” (Medley, et al., 2018, pp. 1-2 citado por Turienzo, et al., 2021, p.2)

“As mulheres que receberam cuidados de uma parteira nomeada ou de um pequeno grupo de parteiras durante a gravidez, o parto e os períodos pós-natal tinham 24%

menos chances de ter um PTBe mais chances de ter melhores resultados maternos e infantis e relatar mais satisfação com os cuidados” (Sandall, et al., 2018, p.2 Turienzo, et al., 2021, p.2)

“Ambos são mecanismos hipotéticos que ligam modelos de continuidade a experiências e resultados aprimorados; eles garantem um modelo de atendimento seguro baseado em uma relação de confiança e respeito mútuos, de acordo com a decisão da mulher, na qual as mulheres são mais propensas a divulgar riscos ou comportamentos potencialmente prejudiciais (por exemplo, fumar, beber), estar preparadas para confiar em conselhos e se envolver em atividades de autocuidado e aceitar encaminhamentos para apoio” (Sandall, et al., 2016 citado por Turienzo, et al., 2021, p.2)

“Os serviços de maternidade devem ser capazes de proporcionar às mulheres e seus parceiros uma transição segura para a paternidade para ter uma experiência positiva e que melhore a vida que estabeleça bases importantes para uma vida saudável” (National Health Service, 2019, citado por Turienzo, et al., 2021, p.2)

Título da Revisão: Preparação parental para o nascimento de um recém-nascido pré-termo: contributo do enfermeiro obstetra

Questão: Qual o contributo do enfermeiro obstetra na preparação da mulher grávida para o nascimento de um recém-nascido pré-termo?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: mulheres grávidas inseridas no contexto familiar

Conceito: preparação para a prematuridade

Contexto: pré-natal

Autor/es: Masumeh Bayati, Azam Biabanakigoortani , Tahereh Changiz e Mahboobeh Namnabati

Ano da Publicação: 2023

País de origem: Irão

Objetivos: ” (...) investigar o efeito de um programa de educação-apoio-acompanhamento nas perceções das mães sobre as necessidades de seus múltiplos.” (Bayati, et al., 2023, p. 1)

Metodologia/métodos:

Paradigma: Qualitativo

Desenho do estudo: “estudo intervencionista de três fases” (Bayati, et al., 2023, p. 1)

Participantes: “Trinta mães com bebês gêmeos ou múltiplos que foram hospitalizadas e internadas na UTIN” (Bayati, et al., 2023, p. 3)

Instrumentos de colheita de dados: “A ferramenta de colheita de dados é um questionário feito por pesquisadores que é preenchido pelas mães (N = 30) antes e depois da intervenção.” (Bayati, et al., 2023, p. 1)

Tratamento e análise de dados: “A primeira fase desenvolve um programa educacional através da revisão da literatura e usando as opiniões de especialistas. Na segunda fase, o programa desenvolvido será implementado na unidade de cuidados intensivos neonatais (UTIN) para as mães de múltiplos. Na terceira fase, com base no plano desenvolvido, o suporte necessário será aplicado e acompanhado.” (Bayati, et al., 2023, p. 1)

Discussão e resultados: “As mães de vários bebês são obrigadas a especificar necessidades físicas e de desenvolvimento únicas de seus bebês, enquanto suas percepções dessas necessidades podem ser diferentes com base no programa de educação-apoio-acompanhamento.” (Bayati, et al., 2023, p. 1)

Fontes de pesquisa utilizadas:**Interpretação****desenvolvida:**

“A infertilidade, uma questão problemática para os casais recém-casados, deve ser tratada como nenhum casal deve ser privado de ter filhos. O tratamento, no entanto, apresenta novos desafios para os múltiplos e subsequentes nascimentos prematuros, sistema de saúde e famílias.” (Bayati, et al., 2023, p. 1)

“Portanto, fornecer educação, apoio e cuidados de rotina na enfermaria neonatal não atende às necessidades dessas mães e elas devem receber atenção extra.” (Bayati, et al., 2023, p. 4)

