



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

Relatório de Estágio

**O ENFERMEIRO OBSTETRA NA PREVENÇÃO DO
ABANDONO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO**

CATARINA PEREIRA DA FONSECA ANTUNES

**Lisboa
2021**



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

Relatório de Estágio

**O ENFERMEIRO OBSTETRA NA PREVENÇÃO DO
ABANDONO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO**

CATARINA PEREIRA DA FONSECA ANTUNES

Professor Orientador: Maria Anabela Ferreira dos Santos

**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*Quantas coisas são consideradas impossíveis
até que sejam realizadas?*

Plínio o Velho

AGRADECIMENTOS

O culminar desta etapa não seria possível sem a colaboração, dedicação, valores, carinho e espírito de missão de aqueles que, direta ou indiretamente, fazem parte ou se cruzaram nesta caminhada e contribuíram para a concretização deste percurso. A todos, os meus sinceros e humildes agradecimentos.

Primeiramente, agradeço à **Professora Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos**, pelo seu sentido de instrução e por todas as orientações, pelos ensinamentos fundamentais para a consolidação dos saberes que facilitaram o alcance dos objetivos propostos e pelo tempo que me dedicou, fatores decisivos para a execução e continuidade deste projeto, em período pandémico, tão difícil para todos nós.

Às minhas **orientadoras**, todas elas essenciais nos ensinamentos clínicos, a quem agradeço a disponibilidade e espírito aberto para transmitir os seus exigentes conhecimentos, fundamentais na criação dos alicerces basilares. Sem elas, a aquisição de competências técnicas e científicas seria ainda mais árdua e complexa.

Aos meus colegas de especialidade, pela amizade e companheirismo ao longo dos estudos.

Às minhas colegas e amigas, **Catarina Santos, Sara Meneses e Maria Inês Pinto** pela dedicação e pela demonstração de amizade, pelo tempo que despenderam sem qualquer obrigação. Gesto afeto, empatia sem igual, a quem fico imensamente grata e serão sempre merecedoras do meu total apreço.

À minha colega e amiga **Vera Cardoso**, por mostrar sempre a sua nobre disponibilidade e solidariedade, pelo seu valioso contributo e pela sua inexplicável ajuda, principalmente nos infatigáveis turnos noturnos. Notável, também, da minha gratidão e admiração.

À minha **Mãe, Isabel Costa**, pessoa ímpar que sempre me ajudou e esteve presente em todos os momentos, prezou pela minha boa educação e proporcionou a continuidade dos meus estudos académicos.

Ao meu namorado e amigo **Renato Dias**, agradeço a presença incansável e palavras de incentivo, pelo facto de ter acreditado em mim, de me mostrar que seria capaz de ultrapassar todos os obstáculos e ter permanecido ao meu lado durante todo este tão conturbado e atarefado período.

A todos, por permitirem que esta tese seja uma realidade, o meu sincero obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

APA - American Psychological Association

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CPLEESMO - Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CTG - Cardiotocograma

DGS – Direção-Geral da Saúde

EBSCO - Elton B. Stephens Company Publishing

EC – Ensino Clínico

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

IHAB – Iniciativa Hospital Amigo do Bebés

JBÍ – Joanna Briggs Institute

LM – Leite Materno

LME – Leite Materno Exclusivo

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PCC – População, Conceito, Contexto

SUGO – Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

WHO – World Health Organization

RESUMO

A amamentação é um processo complexo e importante na adaptação da mãe e do recém-nascido, estando intrínseco nas competências do Enfermeiro Obstetra o apoio e acompanhamento da família nesta fase. Sendo conhecidas as dificuldades que a díade pode experienciar, há risco de abandono precoce do aleitamento materno. Como tal, importa compreender e identificar quais os fatores que podem despoletar esse fenómeno, possibilitando uma intervenção personalizada e eficaz por parte do profissional de saúde. Baseada na Teoria do Conforto de *Khatarine Kolcaba*, optou-se por desenvolver esta temática com vista a proporcionar condições de conforto e tranquilidade durante o processo de aleitamento materno.

Descreve-se o percurso da aprendizagem para a elaboração do presente relatório, tendo como principal objetivo analisar reflexivamente o percurso de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e de Mestre. Como objetivos específicos foram definidos: descrever as atividades desenvolvidas nos vários contextos de aprendizagem que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e de Mestre; identificar as dificuldades que levam ao abandono precoce no processo de aleitamento materno exclusivo; implementar medidas de apoio à puérpera ajudando no processo de aleitamento materno exclusivo após a alta hospitalar; avaliar a eficácia das medidas implementadas no processo de apoio ao aleitamento materno exclusivo e identificar o impacto da situação pandémica no aleitamento materno exclusivo.

Sob a questão de partida “Quais os fatores que levam as mulheres a abandonar precocemente o processo de aleitamento materno?” realizou-se uma *scoping review* com o objetivo de mapear a evidência científica existente, concluiu-se que o enfermeiro deve dar o apoio e as informações necessárias para as puérperas e direcionar práticas que minimizem as dificuldades na amamentação como forma de impedir o desmame precoce.

Recorrendo à metodologia quantitativa e qualitativa, foi aplicado um questionário, com vista a identificar as dificuldades reconhecidas pelas mulheres que conduziram ao abandono precoce do aleitamento materno exclusivo após a alta hospitalar.

Tendo a pandemia por SARS-CoV-2 surgido a meio do percurso, implementou-se um segundo questionário para compreender o impacto que a mesma poderia ter no processo do aleitamento materno.

Apesar do progresso das várias medidas promotoras da amamentação, as taxas de aleitamento materno exclusivo continuam abaixo do recomendado, sendo possível verificar que

o regresso ao trabalho das mães é identificado como o maior obstáculo a manter a amamentação por períodos mais prolongados.

Palavras-chave: Desmame; Enfermeiras Obstétricas; Aleitamento Materno; Período Pós-Parto.

ABSTRACT

Breastfeeding is a complex and important process for the adjustment between the mother and the newborn, being included in the Obstetrician Nurse competences all the support and follow up for the entire family. There are known the difficulties of this dyad, as the risk for early abandonment of breastmilk ingestion. So, we need to understand and identify which factors can trigger this phenomenon, enabling a personalized intervention from the healthcare professional. Based on “Teoria do Conforto de Khatarine Kolcaba”, it has been chosen to pursue this topic so that it can enhance comfort and tranquility during breastfeeding.

The path of learning for the preparation of this report is described, with the main objective to reflectively analyze the path of acquisition of competences of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetrics and Master's Nursing. As specific objectives, the following were defined: to describe the activities developed in the various learning contexts that contributed to the acquisition and development of skills of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetrics and Master's Nursing; identify difficulties which lead to early abandonment of the breastfeeding practice; implement ways of support for the puerperal after exclusive breastfeeding at the hospital; assess efficacy the implemented measures in the support exclusive breastfeeding process and identify the impact of the pandemic in it.

Under the starting question “What are the factors that lead women to early abandon the exclusive breastfeeding process?” it has been done a scoping review to map the scientific evidence available, and it has been concluded that the nurse must give support and all information needed to the puerperal and to direct the practices that minimize the difficulties in breastfeeding to prevent early wean.

Recurring to quantitative and qualitative methodology, it has been applied a questionnaire, to identify the known difficulties for women which led to the early abandonment of exclusive breastfeeding after hospital discharge.

When the SARS-CoV-2 pandemic crossing the way, it has been implemented a second questionnaire to understand the impact of it in the breastfeeding process.

Regardless of the progress the breastfeeding promoting measures, the exclusive breastfeeding rates are still below recommended, and aggravated with the return of presential work, as it was the most significant struggle reported for bigger spans of time.

Keywords: Weaning; Nurse-midwife; Breast Feeding; Postpartum Period.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	14
1.1. Amamentação e o Aleitamento Materno	14
1.2. Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba	17
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS	20
2.1. Scoping Review	20
2.1.1. Critérios de eleição/inclusão	21
2.1.2. Tipologia de recursos a considerar	21
2.1.3. Estratégia de pesquisa	21
2.1.4. Extração dos resultados	23
2.1.5. Análise dos resultados da scoping review	24
2.2. Recolha de dados através de questionário.....	27
2.2.1. População alvo e amostra dos questionários	27
2.2.2. Método de recolha de dados	28
2.2.3. Apresentação dos resultados e análise dos dados.....	30
2.2.3.1. Apresentação e caracterização da amostra do 1º questionário	30
2.2.3.2. Experiência do processo de amamentação	31
2.2.3.3. Causas que contribuíram para o abandono precoce do AME	31
2.2.3.4. Procura de ajuda e recomendação durante o AME	32
2.2.3.5. Relação entre variáveis.....	33
2.2.4. Apresentação e caracterização da amostra do 2º questionário	35
2.2.4.1. Interferência da situação pandémica com processo de amamentação.....	35
2.2.4.2. Procura de ajuda e apoio dos profissionais de saúde.....	35
3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	40
3.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade nos períodos preconcecional e pré-natal, no climatério e na vivência de processos de saúde/doença ginecológica	42
3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.....	47
3.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	52
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	54
5. LIMITAÇÕES.....	56
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APÊNDICES	67

Apêndice I – Estudos Seleccionados e Respetiva Extração de Dados	68
Apêndice II – 1º Questionário	81
Apêndice III – 2º Questionário	87
ANEXOS	92
Anexo I – Folha de experiências mínimas.....	93

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - EQUAÇÃO DE PESQUISA	22
--------------------------------------	----

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DOS ESTUDADOS	23
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - ESCALÃO ETÁRIO	30
TABELA 2 - ANÁLISE DAS MAIORES DIFICULDADES DURANTE O PROCESSO DE AME	31
TABELA 3 - ANÁLISE DAS CAUSAS QUE CONTRIBUÍRAM PARA O ABANDONO PRECOCE DO AME.....	32
TABELA 4 - PROCURA DE AJUDA PARA O PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO	33
TABELA 5 - CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS ABERTAS	38

INTRODUÇÃO

Com o culminar do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e também, do Ensino Clínico (EC), surge a realização do Relatório de Estágio, cuja finalidade é apresentar, toda a aprendizagem realizada ao longo do Curso e do EC.

Havendo a necessidade de seleção de uma temática a trabalhar ao longo do curso para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, de acordo com interesse pessoal e com a motivação profissional de empoderar a mulher ao longo da sua vida reprodutiva, nomeadamente durante o processo de amamentação, surge o tema “O Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Abandono Precoce do Aleitamento Materno”.

Esta temática torna-se particularmente relevante na medida que cruza transversalmente várias competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) com carácter autónomo. São competências comuns aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, 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 (OE, 2019a).