“As necessidades das mães de gêmeos e múltiplos são baseadas nas necessidades físicas, de desenvolvimento e de cuidados dos recém-nascidos. Atender às necessidades dos recém-nascidos mudará as percepções das mães.” (Bayati, et al., 2023, p. 4)

“Portanto, o desenvolvimento e a implementação de um programa misto de três estágios parecem ser necessários para combinar a educação com o empoderamento da mãe, a presença de fortes apoios e o acompanhamento contínuo, de modo a

atender às necessidades dos recém-nascidos e melhorar as percepções das mães sobre essas necessidades. (Bayati, et al., 2023, p. 4)

“A educação é um dos requisitos para capacitar e capacitar as mães de vários bebês. A educação é o meio de aprimorar o aprendizado e o cuidado eficaz, a fim de mudar o comportamento das mães e capacitá-las. A educação das mães de múltiplos deve ser um processo interdisciplinar e colaborativo projetado e implementado para atender às necessidades dos clientes durante o programa de cuidados.” (Bayati, et al., 2023, p. 4)

Contributo para a questão de revisão:

“A infertilidade é a quinta maior deficiência global grave de acordo com a Organização Mundial da Saúde e afeta cerca de 10% da população mundial. (Deshpande & Gupta, 2019, citado por Bayati, et al., 2023, p. 1) (...) Os métodos de fertilização in vitro também aumentam o risco de gravidez múltipla. (...) Nascimentos múltiplos aumentam o risco de prematuros e bebês abaixo do peso. (Deshpande & Gupta, 2019, citado por Bayati, et al., 2023, p. 1) 2% de todos os nascimentos são múltiplos e principalmente gémeos, 3 em cada 10 bebês gémeos nascem prematuramente e 9 em cada 10 bebês trigêmeos são prematuros.” (Bayati, et al., 2023, p. 1)

“As complicações maternas incluem risco cardiovascular, distúrbios metabólicos, pré-eclâmpsia, abrupção placentária, infecção do trato urinário e parto prematuro.” (Lazarov, et al., 2016 citado por Bayati, et al., 2023, p. 2)

“As complicações fetais incluem prematuridade, restrição do crescimento intrauterino, anomalias congénitas e síndrome de transfusão de gémeo a gémeo.” (Wei, et al., 2016 citado por Bayati, et al., 2023, p. 2)

“Além disso, a infertilidade artificial pode levar a gémeos prematuros e múltiplos com distúrbios de curto e longo prazo de paralisia cerebral, bem como deficiências cognitivas e de desenvolvimento.” (Heo, et al., 2019, citado por Bayati, et al., 2023, p. 2)

APÊNDICE XIII- CONSENTIMENTOS INFORMADOS

CONSENTIMENTO INFORMADO

Preparação parental para o nascimento de um recém-nascido pré-termo:
intervenções do enfermeiro obstetra

Este estudo tem como objetivo identificar o impacto da preparação da mulher grávida em risco de parto prematuro no internamento numa unidade de neonatologia.

A preparação para a prematuridade pretende diminuir o impacto do internamento do recém-nascido numa unidade de neonatologia, promovendo uma diminuição do stress parental e uma consequente vinculação precoce.

A participação incluirá o preenchimento de um questionário de carácter anónimo e confidencial, com duração estimada de aproximadamente 5 minutos.

Não existem riscos conhecidos para a participação neste estudo, sendo o principal benefício o reconhecimento da preparação para a prematuridade na transição para a parentalidade.

Todas as informações recolhidas serão tratadas com total confidencialidade e serão utilizadas apenas para fins académicos e científicos. Quaisquer dados que permitam a identificação não serão divulgados em qualquer circunstância.

A participação é de carácter voluntário, tendo o direito de recusar ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo do interveniente.

Em caso de dúvida ou esclarecimento adicional, contactar:

Matilde da Costa Abreu
230000146@essaude.ipsantaarem.pt

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios deste estudo. Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Estou ciente de que minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem sofrer prejuízo. Ao assinar este documento, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar deste estudo.

[Redacted Signature], ____/____/____

CONSENTIMENTO INFORMADO

Preparação parental para o nascimento de um recém-nascido pré-termo:
intervenções do enfermeiro obstetra

Este estudo tem como objetivo identificar o impacto da preparação da mulher grávida em risco de parto prematuro no internamento numa unidade de neonatologia.

A preparação para a prematuridade pretende diminuir o impacto do internamento do recém-nascido numa unidade de neonatologia, promovendo uma diminuição do stress parental e uma consequente vinculação precoce.

A participação incluirá a realização de sessões de educação para a saúde sobre o recém-nascido prematuro e sobre o internamento na unidade de neonatologia, de duração variável. Posteriormente será preenchido um questionário de carácter anónimo e confidencial, com duração estimada de aproximadamente 5 minutos.

Não existem riscos conhecidos para a participação neste estudo, sendo o principal benefício o reconhecimento da preparação para a prematuridade na transição para a parentalidade.

Todas as informações recolhidas serão tratadas com total confidencialidade e serão utilizadas apenas para fins académicos e científicos. Quaisquer dados que permitam a identificação não serão divulgados em qualquer circunstância.

A participação é de carácter voluntário, tendo o direito de recusar ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo do interveniente.

Em caso de dúvida ou esclarecimento adicional, contactar:

Matilde da Costa Abreu

230000146@essaude.ipsantaarem.pt

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios deste estudo. Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Estou ciente de que minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem sofrer prejuízo. Ao assinar este documento, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar deste estudo.

_____ / ____ / _____

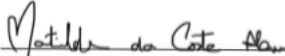
ANEXO I- SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion	256
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:	161
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	44
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	0
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	0
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	7
• Episiotomia/Episiotomy	1
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	25
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	67
• Gravidez/Pregnancy (40)	
• Trabalho de parto/Labor	1
• Puerpério/Puerperium	0
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	95
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	93
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	2
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology	26
Prática simulada/Simulated practice:	
• Prática de manobras de Leopold/Leopold's maneuver practice	2
• Prática de partos eutócicos/Practice of eutocic births	2
• Prática de partos pélvicos/ Practice of breech births	2
• Prática de distocias de ombros/Shoulder dystocia practice	2
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy	2