Conforme o regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista, este desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; garante um ambiente terapêutico e seguro; desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica (OE, 2019a).

De acordo com o regulamento das competências específicas do EEESMO, o mesmo assume no seu exercício profissional intervenções autónomas, em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019b).

O trabalho que aqui se apresenta procura atingir as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros em Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. Foram

desenvolvidas ao longo de todas as atividades que visassem alcançar as competências do EEESMO, conforme as competências específicas do Enfermeiro Especialista:

Ponto 1. “Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional”;

Ponto 2. “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno fetal”;

Ponto 3. “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto”;

Ponto 4. “Cuida a 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”;

Ponto 5. “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério”;

Ponto 6. “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica”;

Ponto 7. “Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade”.

Este relatório tem como principal objetivo analisar reflexivamente o percurso de aquisição de competências do EEESMO e de Mestre. Para atingir o objetivo geral definiram-se os seguintes objetivos específicos: descrever as atividades desenvolvidas nos vários contextos de aprendizagem que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências do EEESMO e de Mestre; identificar as dificuldades que levam ao abandono precoce no processo de aleitamento materno exclusivo; implementar medidas de apoio à puérpera ajudando no processo de aleitamento materno exclusivo após a alta hospitalar; avaliar a eficácia das medidas implementadas no processo de apoio ao aleitamento materno exclusivo e identificar o impacto da situação pandémica no aleitamento materno exclusivo.

O desenvolvimento deste relatório apoiou-se na prática clínica baseada na evidência científica através da realização de uma *Scoping Review* e na prática reflexiva, baseada nos objetivos e atividades traçadas no projeto elaborado no primeiro ano do Curso de Especialização com Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Foram elaborados como instrumento de recolha de dados dois inquéritos por questionário, recorrendo a uma amostra aleatória com posterior análise quantitativa e qualitativa dos resultados obtidos.

O enquadramento teórico definido neste trabalho procura explicitar os conceitos amamentação (benefícios e dificuldades com o processo), AM e o desmame do AME. Foi selecionada a teoria de conforto de *Khatarine Kolcaba* para a compreensão do fenómeno do abandono precoce do AME, com vista a mobilizar os conceitos de conforto e tranquilidade para a prática dos cuidados de enfermagem especializados nesta área de tão importante atuação.

Este relatório está estruturado em seis capítulos. No primeiro capítulo, são abordados os conceitos implícitos à temática em estudo e o referencial teórico dos cuidados que incorporam a prática de cuidados ao longo desde estágio com relatório (ER); no segundo capítulo, são exploradas as opções metodológicas que foram adotadas para alcançar os objetivos definidos para este relatório; no terceiro capítulo, analisam-se as competências desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos através da prática reflexiva e da fundamentação teórica; no quarto capítulo, abordam-se as considerações éticas; no quinto capítulo, são apontadas as limitações do resultado deste relatório; no sexto capítulo, apresentam-se as considerações finais, resultado do trabalho desenvolvido ao longo desde ER e, por último, apresentam-se as referências bibliográficas utilizadas na sua execução.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Este capítulo pretende clarificar os principais conceitos do estudo, através da exposição da literatura sobre amamentação, o aleitamento materno e o desmame do aleitamento materno exclusivo. Procura, também, compreender os benefícios do AME e as dificuldades no processo de aleitamento materno (AM). Apresentam-se também os pressupostos da Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba, o referencial teórico escolhido para nortear o relatório e a abordagem à problemática em estudo.

1.1. Amamentação e o Aleitamento Materno

“Amamentar”, segundo o Dicionário Básico de Língua Portuguesa (2020), corresponde ao ato de dar de mamar, nutrir, alimentar o RN com leite materno (LM).

Atualmente é inquestionável que as aquisições de bons hábitos alimentares desde o nascimento são essenciais para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da saúde. Neste contexto, reveste-se de extrema importância o AM. Assim e baseado nos conhecimentos científicos, existe atualmente “um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida” (Levy e Bértolo, 2012, p.8), podendo-se afirmar ainda que “amamentar é (...) o melhor dote que a mãe pode legar ao filho que está a criar” (Pereira, 2006, p. 15).

Segundo a OMS (2017), o AME deve perdurar até aos 6 meses de vida (180 dias) e, a partir dessa altura, deverá ser praticado o AM complementado até aos dois anos de idade ou mais. O AME ou amamentação exclusiva é definido como: não dar nenhum outro alimento ou bebida, nem mesmo água, exceto o LM (OMS, 2017).

O LM é irrefutavelmente o método mais barato e seguro de alimentar os bebés e, na maioria das situações, protege as mães de uma nova gravidez (Levy & Bértolo, 2012).

De acordo com Bosi & Machado (2005) “a amamentação (...) é uma relação humana, portanto inscrita na cultura” (p. 42).

De acordo com Levy & Bértolo (2012), o LM é um alimento vivo, completo e natural, e salvo raras exceções, adequado para quase todos os RN. Molina (2004), refere ainda que o LM apresenta uma enorme complexidade, adaptando-se às necessidades do lactente, e é

composto por nutrientes, substâncias imunológicas, enzimas, hormonas, fatores de crescimento, entre outros.

São inúmeros os benefícios do AM tanto para a mãe como para o bebé. No lactente, diminui a possibilidade de adoecimento, reduz as taxas de mortalidade infantil, as intervenções hospitalares e reduz ainda o risco de doenças crónicas (Lima, Nascimento & Martins, 2018). A *International Baby Food Action Network* (IBFAN, 2014), citando a OMS corrobora a importância da amamentação na redução da mortalidade infantil e acrescenta que a sua prática contribui com benefícios que se estendem até à idade adulta. Além disso, para a mãe traz benefícios como - a involução uterina precoce, redução da hemorragia uterina durante o pós-parto, perda de peso, reduz o risco de cancro da mama e do colo do útero, sendo também considerada a alternativa mais económica para a alimentação do bebé (Lima et al., 2018)

O AM promove também uma melhoria na qualidade de vida da mãe, permite poupar tempo e recursos, é barato, prático e conveniente, não comprometendo a necessidade de preparação, aquecimento ou esterilização de biberons, sendo também amigo do ambiente.

O AM tem sido considerado estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, sendo uma intervenção eficaz para a redução da morbimortalidade infantil (Orso, Mazzetto & Siqueira, 2016).

Apesar de todos os benefícios que lhe estão associados, o AM ainda se depara com barreiras que em muito condicionam o seu sucesso e que levam ao abandono, total ou parcial antes do bebé perfazer os seis meses de vida (Monteschio, Gaiva & Moreira, 2015). Por ser uma prática complexa, estas barreiras não se restringem apenas a fatores biológicos, sendo que muitas mulheres/pais referem outros que podem estar na origem das dificuldades no processo de amamentação, tais como fatores psicológicos, socioeconómicos e culturais.

Segundo Araújo et al. (2008), estas barreiras estão agrupadas em cinco categorias:

- Demográficas - inclui o tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, números de filhos, experiência com amamentação anterior;
- Socioeconómicas - dizem respeito à renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho do chefe de família;
- Assistência pré-natal - orientação sobre amamentação e desejo de amamentar;
- Assistência pós-natal imediata - promoção do alojamento conjunto, o auxílio de profissionais de saúde e as dificuldades iniciais;

- Assistência pós-natal tardia (após a alta hospitalar) – tais como o stress e a ansiedade materna, o uso de medicamentos pela mãe e pelo bebé e ainda a introdução precoce de alimentos.

Segundo Araújo et al., (2008), o desmame do AM é definido como a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança que, até então, se encontrava em regime de AME. Pinto (2008), distingue ainda duas formas de desmame: o parcial caracterizado pela introdução de outros alimentos além do LM e o total em que existe suspensão completa do LM. O desmame caracteriza-se pela introdução de outros alimentos, além do LM (desmame parcial) ou, pela suspensão completa do LM (desmame total).

Após a Segunda Guerra Mundial, a forte tendência ao desmame precoce foi observada, principalmente nos países não desenvolvidos, devido ao rápido crescimento económico e tecnológico, associada às estratégias de promoção comercial das companhias produtoras de fórmulas lácteas. A prática do aleitamento artificial começa, porém, a ser revertida, a partir dos anos 70.

Para Pinto (2008), o desmame é um processo social e, portanto, não deve nem pode ser estudado como um evento isolado. Devem ser investigadas as causas básicas e geradoras de crises de lactação, que podem conduzir a interrupções curtas ou longas e, conseqüentemente, a um posterior desmame definitivo.

Durante o período de estabelecimento de lactação no pós-alta, são vários os obstáculos colocados à díade, tornando-o como um período potencialmente crítico. Mesmo com um bom estabelecimento do AM nesta fase, poderão advir obstáculos até ao desmame definitivo. Assim, há que encarar como um período particularmente crítico, o pós-alta, desde o momento da chegada da díade a casa até ao desmame total (Pinto, 2008).

Segundo González (2018), a amamentação tem uma duração característica para cada mamífero, sendo que no ser humano a mesma é influenciada pela tradição e normas sociais, distinta para cada cultura e cada época. Não se sabe ao certo qual a idade biologicamente “normal” do desmame, isto é, a idade em que se desmamavam as crianças há centenas de milhares de anos atrás. No entanto, mais tarde ou mais cedo, todas as crianças deixam a mama, mesmo que a mãe nada faça para tal. O desmame espontâneo é pouco provável antes dos dois anos de idade e praticamente impossível antes do primeiro ano de idade. De facto, a maior parte das crianças são desmamadas antes dos três meses. O desmame brusco é traumático para a criança e deve ser evitado. *La Leche League Internacional* (2004), aconselha que o desmame

não coincida com outros acontecimentos de vida que possam ser stressantes para a criança, tais como o regresso da mãe à atividade laboral, o início da escola ou o nascimento de um irmão.

Para Escobar et al. (2002), o profissional de saúde é extremamente importante no incentivo ao AM, promovendo, apoiando e instruindo a mulher, através do acompanhamento pré-natal e pós-natal. Quando definimos os motivos que contribuem para o abandono precoce, torna-se possível agir, no sentido da prevenção. Sendo os profissionais de saúde o recurso mais próximo das mulheres/mães, as suas atitudes e intervenções exercem uma grande influência no sucesso da amamentação e no combate às dificuldades que possam surgir

O levantamento das dificuldades associadas ao processo de amamentação, verbalizados pela maioria das mães/pais torna-se relevante para o enfermeiro de saúde materna e obstetrícia, na medida em que é o profissional de saúde mais competente para apoiar a família no processo de transição para a parentalidade. Através da implementação de programas de educação para a saúde durante o período perinatal, o EEESMO tem uma posição privilegiada para trabalhar no sentido da prevenção do abandono do AME.