Santarém, _____ Dezembro 2026

Estudante/Student



Assinado por: **SUSANA ISABEL DO VALE MARTINS
SOEIRO DELGADINHO**

Professor/Teacher

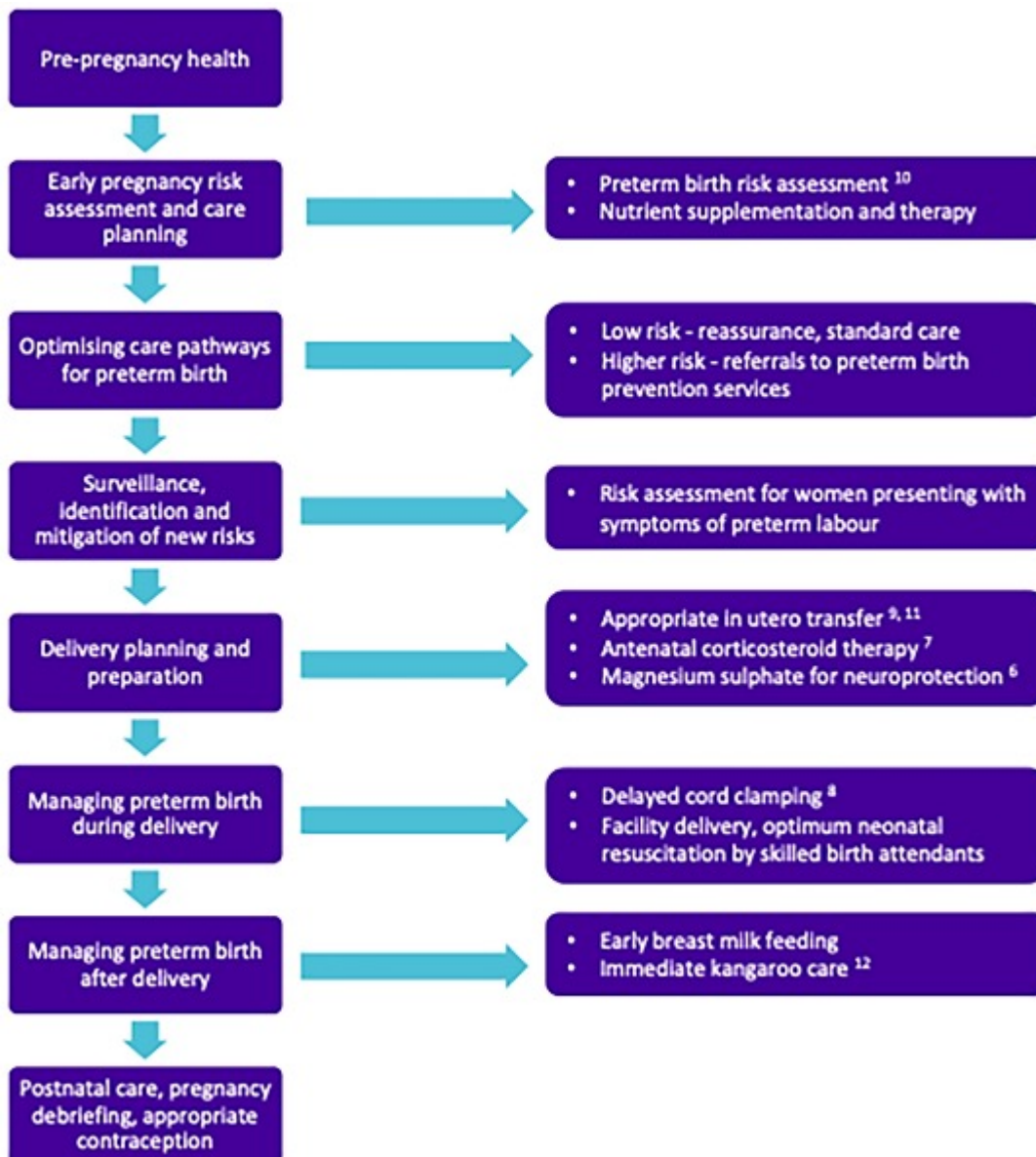
Num. de Identificação: 13089811

Assinado por: **Maria da Conceição Fernandes
Santiago**

Num. de Identificação: 08560601

Coordenador do curso/The course coordinator

**ANEXO II- MODELOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EVIDENCIARAM
INTERVENÇÕES DURANTE OS PERÍODOS DE PRÉ-GRAVIDEZ, GRAVIDEZ,
TRABALHO DE PARTO/PARTO E CUIDADOS PÓS-NATAIS**