1.2. Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba

Apesar da amamentação representar um esforço emocional, psicológico e físico para a mulher, considera-se que o processo do conforto e os conceitos que lhe são aplicáveis, facilitam o cuidado clínico dos Enfermeiros à puerpera. Assim, a teoria do conforto é um referencial teórico que alicerça o processo de Enfermagem, fortalece e maximiza o conforto como resultado da assistência da equipa de Enfermagem.

As teorias de Enfermagem estabelecem a base do conhecimento científico para sistematizar o saber e organizar os cuidados, o que institui subsídios para uma prática profissional baseada em evidências (Cardoso, Caldas & Souza, 2019).

O Dicionário *online* Priberam da Língua Portuguesa (2021), define conforto como “ato ou efeito de confortar ou de se confortar” “que fortalece, revigora, dando sensação de prazer de comodidade, bem-estar”, confortar alguém é como “tornar mais forte, confortável, dar conforto moral ou afetivo, animar”.

O conforto é considerado como uma necessidade básica da pessoa humana, um resultado essencial do cuidado de enfermagem, universalmente desejável, relevante em várias taxonomias profissionais e teorias de enfermagem (Silva, Oliveira, Neves & Guimarães, 2011).

Segundo *Katharine Kolcaba* (2003), o conforto é mais do que a ausência de dor e de desconforto físico, sendo considerado uma experiência holística de satisfação de necessidades.

Um dos conceitos definidos por Kolcaba (2003), na sua teoria são as necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados: físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais. De acordo com a mesma autora, existem quatro contextos em que esta experiência do conforto pode acontecer: o contexto físico - que diz respeito às sensações corporais e inclui aspetos como o descanso, relaxamento, níveis de eliminação, hidratação, oxigenação, dor e posicionamentos; o contexto psicoespiritual - que abrange a consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, autoconceito, sexualidade e significado da vida; o contexto sociocultural - relacionado com o respeito às relações interpessoais, familiares e sociais, incluindo aspetos financeiros e da vida social; o contexto ambiental - engloba as condições do meio, tais como a luz, o barulho, o equipamento (mobiliário), a cor, a temperatura e os elementos naturais ou artificiais do meio. Existem também outras variáveis que influenciam a percepção do conforto, tais como: experiências passadas, idade, postura, estado emocional, sistema de suporte, prognóstico, finanças e totalidade dos elementos da experiência do recetor (Kolcaba, 2003).

Segundo Kolcaba (2003), podem ser considerados três estados de conforto: o alívio, a tranquilidade e a transcendência. O conforto como alívio é o resultado holístico imediato, que pode ser alterado rapidamente com a mudança das circunstâncias. Consiste na satisfação de uma necessidade do doente e pressupõe a existência de um desconforto prévio (Kolcaba, 2003). O conforto como tranquilidade define-se como um estado de calma ou satisfação, relacionado com a satisfação de necessidades específicas, que podem causar desconforto. É um estado mais duradouro e contínuo, de contentamento e bem-estar. Por fim, o conforto como transcendência, consiste no estado em que o doente sente que tem capacidade para planear, controlar o seu destino e resolver os seus próprios problemas. No estado de transcendência mesmo que haja necessidades que não estejam totalmente satisfeitas, o mesmo consegue supri-las através do desprendimento da preocupação com todos os desconfortos que o poderiam afetar. Tudo isto acontece com a ajuda dos enfermeiros, que utilizam a sua arte de intervenção criativa, num cuidar que envolve um conjunto de ações confortantes (Kolcaba, 2003).

Kolcaba (2003), refere ainda que em situações de cuidados de saúde stressantes, as necessidades de conforto da mulher e da criança são maioritariamente colmatadas pela equipa de enfermagem.

A prestação de cuidados de enfermagem designando como sua meta o cuidar, dá primazia à promoção do conforto junto daqueles de quem cuida. No pós-parto, um momento de transição familiar e tão relevante para a mulher, a promoção de um ambiente tranquilo, de segurança e conforto, deverá estar na tônica da nossa atuação especializada. Katharine Kolcaba, aprofundou e teorizou a noção do conforto, tendo-se optado por esta norteação metodológica na elaboração do trabalho.

Assim, é um dever do EEESMO proporcionar condições de conforto ao seu alvo de cuidados. Sendo o conforto uma experiência complexa que envolve experiências multidimensionais e pessoais com diferentes graus de intensidades, torna-se imprescindível direcionar os seus cuidados, segundo um modelo centrado na mulher e na criança, encarando esta díade como beneficiários dos seus cuidados.

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo, abordam-se as opções metodológicas que nortearam a pesquisa, tendo por base o objeto de estudo que incide na temática do abandono precoce do AME com a finalidade de compreender as dificuldades que levam ao abandono precoce no processo de AME e identificar o impacto da situação pandémica no AME.

Este capítulo encontra-se organizado em subcapítulos: apresentação da *scoping review*, apresentação do desenho metodológico, apresentação da população e amostra definida nesta pesquisa e método de recolha de dados utilizado.

2.1. Scoping Review

Para a concretização dos objetivos delineados e apresentados neste relatório, e para atingir as competências inicialmente propostas, foi elaborada uma *Scoping Review*, primeiramente realizada em 2019, tendo sido refeita em 2021 para incluir a informação mais recente.

Mediante o grau de aprofundamento teórico e o tipo de revisão de literatura a utilizar, “The Joanna Briggs Institute” (JBI, 2020), preconiza a utilização e diferentes tipos de metodologia. Para revisões de literatura como a aqui proposta, *scoping review*, é sugerido o uso da mnemónica PCC, acrónimo de “população” (P), “conceito” (C) e “contexto” (C), para construir um título claro e objetivo, introduzindo o leitor ao núcleo da questão da *scoping review*, à sua aplicabilidade e à pertinência da revisão. Definiu-se então o título ‘Fatores que conduzem ao abandono precoce do aleitamento materno: a *scoping review*’.

Considerando o objetivo de mapear as dificuldades que podem conduzir ao abandono precoce do aleitamento materno, definiu-se a questão de partida ‘Quais os fatores que levam as mulheres a abandonar precocemente o processo de aleitamento materno?’.

As palavras chave definidas para esta *scoping review* foram: Amamentação (*Breast Feeding*), Desmame precoce (*Weaning*), Puerpério (*Postpartum period*) e Abandono (*Abandoned*).

2.1.1. Critérios de eleição/inclusão

Segundo a nomenclatura adotada pela JBI (2020), devem ser definidos os participantes, o conceito e o contexto. Assim, nesta scoping review, definiu-se que os **participantes**, sejam mulheres, que estabeleceram processo de amamentação. O **conceito** considerado é a identificação das causas que levam ao desmame precoce. Relativamente ao **contexto** não se considerou nenhuma limitação quanto ao local.

2.1.2. Tipologia de recursos a considerar

Esta *scoping review* considerou, *a priori*, todo o tipo de estudos qualitativos e quantitativos, nomeadamente desenhos de estudos experimentais e *quasi* experimentais, incluindo estudos controlados randomizados e estudos controlados não randomizados. Além disso, estudos observacionais analíticos, incluindo estudos de coorte prospetivos e retrospectivos, estudos de caso-controle e estudos analíticos transversais foram ponderados para inclusão. Esta revisão comporta também desenhos de estudos observacionais descritivos e estudos transversais descritivos para inclusão. Todas as revisões sistemáticas que atendam aos critérios de inclusão, mediante a questão de pesquisa, foram também consideradas.

2.1.3. Estratégia de pesquisa

A *scoping review* proposta foi conduzida de acordo com a metodologia JBI 2020.

A estratégia de pesquisa tem como objetivo analisar estudos publicados. Foi realizada uma pesquisa inicial nas bases de dados *CINAHL® Complete*, *MEDLINE Complete*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *MedicLatina*, para identificação de artigos sobre a temática em análise.

A estratégia delineada comportava a inserção das palavras chave no título e nos resumos dos estudos e artigos encontrados. Estas, foram previamente validadas na DeCS/Mesh – Descritores em Ciências da Saúde, com vista à uniformização dos dados encontrados, através de uma terminologia única de semântica em saúde. A equação de pesquisa definida, utilizou o operador booleano “and” entre as palavras chave definidas e o operador booleano “or” de modo a utilizar palavras com o mesmo significado. Com isto, procurava-se a interseção entre as

palavras chave para responder à questão de partida. A equação de pesquisa encontra-se exemplificada no **quadro** seguinte:

CINAHL	MEDLINE	MEDLATINA	COCHRANE
“weaning OR abandoned”	“weaning OR abandoned”	“weaning OR abandoned”	“weaning OR abandoned”
AND	AND	AND	AND
“breast feeding”	“breast feeding”	“breast feeding”	“breast feeding”
AND	AND	AND	AND
“puerperium”	“postpartum period”	“postpartum”	“postpartum”
4 artigos	5 artigos	0 artigos	0 artigos