Fonte: Anumba, et al, 2024

***ANEXO III- RISK ASSESSMENT AND MANAGEMENT TOOL FOR PREGNANT
WOMEN AT RISK OF PRETERM BIRTH***

Risk factor	Pathway
<p>High risk</p> <p>Previous preterm birth or mid-trimester loss (16 to 34 weeks gestation). Previous preterm prelabour rupture of membranes <34/40.</p> <p>Previous use of cervical cerclage.</p> <p>Known uterine variant (i.e., unicornuate, bicornuate uterus or uterine septum).</p> <p>Intrauterine adhesions (Ashermann's syndrome).</p> <p>History of trachelectomy (for cervical cancer).</p>	<p>Surveillance</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Referral to local or tertiary Preterm Prevention (PP) clinic by 12 weeks. 2. Further risk assessment based on history +/- examination as appropriate in secondary care with identification of pregnant women needing referral to tertiary services. 3. All pregnant women to be offered transvaginal cervix scanning every 2-4 weeks between 16 and 24 weeks as a secondary test to more accurately quantify the risk of preterm birth. 4. Additional use of quantitative fetal fibronectin in asymptomatic pregnant women may be considered where centres have this expertise. <p>Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Interventions should be offered to pregnant women as appropriate, based on either history or additional risk assessment tests by clinicians able to discuss the relevant risks and benefits according to up to date evidence and relevant guidance, for example, UK Preterm Clinical Network guidance (https://www.tommys.org/our-organisation/our-research/premature-birth-research/reducing-preterm-birth-rates) and NICE⁴¹ guidance. These interventions should include cervical cerclage, pessary and progesterone as appropriate.
<p>Intermediate risk</p> <p>Previous birth by caesarean section at full dilatation.</p> <p>History of significant cervical excisional event i.e., LLETZ where >15mm depth removed, or >1 LLETZ procedure carried out or cone biopsy (knife or laser, typically carried out under general anaesthetic).</p>	<p>Surveillance</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Refer to preterm birth prevention clinic by 12 weeks. 2) Further risk assessment based on history +/- examination as appropriate in secondary care with discussion of option of additional risk assessment tests, including: <ol style="list-style-type: none"> a) A single transvaginal cervix scan between 18-22 weeks as a minimum. b) Additional use of quantitative fetal fibronectin in asymptomatic pregnant women can be considered where centres have this expertise. <p>Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Interventions should be discussed with pregnant women as appropriate based on either history or additional risk assessment
	<p>tests by clinicians able to discuss the relevant risks and benefits according to up-to-date evidence and relevant guidance. These interventions should include cervical cerclage, pessary and progesterone as appropriate.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Pregnant women at intermediate risk should be reassessed at 24 weeks for consideration of transfer back to a low-risk pathway.

Fonte: Nacional Health Service England (2025)

ANEXO IV- PARECER DA COMISSÃO ÉTICA

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA
Nº de identificação de registo 021/2025

TIPO DE ESTUDO: ESTUDO CLÍNICO

Tese de mestrado:

"Preparação parental para o nascimento de um recém nascido pré-termo: intervenções do enfermeiro obstetra"

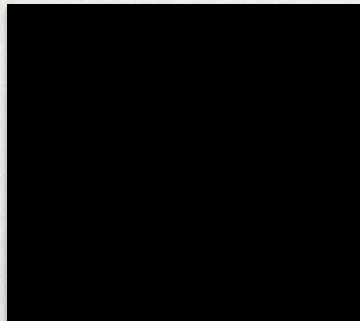
Após reunião a 12 de Março de 2025, tendo parecer favorável da UIC (Unidade de Investigação Clínica), e do EPD (Encarregado Proteção de Dados), estando, a documentação entregue, de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir parecer favorável

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde da
[redacted] a 12 de Março de 2025:

Presidente

Vice-presidente

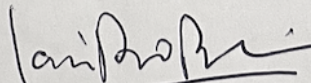
Vogais



Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde
[redacted] cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 12 de Março de 2025, **Parecer Favorável**.

O Presidente da Comissão de Ética



[redacted]

**ANEXO V: ESCALA DE AVALIAÇÃO DO STRESS PARENTAL NA UNIDADE
DE NEONATOLOGIA ADAPTADO PARA PORTUGUÊS: NUPS-PT**

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO STRESS PARENTAL NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA

NUPS-PT

Sabendo que os pais desempenham um papel decisivo no desenvolvimento do bebé e que necessitam de apoio para compreenderem este papel, é importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, conheçam as respostas dos pais à experiência de ter o seu bebé internado na Unidade de Neonatologia. Ao conhecer as necessidades dos pais, pretende-se diminuir o stress parental e promover o bem-estar da família enquanto o bebé está internado na Unidade de Neonatologia.

Este questionário lista várias experiências que outros pais relataram como *stressantes* quando o bebé esteve na Unidade de Neonatologia. Gostaríamos que indicasse, na lista de itens abaixo descrita, quanto *stressante* foi para si cada item. Se não passou por essa experiência, gostaríamos que o indicasse fazendo um círculo em NA, o que significa que “não teve essa experiência” nesse item.