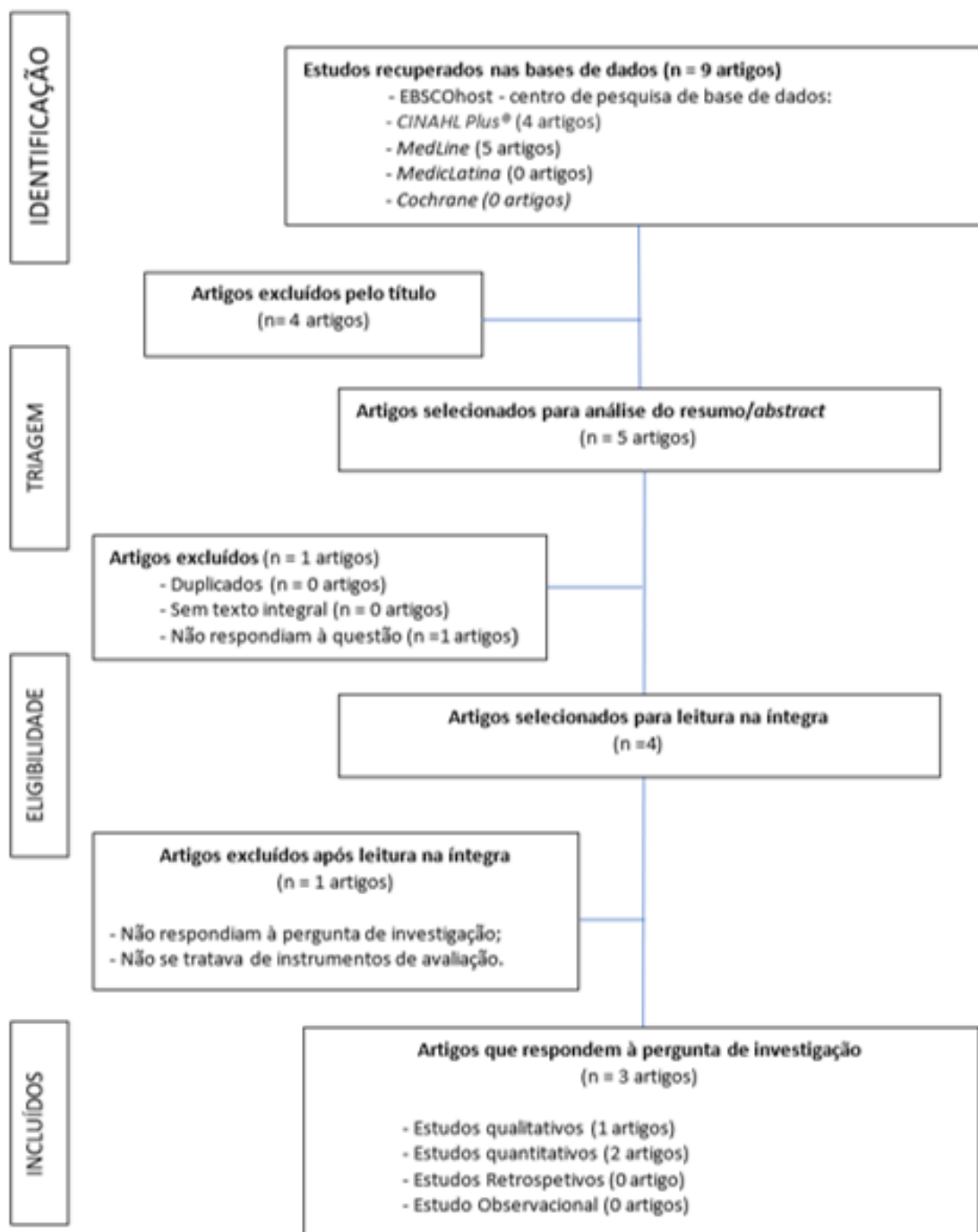
- **Quadro 1 - Equação de pesquisa**

Foram incluídos os estudos e artigos em Português, Inglês e Espanhol. O horizonte temporal considerado foi dos últimos 5 anos (2017 inclusive). Consideraram-se apenas, textos disponíveis em texto integral e gratuita.

Após a pesquisa inicial nas bases de dados, foram cruzados os dados obtidos, de modo a evitar a sua duplicação. Posteriormente, foram analisados os títulos e resumos com a aplicação dos critérios de inclusão definidos nesta *scoping review*, rejeitando todos aqueles que não atendem aos mesmos. De seguida, procedeu-se à leitura do texto integral dos artigos selecionados, apresentando o relatório sugerido pela JBI 2020, identificado como lista de verificação de *scoping reviews* (PRISMA-ScR) (apêndice I – tabela de extração de dados). Os dados selecionados forneceram informação sobre os Participantes, Conceito, Contexto, métodos de estudo e principais conclusões relevantes para a questão da *scoping review*. Por último, apresentam-se sobre a forma de tabela os resultados obtidos através desta revisão. Importa notar que não há conflito de interesse na elaboração desta *scoping review*.

2.1.4. Extração dos resultados

O percurso metodológico de pesquisa para a análise encontra-se exemplificado na figura seguinte:



• Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos

2.1.5. Análise dos resultados da scoping review

Para esta análise, foram selecionados três estudos que responderam à questão de investigação, de onde foram extraídos os dados considerados essenciais para a elaboração deste relatório.

O estudo de Vieira, Costa, Sousa, Oliveira & Neiva (2019), procurava analisar a influência do tipo de parto sobre o abandono precoce do AM no puerpério, compreendendo-se que são vários os determinantes que influenciam o sucesso da amamentação. Aumentar o conhecimento sobre os fatores que interferem no processo de amamentação pode conduzir a um maior sucesso do mesmo. O conhecimento prévio dos fatores associados ao desmame precoce do AME no puerpério, relacionado com o tipo de parto, pode facilitar o planeamento de ações e políticas para a redução da sua taxa de incidência (Vieira et al., 2019).

Este conhecimento anteriormente mencionado, relaciona-se com os cuidados pré-natais. 94,6% das participantes relataram ter realizado o seguimento pré-natal, das quais 60,3% tinham entre 5 a 8 consultas e 65,6% iniciaram a vigilância até ao fim do primeiro trimestre. Concluiu-se que o cumprimento da vigilância da gravidez promove um maior conhecimento sobre o AME nos primeiros seis meses de vida e consequente redução do abandono precoce. (Vieira et al., 2019)

Considerando o tipo de parto, 55,9% das participantes tiveram um parto vaginal e 44,1% um parto por cesariana. Relativamente à amamentação na primeira hora de vida, 71% referiram ter amamentado face aos 29% que não o fez, o que favoreceu a adesão ao AME refletindo positivamente sobre a saúde da mulher e da criança (Vieira et al.)

Segundo os mesmos autores, estes sugerem que os fatores relacionados com o atendimento perinatal (nomeadamente no pré-parto e parto), exercem uma maior influência no estabelecimento da amamentação. Embora a continuidade da amamentação dependa de uma rede complexa de determinantes sociais e culturais, em partos hospitalares o início da amamentação logo após o nascimento está fortemente das práticas instituídas.

Segundo os mesmos autores e atendendo à vulnerabilidade das mães no pós-parto imediato, a instituição de saúde é responsável por promover a amamentação e as boas práticas para o cuidado da mulher e do recém-nascido. (Vieira et al., 2019)

Outro estudo analisado nesta scoping review, pertence a Urbanetto et al., (2018), e procurava conhecer as facilidades e dificuldades das puérperas no processo de amamentação,

com vista a orientar os ensinamentos realizados pelos enfermeiros para minimizar as dificuldades enfrentadas pela puérpera durante amamentação, reduzindo as taxas de desmame precoce.

Urbanetto et al., (2018), evidenciaram como facilitadores do processo de amamentação a criação do vínculo entre a mãe e o bebê, o toque afetivo, a pega correta, a boa produção de leite e a praticidade de amamentar. Como dificuldades, foram enunciadas a necessidade de retornar ao trabalho, complicações como dor, fissuras no mamilo, demora na descida do leite, desconforto, ingurgitamento, o bebê ficar sonolento ou mamar várias vezes ou rejeitar a mama.

Ainda com enfoque nas dificuldades no processo de amamentação no pós-parto, as autoras (Urbanetto et al., 2018) encontram a necessidade de a mulher voltar ao trabalho após a licença maternidade como negativo para a continuidade do AME. A prática da amamentação associada ao trabalho feminino culmina em muitas dificuldades para as mulheres, resultando de mitos sobre o AM, da própria cultura onde a família se insere e, muitas vezes, na falta de cuidados de saúde ou educação para a saúde inadequada.

É necessário que, desde o período pré-natal, as mães conheçam as possíveis dificuldades que podem ocorrer no processo de amamentação para preveni-las. Entre estas as autoras identificam: a má sucção do bebê, uma descida tardia do leite, os mamilos planos ou invertidos, o ingurgitamento mamário, as fissuras mamilares, mastite por ingurgitamento ou processo infeccioso juntamente com crenças e mitos sobre a amamentação são as principais causas de desmame precoce (Urbanetto et al., 2018).

Para que o processo de amamentação seja bem-sucedido, é importante que a mãe queira amamentar, sendo fundamental o suporte durante todo esse processo. Assim, o suporte e o encorajamento das pessoas ao redor da mãe, principalmente o companheiro e os avós da criança são de extrema importância. Para que estes sejam capazes de apoiar e encorajar no processo de amamentação, precisam de ter conhecimentos prévios para apoiar adequadamente esta prática (Urbanetto et al., 2018).

Assim, concluiu-se que o enfermeiro deve dar o apoio e as informações necessárias para as puérperas e direcionar práticas que minimizem as dificuldades na amamentação como forma de impedir o desmame precoce (Urbanetto et al., 2018).

Senol, Yurdakul & Özkan (2019), debruçaram-se, por sua vez, em determinar o efeito da fadiga na amamentação e no comportamento da mulher, relacionado com o processo de amamentação, no puerpério.

É importante que as enfermeiras e as parteiras conheçam os fatores que aumentam a fadiga no pós-parto, por poderem afetar a amamentação. No período pós-parto a fadiga reduz a capacidade de concentração das mulheres, o que pode aumentar a frequência da depressão pós-parto, conduzindo ao abandono precoce do AM (Senol et al., 2019).

Através de um inquérito por questionário e da utilização da Escala Visual Analógica de Fadiga a 374 puérperas de partos vaginais, os autores procuraram avaliar a fadiga e a energia para cruzar variáveis como: idade materna, número de partos, hemoglobina na admissão hospitalar, ter um parto difícil, atividades de prevenção do cansaço na gravidez e tabagismo (Senol et al., 2019).

As mulheres relataram que o parto não foi difícil, apresentando pouca ou alguma fadiga nesse momento. As participantes que começaram a amamentar na primeira hora de vida tiveram a pontuação mais baixa para a fadiga seguidas das que amamentaram em intervalos de 1 hora. No que diz respeito ao processo de amamentação, as mulheres que não necessitaram de ajuda durante a amamentação tiveram uma pontuação significativamente menor para fadiga, enquanto aquelas que relataram a introdução de leite de fórmula mostraram-se mais fadigadas (Senol et al., 2019).

Os mesmos autores constataram que as primíparas, as mulheres nos extremos de idade e com parto considerado difícil, mostraram-se mais cansadas. As mães que experienciaram fadiga no pós-parto, começaram a amamentar mais tardiamente o recém-nascido, com menor frequência e introduziram mais precocemente a alimentação complementar, conduzindo ao abandono precoce do AME (Senol et al., 2019).

A fadiga no pós-parto, afeta os cuidados das mães aos recém-nascido, sendo uma das causas mais comuns para o abandono precoce da amamentação. Foi relatado que a fadiga é frequentemente associada à insuficiente produção de LM, sendo que uma maior frequência da amamentação é associada a significativamente menos cansaço (Senol et al., 2019). Os autores, concluem assim, que é recomendado que as parteiras e as enfermeiras estejam capacitadas para detetar fatores que conduzam à fadiga no pós-parto, proporcionando às mulheres, que vivenciam esta condição, maior suporte no processo de amamentação.