Por *stressante*, queremos dizer que a experiência lhe causou ansiedade, o deixou aborrecido ou tenso.

No questionário, faça um círculo no único número que melhor expressa o quanto *stressante* cada experiência foi para si. Os números indicam os seguintes níveis de stress:

- 1 - Nenhum *stress* (a experiência não a/o deixou aborrecida/o, tensa/o ou ansiosa/o)
- 2 - Um pouco *stressante*
- 3 - Moderadamente *stressante*
- 4 - Muito *stressante*
- 5 - Extremamente *stressante* (a experiência aborreceu-a/o e causou-lhe muita ansiedade ou tensão)

Se não experienciou algum dos itens, faça um círculo NA (Não Aplicável)

EXEMPLO:

Se sente que as luzes **não foram nada** *stressantes*, fará um círculo no número 1

NA (1) 2 3 4 5

Se sente que as luzes brilhantes da unidade de cuidados intensivos **são extremamente** *stressantes* para si, fará um círculo no número 5

NA 1 2 3 4 (5)

Vire a página, por favor

Abaixo está uma lista do **AMBIENTE FÍSICO** e dos **SONS** que usualmente são experienciados na unidade neonatal. Estamos interessados em saber quanto *stressante* são para si o Ambiente Físico e os Sons. Faça um círculo no número que melhor representa o seu nível de *stress*.

Se não viu ou não ouviu nenhum item, faça um círculo no NA que significa “Não aplicável”.

1. A presença de monitores e equipamento	NA	1	2	3	4	5
2. Os ruídos constantes dos monitores e equipamentos	NA	1	2	3	4	5
3. Os ruídos repentinos dos alarmes dos monitores	NA	1	2	3	4	5

Abaixo está uma lista de itens que poderá descrever a **APARÊNCIA** e o **COMPORTAMENTO** do seu bebé, assim como alguns **TRATAMENTOS** que viu fazer ao seu bebé.

Nem todos os bebés passam por estas experiências ou têm esta aparência, por isso faça um círculo no NA, se não experienciou ou viu o item listado. Se o item reflete algo que experienciou, então indica o quanto a experiência foi *stressante* ou se o aborreceu, fazendo um círculo no número apropriado.

4. A cor incomum do meu bebé (por exemplo parece pálido ou amarelo ictérico)	NA	1	2	3	4	5
5. Os padrões incomuns de respiração do meu bebé	NA	1	2	3	4	5
6. O pequeno tamanho do meu bebé	NA	1	2	3	4	5
7. Ver agulhas e tubos colocados no meu bebé	NA	1	2	3	4	5
8. O meu bebé ser alimentado através de uma linha intravenosa ou tubo na boca ou no nariz	NA	1	2	3	4	5
9. Quando o meu bebé pareceu ter dor	NA	1	2	3	4	5
10. Quando o meu bebé pareceu triste	NA	1	2	3	4	5
11. A aparência flácida e fraca do meu bebé	NA	1	2	3	4	5
12. Os movimentos bruscos e agitados do meu bebé	NA	1	2	3	4	5
13. O meu bebé não conseguir chorar como os outros bebés	NA	1	2	3	4	5
14. Quando o meu bebé aparenta estar desconfortável	NA	1	2	3	4	5
15. O meu bebé não ser capaz de se movimentar adequadamente	NA	1	2	3	4	5

Vire a página, por favor

Na próxima área queremos perguntar-lhe como se sente sobre o seu próprio **RELACIONAMENTO** com o bebé e o seu **PAPEL PARENTAL**.

Se experienciou as seguintes situações ou sentimentos, indique de que modo foram *stressantes* para si, fazendo um círculo no número apropriado. Novamente, faça um círculo em NA se não experienciou o item.