2.2. Recolha de dados através de questionário

Para dar início ao diagnóstico da situação da problemática em causa, foi traçada a questão de investigação, que segundo Vilelas (2020, p.93) “(...) é um enunciado interrogativo de extrema importância, que irá conduzir toda a investigação”. Definiu-se a seguinte questão de pesquisa: **Qual o papel do Enfermeiro Obstetra na prevenção do abandono precoce no aleitamento materno?**

Para tentar operacionalizar o problema a ser estudado foi traçado o seguinte **objetivo geral**: Desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher durante o processo de AME. E os seguintes **objetivos específicos**: Identificar as dificuldades que levam ao abandono precoce no processo de AME; implementar medidas de apoio à puérpera ajudando no processo de AME após a alta hospitalar (em contexto de EC); avaliar a eficácia das medidas implementadas no processo de apoio ao AME; identificar o impacto da situação pandémica no AME.

Considerando a natureza do objeto de estudo selecionou-se uma abordagem mista para a sua compreensão. Fortin e Bardin foram os autores de referência para a construção do questionário e para a sua análise.

2.2.1. População alvo e amostra dos questionários

Por população entende-se “o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades” (Vilelas, 2020, p.143). Neste estudo, pretendia-se que a população fosse constituída por mulheres que tivessem passado, ou se encontrassem ainda a amamentar.

A amostra recolhida, advém da aplicação de dois questionários (modelo Google Forms®), em momentos diferentes, difundido nas redes sociais, auferindo assim uma amostra aleatória de 3362 mulheres (correspondendo 2752 mulheres à resposta do primeiro questionário e 610 mulheres à resposta do segundo questionário.)

Era critério de inclusão ser mulher, a existência de filhos e a experiência de amamentação, ficando excluídas todas as que não conciliassem estes critérios.

2.2.2. Método de recolha de dados

A análise teórica foi complementada como uma componente de terreno que consistiu na aplicação de inquéritos por questionário e análise de excertos de algumas respostas recolhidas. O objetivo deste instrumento prende-se com o “(...) obter de maneira sistemática e ordenada informação sobre uma determinada população a investigar, ou seja, aquilo que fazem, pensam, opinam, sentem, aprovam, ou desaprovam, os motivos dos seus atos” (Oliveira & Ferreira, 2014, p.112).

Com os inquéritos por questionário, pretendia-se recolher informações, a um grupo representativo de mulheres que tivessem amamentado ou se encontrassem em processo de amamentação.

O primeiro questionário (apêndice II) foi construído, tendo por base os objetivos do relatório e a questão de partida. A forma como foi implementado (divulgação em redes sociais), deveu-se à gestão de tempo da pesquisa. Com base numa pesquisa bibliográfica sobre inquéritos por questionário, optou-se por um modelo de questionário misto (perguntas com resposta aberta e fechada), com linguagem simples adaptada ao público alvo. O questionário estava estruturado da seguinte forma: posicionamento nas categorias identitárias (idade, habilitações literárias, existência de filhos, tipo de parto, estado gravídico), se amamentou em exclusivo e duração, identificação das maiores dificuldades encontradas no processo do AME, identificação das causas que levaram ao abandono precoce do AME, identificação da necessidade de procura de ajuda para o processo de amamentação e a quem recorreu e se recomendava o AME a outras mulheres. As respostas abertas, procuravam caracterizar as dificuldades sentidas no processo de AME e nomeação das causas que interferiram neste processo.

O segundo questionário (apêndice III) foi construído, tendo por base os objetivos do relatório e a situação pandémica atual. Do mesmo modo, a forma como foi implementado (divulgação em redes sociais), deveu-se à gestão de tempo da pesquisa. Tal como no primeiro questionário optou-se por um modelo de questionário misto (perguntas com resposta aberta e fechada), com linguagem simples adaptada ao público alvo. Este questionário foi destinado apenas a mulheres que amamentaram durante a situação pandémica. O questionário estava estruturado da seguinte forma: posicionamento nas categorias identitárias que serviriam para caracterizar a amostra (estar a amamentar atualmente e a idade do RN), manifestação da vontade de amamentar e eventual interferência da situação pandémica nessa decisão,

identificação do impacto da situação pandemia na duração do AME, identificação do apoio e suporte dos profissionais de saúde para o processo de amamentação durante a situação pandémica e a quem recorreu, identificação do modo como se concretizou o apoio face ao processo de amamentação e por último, identificação da introdução precoce de leites/alimentos por falta de apoio dos profissionais de saúde. A resposta aberta, procurou caracterizar a experiência da amamentação durante a situação pandémica.

Antes da divulgação dos questionários, foi realizada uma validação semântica de modo a evitar situações de interpretação dúbia das questões.

Garantiu-se a confidencialidade e anonimato dos questionários, não expondo nenhum participante ao risco nem provocando danos físicos ou psicológicos (princípio da não maleficência). A colheita e o tratamento de dados obtida através do questionário supracitado teve em conta a manutenção da confidencialidade, sendo as participantes apenas identificadas pelas variáveis sociodemográficas como: o género, idade, grau de escolaridade, número de filhos, tipo de parto e estado gravídico.

Como não serão divulgados dados de identificação pessoal não foi necessário obter autorizações da Comissão Nacional de Proteção de Dados. No início de cada questionário os participantes expressavam a sua vontade de participar no estudo, respondendo a uma primeira questão onde expressavam o seu consentimento para a utilização dos dados fornecidos, sabendo que o anonimato seria sempre garantido.

Os questionários foram aplicados em dois momentos distintos: período decorrido entre 16 de fevereiro de 2020 a 26 de fevereiro de 2020 (aplicação do primeiro questionário) e 2 de fevereiro de 2021 a 12 de fevereiro de 2021 (aplicação do segundo questionário).

2.2.3. Apresentação dos resultados e análise dos dados

Este subcapítulo comporta a apresentação e caracterização da amostra das inquiridas pelos questionários aplicados assim como os resultados obtidos em ambos. Apresentar-se-á, no final deste capítulo, excertos de respostas curtas obtidas no segundo inquérito por questionário.

2.2.3.1. Apresentação e caracterização da amostra do 1º questionário

O tratamento de dados dos questionários aplicados, foi realizado com recurso ao software SPSS® e ao cruzamento das variáveis no que concerne aos dados quantitativos e qualitativos.

Relativamente ao primeiro questionário, a população inquirida foi de 2752 mulheres. Como se pode verificar na **tabela 1**, das inquiridas, 0,1% corresponde ao intervalo < a 18 anos; 7% corresponde à faixa etária compreendida entre os 18-25 anos; entre os 26-33 anos corresponde a 38,21%; sendo a categoria mais representada dos 34-41 anos com 42,1%; por último as restantes faixas etárias acima dos 41 anos, representam cumulativamente 12,6%.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <18 anos	2	.1	.1	.1
18-25 anos	192	7,0	7,0	7,1
26-33 anos	1051	38,2	38,2	45,3
34-41 anos	1158	42,1	42,1	87,4
42-49 anos	242	8,8	8,8	96,3
50-57 anos	79	2,9	2,9	99,1
>= 58 anos	24	,9	,9	100,0
Total	2748	99,9	100,0	
Missing System	4	.1		
Total	2752	100,0		

• Tabela 1 - Escalão etário

A maioria das participantes, 36,3% refere ter uma Licenciatura, evidenciando-se outras habilitações literárias: 12º ano de escolaridade com 21,8%, mestrado/Doutoramento com 16,7%.

Relativamente ao número de filhos, foi seleccionada a opção 2 filhos com 35,3% dos resultados, acompanhada pela resposta 1 filho com 19%.

Comparativamente ao tipo de parto, a amostra revela fundamentalmente que a maioria das participantes, 40,2% teve um parto eutócico, 31% corresponde a um parto por cesariana, enquanto 13,9% teve um parto por fórceps e/ou ventosa.

Relativamente à questão sobre o estado gravídico, 93,2% das participantes não se encontravam grávidas no momento da aplicação do questionário.

2.2.3.2. Experiência do processo de amamentação

57,8% das mulheres referiram tencionar ou tencionavam praticar a amamentação exclusiva até aos 6 meses e 42% afirma que não. Na tentativa de aprofundar o AME, 35,2% refere ter amamentado entre os 0 e os 6 meses e 28,5% entre os 3 e os 6 meses de idade do RN.

Como se pode observar na **tabela 2**, relativamente às dificuldades percebidas pelas mulheres durante a amamentação, constatou-se que 1054 mulheres (52,2%) revelam que a dor durante a amamentação foi considerada a maior dificuldade durante o processo de AME, seguindo-se com 17,3% o não aumento ponderal do RN e 10,4% as características do mamilo.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dor durante a amamentação	1054	38,3	52,2	52,2
	O bebé não quis mamar	234	8,5	11,6	63,8
	O bebé chorava muito	172	6,3	8,5	72,3
	O bebé não aumentava de peso	350	12,7	17,3	89,6
	Característica do mamilo	210	7,6	10,4	100,0
	Total	2020	73,4	100,0	
Missing	System	732	26,6		
Total		2752	100,0		

- Tabela 2 - Análise das maiores dificuldades durante o processo de AME

2.2.3.3. Causas que contribuíram para o abandono precoce do AME

Relativamente às causas que conduziram ao abandono precoce do AME, como se pode constatar na **tabela 3**, a maioria das inquiridas identifica o “regresso ao trabalho” como a principal causa com 16,9%, destaca-se também a “sensação de ter pouco leite” com 13,2% e a “sensação do recém-nascido ter fome” 9,7% das respostas. As causas menos enumeradas pelas mulheres no questionário são a toma de medicação, a falta de informação/apoio e outros

problemas de saúde (auferido 0,3% da totalidade das respostas). O “não quis continuar a amamentar” reflete a 2,8% dos resultados e a dor durante o processo de AME a 2,6%.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Não quis amamentar	71	2,6	2,8	2,8
Sensação de ter pouco leite	334	12,1	13,2	16,0
Sensação do recém-nascido ter fome	247	9,0	9,7	25,7
Regresso ao trabalho	427	15,5	16,9	42,6
Dor na amamentação	67	2,4	2,6	45,2
Realizou cirurgia estética mamária	3	,1	,1	45,3
Nenhuma, manteve o aleitamento materno exclusivo	1192	43,3	47,0	92,4
Problemas saúde	47	1,7	1,9	94,2
Não aumentar peso	84	3,1	3,3	97,6
Falta de apoio e informação	2	,1	,1	97,6
Não produzir leite suficiente	44	1,6	1,7	99,4
Cansaço	13	,5	,5	99,9
Tomar medicação	3	,1	,1	100,0
Total	2534	92,1	100,0	
Missing				
System	218	7,9		
Total	2752	100,0		

• Tabela 3 - Análise das causas que contribuíram para o abandono precoce do AME

Considerando o estudo de Bai et al., (2014), é importante referir que as mães trabalhadoras, identificam a conjugação da amamentação/trabalho, como a maior barreira à continuação da amamentação, apontando que um regresso mais tardio ao trabalho e maior escolaridade materna, são dois dos fatores associados para a conjugação da amamentação com o trabalho. Importa referir que os países Asiáticos apresentam das maiores taxas de empregabilidade feminina mundial.