16. Não ser capaz de ser capaz de cuidar do meu bebé (por exemplo, mudar a fralda, dar banho)	NA	1	2	3	4	5
17. Não ser capaz de pegar o meu bebé ao colo, quando quero	NA	1	2	3	4	5
18. Sentir-me impotente acerca de como ajudar o meu bebé durante este tempo	NA	1	2	3	4	5
19. Sentir-me entorpecida/o, como se isto não estivesse a acontecer comigo	NA	1	2	3	4	5
20. O meu bebé não me reconhece	NA	1	2	3	4	5
21. Sinto-me zangada(o) que o meu bebé tenha nascido mais cedo/doente	NA	1	2	3	4	5
22. Sinto-me culpabilizada/o por o meu bebé ter nascido mais cedo/doente	NA	1	2	3	4	5
23. O meu bebé parece sozinho	NA	1	2	3	4	5
24. Tenho medo que o meu bebé se ligue a outra pessoa que não eu	NA	1	2	3	4	5
25. A equipa conhece o meu bebé melhor que eu	NA	1	2	3	4	5
26. Não saber o que fazer quando na visita	NA	1	2	3	4	5
27. Ainda não sentir nenhum sentimento pelo meu bebé	NA	1	2	3	4	5

Vire a página, por favor

Abaixo está uma lista de itens que podem descrever o seu **RELACIONAMENTO FAMILIAR E SOCIAL** e de que forma influencia o seu stress enquanto o seu bebé está internado na Unidade de Neonatologia.

Se experienciou as seguintes situações ou sentimentos, indique de que modo foram *stressantes* para si, fazendo um círculo no número apropriado. Novamente, faça um círculo em NA se não experienciou o item

28. Ter que parecer alegre quando não me sinto assim	NA	1	2	3	4	5
29. Não ter tempo para fazer tudo	NA	1	2	3	4	5
30. Não ter ajuda suficiente da família e dos amigos	NA	1	2	3	4	5
31. Não conseguir lidar com a vida fora da unidade	NA	1	2	3	4	5
32. Sentir que ninguém sabe como me sinto	NA	1	2	3	4	5
33. Ser incapaz de regressar à normalidade	NA	1	2	3	4	5
34. Ser incapaz de apoiar o meu parceiro	NA	1	2	3	4	5
35. As exigências da vida de casa e da visita	NA	1	2	3	4	5
36. Não saber o que dizer à família e amigos	NA	1	2	3	4	5
37. ter que confiar na família e amigos para suporte	NA	1	2	3	4	5
38. Não saber como ajudar o meu parceiro	NA	1	2	3	4	5
39. Não ter tempo suficiente para passar com o meu parceiro/a	NA	1	2	3	4	5
40. Não ter tempo suficiente para mim própria/o	NA	1	2	3	4	5

Responda, por favor, às questões que se seguem:

Quando estou junto do bebé, coloco o bebé no peito?	Sim	Não
Consigo dar o biberon ao bebé?		
Consigo mudar a fralda ao bebé?		
Consigo dar banho ao bebé?		
Costumo pegar no bebé ao colo		
Costumo fazer canguru com o bebé		

Muito Obrigado!


Os dados obtidos através deste questionário são confidenciais e este documento ficará arquivado no processo do seu bebé.

Nome completo da mãe ou do pai:

4

Fonte: Sousa, F. P., & Curado, M. (2021).

ANEXO VI: PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA NUPS-PT


 Outlook

Fwd: Pedido de colaboração-NUPS-PT

De FÁTIMA MARIA RELVAS PACHECO CAL SOUSA <fatimasousa@campus.esel.pt>

Data seg, 30/12/2024 21:23

Para Matilde da Costa Abreu <230000146@essaude.ipsantarem.pt>

 1 anexo (574 KB)

NUPS-PT (Sem logo).pdf;

Cara Matilde, é com muito gosto que partilhamos a NUPS-PT e damos a permissão para a utilizar. Neste PDF que partilho, no final do questionário, está um pequeno quadro que adicionei, a título pessoal, apenas para recolha de dados e indicadores. Se quiser, pode ignorar porque, efectivamente, não faz parte da escala.

Estarei disponível para algum esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

Desejo um excelente ano novo!

Fátima Sousa