Os mesmos autores acrescentam, que um retorno mais tardio ao trabalho, a redução do horário de trabalho, cuidados parentais e educação materna superior também estão associados a uma menor probabilidade de desmame precoce. Melhorias no emprego (suporte adicional para mães com menor escolaridade) pode ser considerado uma estratégia eficaz para permitir que mulheres empregadas continuem a amamentar após o regresso ao trabalho (Bai et al, 2014).

2.2.3.4. Procura de ajuda e recomendação durante o AME

Verifica-se que 54,2% das mulheres não recorreram a nenhum tipo de ajuda para manter o processo de AME, enquanto 45,8% das mulheres/participantes referem ter pedido ajuda para manter o mesmo.

Destas 45,8%, o que corresponde a 687 mulheres, 55,5% solicitaram ajuda recorrendo ao EEESMO para apoio no processo de AME, dando também destaque à Conselheira de Amamentação com 22,9% e ao Médico com 4,8%, como se pode constatar na **tabela 4**. De notar que 78,7% das mulheres que procuraram ajuda referem ter ficado mais informadas e empoderadas para a prática de amamentação.

Considerando os resultados do apoio por parte da família, amigos e local de trabalho por ter amamentado em exclusivo, 64,6% posiciona-se no “Sim” face aos 24,9% que refere não ter sentido esse apoio, dando destaque a 10,2% no referente à falta apoio no local de trabalho. Constatou-se que uma grande maioria (96,2%) recomendava a prática de AME.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enfermeiro Especialista em Saúde Materna	687	25,0	55,5	55,5
	Conselheira de Amamentação	283	10,3	22,9	78,4
	Médico	131	4,8	10,6	88,9
	Familiar	36	1,3	2,9	91,8
	Amiga/o	28	1,0	2,3	94,1
	Blogs/Sites/Literatura	73	2,7	5,9	100,0
	Total	1238	45,0	100,0	
Missing	System	1514	55,0		
Total		2752	100,0		

• **Tabela 4 - Procura de ajuda para o processo de amamentação**

2.2.3.5. Relação entre variáveis

A análise da relação entre o escalão etário e amamentar em exclusivo até aos 6 meses revelou os seguintes resultados: Observa-se que 60% das participantes com idade entre 18 a 25 anos não amamentou em exclusivo até aos 6 meses.

Entre os 26 e os 33 anos identificou-se que 58,7% das participantes amamentou em exclusivo até aos 6 meses, dos 34 aos 41 anos 61,9% das mulheres e dos 42 aos 49 anos 53%. Contrariamente, no escalão etário dos 50 aos 57 anos, 56,8% das mulheres não amamentou em exclusivo até aos 6 meses, assim como no grupo etário com idade igual ou superior a 58 anos, verificou-se a mesma condição, com uma percentagem de 56,6%. Desta forma, constata-se que a faixa de idade com maior adesão ao processo de AME, é a que compreende as mulheres entre os 34 e os 41 anos, correspondendo a 680 respostas.

A análise da relação entre as habilitações literárias e o tipo de ajuda procurada para manter o AME, revelou os seguintes resultados: das participantes que recorreram a ajuda do EEESMO há 38% com o grau de Licenciatura, 19,9% com Mestrado/Doutoramento, 19,4%

com o 12º ano de escolaridade, 4,7% das inquiridas com o 9º ano de instrução e abaixo do 9º ano 0,3%, correspondendo estas últimas a uma amostra de apenas 2 mulheres. Por sua vez, as participantes que recorreram a ajuda da Conselheira de Amamentação 39,2% têm grau de Licenciatura, 21,9% com Mestrado/Doutoramento, salientando-se que apenas 3,5% das mulheres conclui o 9º ano de escolaridade. Das inquiridas que procuraram ajuda de um Médico, 35,1% são licenciadas, 26,7% detém o 12º ano de escolaridade, 10,7% concluíram o 9º ano e apenas 0,8% das mulheres detinha menos que o 9º ano de escolaridade.

Em relação às participantes que recorreram à ajuda de um Familiar verificou-se a mesma percentagem de mulheres com o 12º ano de escolaridade e com Licenciatura (33,3%), 19,4% possuem Mestrado/Doutoramento, 8,3% das mulheres são especialistas e 5,6% concluiu o 9º ano de instrução.

Das intervenientes que recorreram a amiga/o, verificou-se maioritariamente que as participantes têm uma licenciatura (53,6%).

Das mulheres que recorreram a blogs/sites/literatura têm fundamentalmente uma Licenciatura (34,2%) ou o 12º ano de escolaridade (23,3%). Ou seja, verificou-se que as mulheres com maior diferenciação académica procuraram maioritariamente ajuda do EEESMO e da Conselheira de Amamentação.

A relação entre a quantidade de filhos e se amamentou em exclusivo até aos 6 meses revela os seguintes resultados: das participantes que têm um filho há 53,9% que amamentou em exclusivo até aos 6 meses, enquanto 46,1% não o fez. Das participantes que têm 2 filhos há 62% que amamentou em exclusivo até aos 6 meses, em oposição a 38% que não o fez. Das inquiridas com 3 filhos há 69% que amamentou em exclusivo até aos 6 meses, face aos 31% que não realizou AME. Com 4 filhos há 83,3% que amamentou em exclusivo até aos 6 meses, enquanto 16,7% não amamentou em exclusivo até aos 6 meses. Por fim, das participantes que têm 5 ou mais filhos há 100% que amamentou em exclusivo até aos 6 meses.

Em suma, constata-se que quanto maior o número de filhos, maior a taxa de AME até aos 6 meses.

Considerando o número de filhos e as maiores dificuldades do processo de amamentação, independente do número de filhos, a dor é considerada a maior dificuldade sentida.

A análise da relação entre o tipo de parto e a amamentação exclusiva até aos 6 meses revelou os seguintes resultados: das participantes que tiveram um parto eutócico 60,2%

amamentou em exclusivo até aos 6 meses, enquanto 39,8% não realizou AME. Das mulheres que tiveram um parto por cesariana, 53,6% amamentou em exclusivo até aos 6 meses, sendo que 46,4% não concretizou AME. Das inquiridas com um tipo de parto instrumentado (fórceps ou ventosa) 54,7% amamentou em exclusivo até aos 6 meses, todavia 45,3% optou por não amamentar em exclusivo.

Constata-se que um tipo de parto vaginal, tem uma maior taxa de AME até aos 6 meses face a um tipo de parto por cesariana.

Destaca-se que das participantes que necessitaram de ajuda e recorreram ao EEESMO, 53,8% conseguiu manter o AME até aos 6 meses.

2.2.4. Apresentação e caracterização da amostra do 2º questionário

O questionário foi aplicado a todas as mulheres que amamentaram durante a situação pandémica.

Relativamente ao segundo questionário, a população inquirida foi de 610 mulheres. Das inquiridas, 47,2% refere ter um RN com mais de 12 meses de idade, 24,4% corresponde à categoria dos 7 aos 12 meses, 14,9% menciona ter um RN entre os 0 e os 3 meses, sendo a categoria dos 4 aos 6 meses, com 13,4%, a menos representada.

Relativamente ao processo de amamentação, 91,1% das mulheres manifesta estar a amamentar presentemente enquanto 8,9% refere já ter abandonado o processo de amamentação.

2.2.4.1. Interferência da situação pandémica com processo de amamentação

Quando questionadas sobre o impacto da pandemia na vontade de amamentar, 99,5% das inquiridas manifesta que a mesma não influenciou essa vontade e que não teve impacto negativo, em que apenas 0,5% das mulheres se posicionou na opinião contrária.

2.2.4.2. Procura de ajuda e apoio dos profissionais de saúde

Verifica-se que 53% das mulheres referem ter sido apoiadas durante o processo de amamentação no decorrer da situação pandémica, face aos 47% que referem não ter tido esse suporte.

25,8% das mulheres recorreram ao EEESMO para apoio no processo de AME durante a situação pandémica, dando também destaque ao Médico com 19,3% e à Conselheira de Amamentação com 12,8%. 53,5% das mulheres que procuraram ajuda referem que esse apoio se concretizou presencialmente, sendo que 16,2% das inquiridas referem ter obtido apoio via *Whatsapp* e 8,6% por videochamada.

2.2.4.3. Análise das questões abertas do 2º questionário

Após analisar os dados obtidos nos inquéritos por questionários, e devido ao elevado número e à qualidade de algumas respostas obtidas nas questões abertas, considerei pertinente analisar esses dados. Efetuei uma análise sumária das respostas às questões abertas, realizando uma leitura flutuante das mesmas, por impossibilidade temporal de uma análise mais profunda. Após a leitura de todas as respostas, estas foram enquadradas em categorias dos assuntos mais recorrentes.

A aplicação do segundo inquérito por questionário, procurava identificar o impacto da pandemia no AME. Uma vez que os dados relacionados com a amamentação e o SARS-CoV-2 eram ainda escassos, sendo toda a situação pandémica uma novidade nos cuidados, procurou-se perceber se a pandemia tinha influenciado positiva ou negativamente o processo de AME, se teria contribuído para o abandono precoce do AM e a eventual alteração de assistência e suporte ao AM por parte dos profissionais de saúde.

Estes questionários foram codificados de forma a tornar os dados mais perceptíveis, mantendo, assim a confidencialidade. Não se tratando de uma análise de conteúdos pura, procedi à codificação e à atribuição de um tema, Amamentação Materna Exclusiva em Pandemia e à divisão das respostas por quatro grandes categorias: Disponibilidade; Stress; Apoio e Normalidade. Nos inquéritos por questionário, a cada resposta aberta foi-lhes atribuída a letra “Q” de questionário e foram numeradas por ordem de submissão do questionário (Q1, Q2, Q3, ...).

Apresentam-se, na **tabela 5**, a categorização das questões de resposta aberta obtidas no inquérito por questionário. Analisaram-se os resultados submetidos pelas mulheres que amamentaram durante a situação pandémica e foram extraídas informações pertinentes e importantes para o tema em estudo.

<i>Tema</i>	<i>Categorias</i>	<i>Unidades de Registo</i>
Amamentação Materna Exclusiva em Pandemia	Disponibilidade	“Estou em casa em confinamento e dou de mamar mais vezes.” (Q16). “Mantivemos o mesmo hábito de sempre nesse aspeto. O facto de termos passado mais tempo em casa após a licença no primeiro confinamento talvez tenha contribuído positivamente.” (Q112). “Acabo por ter mais disponibilidade para amamentação porque estou a trabalhar em casa” (Q171). “Devido ao confinamento, muito mais tempo para amamentar.” (Q182). “Teletrabalho e trabalho em espelho permitiram passar mais tempo com o meu bebé e manter a amamentação.” (Q210). “Está a ser possível amamentar durante mais tempo, pois devido aos períodos de isolamento, confinamento, fecho de creche estou mais tempo com a minha bebé e ela acaba por ter a maminha sempre disponível.” (Q389). “O facto de ter tido que ficar em casa mais tempo acabou por ajudar a que a amamentação livre durasse também mais tempo e preparasse melhor o regresso ao trabalho após a introdução de outros alimentos na idade recomendada pela OMS. (Q548). “Devido a estar mais tempo em casa, contribuiu para estar mais tempo com o bebé, e por isso mais tempo ela mama.” (Q601).
	Stress	“Não tive qualquer dificuldade, apenas preocupa-me muito se adoecer e for internada, o que será do meu bebé sem este consolo” (Q19). “Tive sempre medo de contrair o vírus e não poder amamentar o meu filho” (Q96). “Mais stressante devido a ser aconselhada a não amamentar para conseguir ser vacinada no âmbito do COVID” (Q152). “Muita ansiedade devido À pandemia, momentos de querer deixar de amamentar, com o passar do tempo e muita resiliência, empenho e dedicação e o perceber/conhecer/entender o meu bebé (...).” (Q532). “Receio de pegar ao bebé”. (Q589).
		“Difícil no início e com pouco apoio do médico, mas muito apoio da enfermeira que depois se traduziu no sucesso que ainda dura após 11 meses” (Q58). “A pandemia não interferiu, a falta de apoio no hospital sim. Se dependesse da ajuda dos profissionais de saúde o meu filho tinha saído do hospital a beber leite da farmácia.” (Q89).

Apoio	“Quando tive o meu menino estava infetada (...) Nesses dias as enfermeiras ajudaram-me a amamentar ensinando técnicas e as melhores posições para que tudo corresse bem.” (Q124). “Senti sempre apoio e incentivo para amamentar por parte da equipa médica (médica e enfermeira de família).” (Q200). “Inicialmente, por falta de informação, foi extremamente difícil, mas com a ajuda especializada e confiança no meu bebé estamos a caminho dos 6 meses em amamentação exclusiva.” (Q239). “Pouco apoio na maternidade. Enfermeiros com pouca formação. Recorri à SOS amamentação, desde então correu muito bem. Amamentação exclusiva até aos 6 meses.” (Q404). “Senti muita falta de apoio por parte dos profissionais na maternidade. Assustam-nos e enfiam logo o suplemento ainda na maternidade. Não nos explicam como são as coisas e nem têm paciência, talvez tenha sido por esta questão do covid. As pessoas estão cansadas e talvez isso influencie.” (Q563).
Normalidade	“Uma amamentação tranquila, com todos os cuidados exigidos” (Q4). “Tudo normal, inclusive tive covid e não deixei de amamentar não mudei nada por estamos em pandemia nem por ter tido covid.” (Q40). “Normal” (Q90). “Tranquila, a pandemia não influenciou em nada a minha experiência de amamentação.” (Q95). “Correu tudo normalmente, sem intercorrências.” (Q281). “Igual a antes da pandemia.” (Q541). “Tive covid, mas não deixei de amamentar e correu tudo bem.” (Q566).

• **Tabela 5 - Categorização das respostas abertas**

A maioria das respostas obtidas, focavam aspetos relacionados com a permanência em casa e uma maior **disponibilidade** para o AM, identificado como benéfico pelas mulheres.

As inquiridas referiram, também, promover alterações face à sua experiência anterior de amamentação, dando ênfase, mais uma vez, à frequência do AM e ao tempo despendido com o processo de amamentação.

Poderíamos inferir que o regresso ao trabalho se dá numa fase precoce face às necessidades da perpetuação do AM por um tempo mais prolongado. Se a OMS preconiza até aos 6 meses o AME, poderia passar pelo alargamento da licença de maternidade com retribuição

total do vencimento, esperar-se-ia que esta fosse uma medida promotora do AM e preventiva do abandono precoce do mesmo.

Verificou-se ainda que determinadas nutrízes relatam fatores como ansiedade ou stress como as principais causas para o não cumprimento do processo de AME. Ressalva-se o desconhecimento em relação à SARS-CoV-2/vacinação como potenciadores dos fatores anteriores, como se constata na **categoria stress**. Na **categoria apoio**, em época pandémica, as inquiridas referem que a continuidade do processo de AM se deve, em grande parte, às equipas de saúde embora se constata que ainda subsistem, apesar de existirem cada vez mais recursos humanos diferenciados em ambiente hospitalar, relatos de falta de apoio nas maternidades.

Constatou-se, como se consegue verificar na **categoria normalidade**, que muitas das mulheres referem que a pandemia em nada afetou o processo de AM, algumas por experiência prévia de amamentação e outras, apesar de terem contraído a infeção por SARS-CoV-2, relatam ter continuado a amamentar.

3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo, pretendo percorrer as atividades desenvolvidas com o intuito de alcançar as competências necessárias ao exercício profissional enquanto futura EEESMO com grau de Mestre. São competências dos detentores de um mestrado: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva/aprofunde, permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; apresentem capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; serem capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades e possuam competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei nº. 74/2006, 2006).

Peixoto & Peixoto (2016), segundo a perspetiva de Boud, Keogh & Walker (1985), dizem-nos que a prática reflexiva corresponde às atividades intelectuais e afetivas, em que os indivíduos se veem envolvidos, de forma a explorar as suas próprias experiências, tendo por objetivo atingir uma nova compreensão. Em suma, este modelo incentiva o desenvolvimento de teorias cognitivas e afetivas, desafiando os seus intervenientes a integrá-los nos seus sistemas de crenças, em vez de absorverem passivamente, as regras pré-existentes da conduta profissional.

Com o objetivo de desenvolver competências que permitissem a identificação de fatores que conduzem ao abandono precoce do AM, foi essencial mobilizar conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso académico. Concomitantemente, foi indispensável rever processos de cuidar, recomendações existentes recorrendo aos saberes da evidência científica.

A prática reflexiva tem vindo a ganhar contornos significativos no desenvolvimento da educação profissional dos enfermeiros, assumindo, uma tendência dominante na capacitação dos estudantes e profissionais (Peixoto & Peixoto, 2016).

Importa ressaltar, o papel do EEESMO, utilizando uma afirmação da *Parteira Mavis Kirkham*, no seu discurso, na sexta conferência anual da *Association of Radical Midwives* (23 de novembro de 2012): “A filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstétrica, na sua essência, é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EEESMO/Parteira trabalha em parceria com a mulher” (OE 2015, p.8). Em suma, os cuidados desenvolvem-se centrados na mulher, empoderando-a a assumir escolhas devidamente informadas e responsáveis sobre si própria e sobre a sua saúde. Os cuidados devem ser centrados na mulher, obedecendo aos seus desejos e às suas necessidades, enfatizando a importância da escolha informada, continuidade de cuidados, envolvimento dos visados, a eficácia clínica, a capacidade de resposta e a acessibilidade.

O enfoque do cuidado do EEESMO vai muito para além do cuidado meramente hospitalar. Segundo a Regulamento n.º 391/2019, o EEESMO presta cuidados às mulheres em idade fértil, atuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem. Contudo, há que acautelar, que estes cuidados são prestados com enfoque na família e comunidade em que estas mesmas mulheres se inserem.

Durante o meu percurso, reconheci que além de um elevado conhecimento científico é essencial o estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher/família ao longo dos diversos estádios do seu ciclo vital (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019).

Segundo Benner (2001), existe necessidade de elaborar estratégias, que possibilitem a percepção do saber fazer, de forma a que o estudante desenvolva e fortaleça as suas competências em enfermagem. Desta forma, admite que o estudante passa por cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). Tendo por base estes níveis, enquadro-me no nível de iniciado avançado. Justifico esta posição, uma vez que, já detinha experiência profissional na área, tendo vivenciado situações reais, que me permitiram identificar fatores significativos e que se repetem em situações idênticas (Benner, 2001).

Todos os EC realizados, ocorreram simultaneamente ao desempenho de funções no serviço de Puerpério, o que me permitiu compreender a dinâmica do funcionamento dos cuidados de saúde na área e qual o acompanhamento realizado às mulheres/famílias. Senti que esta condição facilitou a minha integração, na medida em que já detinha um conhecimento prévio da estrutura e dinâmica do serviço e da equipa, no entanto importa ressaltar, que uma vez que o corpo de conhecimentos que me proponha desenvolver é distinto da prestação de cuidados gerais, apresentei-me sempre como aluna da especialidade, com receptividade pelas

utentes/famílias e equipa de saúde. Assim, todos os cuidados prestados foram suportados pela ética e deontologia, baseados no respeito pelas capacidades, crenças e valores das utentes/famílias. A minha atuação assentou sempre no respeito pelas expectativas e desejos, prevalecendo sempre a sua vontade, tendo em consideração a sua privacidade e confidencialidade (OE, 2005). A parceria de cuidados foi sempre um foco de atenção na minha conduta, procurando promover junto das mulheres a transmissão de informações corretas e atualizadas, facilitando o processo de aquisição de competências, promovendo assim a sua própria educação.

A par dos EC desenvolvidos, propus-me a realizar o curso de Conselheira em Aleitamento Materno. Considero que foi um marco importante para a minha prática e desenvolvimento de objetivos e competências. Com a sua concretização, tive a oportunidade de desenvolver competências sobre o AM, sensibilizando-me não só para a sua importância, mas também para a necessidade de o promover no meu quotidiano de cuidados. Adquiri novas capacidades para apoiar as mães que pretendiam amamentar, fortalecendo a minha própria intervenção em todos os estádios desta fase, ajudando a ultrapassar as dificuldades encontradas. Nesta ação de formação, compreendi a responsabilidade de gestão de diversos níveis nas instituições, que pretendem ser acreditadas como Amigas dos Bebés, bem como, a sua importância na saúde individual e coletiva e a sua influência significativa nos indicadores de saúde da comunidade e dos aspetos económicos envolvidos.

3.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade nos períodos preconcecional e pré-natal, no climatério e na vivência de processos de saúde/doença ginecológica

Neste subcapítulo serão abordadas em simultâneo várias das competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros em Diário da República, 2.^a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019, nomeadamente o Ponto 1. “Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional”; Ponto 2. “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”; Ponto 5. “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério”; Ponto 6. “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica” e o Ponto 7. “Cuida

o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade”, uma vez que foram desenvolvidas ao longo do estágio em diversos contextos.

O desenvolvimento destas competências e a consolidação dos conhecimentos que lhes estão inerentes, decorreu em contexto de EC em Centro de Saúde, EC em Internamento de Medicina Materno Fetal e EC em Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica (SUGO). Considero ter atingido satisfatoriamente estas competências com o recurso ao suporte teórico aprofundado, com realização de pesquisa bibliográfica extensa e com o esclarecimento de dúvidas e incertezas com a enfermeira orientadora e com as diversas equipas multidisciplinares, onde me fui integrando ao longo desta caminhada.

Ao contactar com a realidade dos cuidados de saúde primários, a percepção é que continua a existir um foco na procura dos cuidados de saúde em situações de doença ao invés de promoção da saúde, uma vez que na sua maioria, as mulheres recorrem tardiamente à vigilância de saúde em âmbito do planeamento familiar e são poucas ou raras as vezes de contacto com as mulheres já em período de climatério.

A reestruturação dos cuidados de saúde primários trouxe alguns desafios à organização dos cuidados no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, especificamente no atendimento pré-natal e nos cuidados especializados por parte do EEESMO, em que muitas das vezes o mesmo não se encontra alocado à consulta de planeamento familiar, substituído por outro enfermeiro generalista ou com especialidade noutra vertente, conduzindo a uma possível diminuição na qualidade dos cuidados prestados. No local onde desenvolvi o meu EC, deparei-me com esta realidade, tendo a enfermeira orientadora responsável pelo meu percurso procurado demonstrar-me o máximo de experiências práticas possíveis afim de atingir as competências definidas e experienciar a importância e maior relevância dos cuidados de saúde diferenciados prestados pelo EEESMO.

Ao longo deste estágio, fui ganhando progressivamente mais autonomia para a condução das consultas e dos momentos de educação para a saúde tanto em âmbito de consultas de vigilância da gravidez como de planeamento familiar. Foi-me possível efetuar citologias em mulheres em idade fértil e em período de climatério, realizei aconselhamento contraceptivo, coloquei dispositivos anticoncepcionais intradérmicos (Implanon®), observei a colocação de dispositivos intrauterinos e colaborei participando noutras atividades/procedimentos no âmbito das consultas.

Para muitas mulheres, a experiência da gravidez e do parto, poderá fornecer o primeiro contato com o sistema de saúde, nomeadamente com os profissionais de enfermagem (Maia, 2007, citando OE 2002). Sendo os cuidados de enfermagem caracterizados por uma interação entre enfermeiro e utente, com a criação de uma relação de ajuda, a promoção da saúde assume-se como um objetivo fundamental da prática de enfermagem (REPE, 1996).

Deste modo, enquanto promotores de saúde, deve existir um trabalho consciente e sustentado para uma efetiva promoção e apoio do AM. De acordo com a OMS (1989), é crucial, para o êxito da amamentação, a prestação de apoio ativo quer à mãe e família, bem como, à comunidade no pré e pós-parto.

Segundo Pinto (2008), a prática do AM, tem a sua consolidação se a mãe tomar a decisão de amamentar, estando o seu sucesso diretamente dependente dessa decisão. É fundamental atender aos motivos e razões que estão subjacentes à própria tomada de decisão da mulher, permite atuar em conformidade, através de estratégias de promoção, proteção e apoio, que melhor se adequem a este fenómeno. Segundo o mesmo autor, alguns estudos nacionais e internacionais demonstram que a decisão de amamentar ocorre, na maioria dos casos, numa fase anterior ao parto e, algumas vezes, até numa fase anterior à própria gravidez. Esta decisão tem por base um conjunto de fatores sociais, culturais, económicos e psicológicos. Posto isto, compreendemos que os cuidados de saúde primários ocupam uma posição privilegiada e de destaque na promoção, proteção e apoio ao AM, tanto pela proximidade como pelo tempo que as famílias e comunidades passam sob a sua influência (Pinto, 2008).

Seguindo a reflexão de Pinto, (2008), uma das intervenções utilizadas com maior frequência e melhores resultados são a realização de sessões de educação para a saúde, com o objetivo essencial de desenvolvimento da confiança e das habilidades das mulheres para amamentar. Utilizando essa asserção, programei e desenvolvi sessões de educação para a saúde nas consultas de acompanhamento à grávida. Os temas abordados nestas sessões, centraram-se nas seguintes temáticas:

- A importância do AME em regime livre e processo de lactação;
- Encorajamento da introdução precoce do AM;
- Os benefícios para a mãe e RN que advém da amamentação;
- A importância da amamentação prolongada até aos dois ou mais anos de vida;
- O posicionamento correto da criança e a pega correta na mama;

- A extração, armazenamento e conservação do LM (tendo em vista a compatibilização com o futuro laboral da mulher);
- A prevenção e tratamento de possíveis dificuldades resultantes do processo de AM (por exemplo, o ingurgitamento mamário, mastites, mamilos ruborizados, dolorosos e fissurados, entre outros).

A relação de confiança e empatia, que se foi estabelecendo com as utentes ao longo do período de acompanhamento, permitiu desenvolver uma relação de apoio emocional. Assim, houve a possibilidade de ouvir e compreender as preocupações, dificuldades e problemas das mulheres e famílias, motivá-las a partilhar as suas experiências, apoiá-las no processo de construção de autoconfiança na capacidade de amamentar os seus filhos e envolver os familiares no apoio do AM.

Em contexto de EC no SUGO, mais concretamente no momento de admissão, foi-me possível desenvolver e fortalecer competências no âmbito do acolhimento, avaliação inicial (em mulheres grávidas e do foro ginecológico) e avaliação do bem-estar materno-fetal. Este momento pode e deve ser visto como um marco facilitador do processo de hospitalização, uma vez que, constitui o início da inter-relação entre os profissionais de saúde e a mulher. Neste trâmite, a comunicação torna-se preponderante de forma a garantir uma boa continuidade de cuidados, tendo em consideração as necessidades a suprimir e evidenciando o seu carácter holístico, facilitando, assim, todo o processo de cuidar. Logo, o acolhimento oferece uma continuidade de cuidados humanizados, desde o início até à alta hospitalar (Lopes, 2015).

Sendo o SUGO não só um recurso para as mulheres grávidas, mas também para todas as situações que carecem de cuidados e/ou avaliação do ponto de vista das afeções génito-urinário e/ou mama, tive oportunidade de desenvolver competências no âmbito do aconselhamento e encaminhamento das mulheres para consulta direccionada ao climatério e planeamento familiar, assim como intervenção em situações agudas com necessidade de internamento. Atendendo à conjuntura contemporânea do SUGO, importa, ainda, relevar que durante todas as intervenções, existe uma prática de cuidados que tenta maximizar a educação para a saúde, tendo em conta as necessidades pedagógicas e os condicionamentos de saúde das pessoas que lá recorrem.

Durante a minha permanência neste local de estágio, contactei com mulheres com carcinoma da mama, metrorragias, neoplasias do colo do útero e situações de aborto. O trabalho efetuado pelo EEESMO neste contexto, passa essencialmente pela avaliação física em episódio

de doença aguda e em informar e orientar a mulher para os recursos comunitários que tem disponíveis. Devido à pandemia por SARS-CoV-2, os conviventes significativos não podiam permanecer com as mesmas durante estas ocorrências, privando o EEESMO de articular com estes nos momentos de educação para a saúde.

Em situações em que as mulheres recorrem por aborto espontâneo, incompleto ou retido, o EEESMO tem um papel primordial em intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o aborto e no pós aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação, informando sobre sinais e sintomas de alerta e necessidade de recorrer ao SUGO, encaminhando para a consulta de planeamento familiar, esclarecendo sobre hábitos de vida contracetivos saudáveis e oferecendo a informação relativa a direitos e benefícios sociais em caso de perda gestacional (seja por interrupção médica da gravidez, voluntária ou aborto espontâneo, indicando a consulta e leitura do Guia Prático: subsídio por interrupção da gravidez, 2021).

Quanto à avaliação inicial das grávidas, esta compreendia a elaboração criteriosa e detalhada da história clínica da mesma (indicadores sociais e pessoa de referência), antecedentes pessoais e obstétricos, dados pré-natais (vigilância da gravidez, local da assistência, ganho ponderal, frequência de curso de preparação para o parto, exercícios de preparação do períneo para o parto, assistência de plano de parto, avaliação de índice de *Bishop* e serologias) e desejo e experiência de amamentação. O exame objetivo abrangia a avaliação do bem-estar fetal (através da monitorização de sinais vitais, auscultação de batimento cardíacos fetais e/ou realização de CTG), colheitas de sangue para análises, administração terapêutica ou avaliação do colo do útero (sempre que pertinente).

A educação para a saúde apresentou sempre uma posição de destaque na minha prestação de cuidados, tendo permanentemente em consideração a especificidade da pessoa com quem me relacionava e da situação, adaptando a linguagem e os ensinamentos. Todos os momentos foram aproveitados para informar, orientar e capacitar a mulher, tendo em vista a promoção da saúde pré-natal, estilos de vida saudáveis, desenvolvimento de competências parentais e a promoção do AM. Parte dos ensinamentos realizados tiveram como foco os desconfortos mais comuns na gravidez e as medidas de suporte e alívio para os mesmos, sinais e sintomas de alerta que devem ser tidos em consideração para recorrer à urgência (hemorragia, perda de líquido vaginal, dores abdominais, febre, queixas urinárias, vômitos persistentes, cefaleias intensas e contínuas, alterações da visão e diminuição dos movimentos fetais).

Contudo, esta competência não se resume só ao momento da admissão. Este contexto de EC, no serviço de urgência ginecológica e obstétrica, possibilitou-me a prestação de cuidados de saúde a grávidas, que se encontravam internadas para vigilância por diversas patologias: ameaça de parto pré-termo, pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crónica ou induzida pela gravidez e síndrome de HELLP. Contudo, nem todas as situações de prestação de cuidados são do foro obstétrico, tendo me sido possível prestar cuidados a mulheres em situação de aborto.

Todas estas experiências anteriormente descritas, permitiram o desenvolvimento de competências profissionais especializadas e concomitantemente possibilitaram o meu crescimento e desenvolvimento pessoal.

Contrariamente ao inicialmente pensado, neste EC não me foi permitido estabelecer uma relação com as famílias, uma vez que, se encontravam impostas restrições devido à Pandemia por SARS-CoV-2.

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

O trabalho de parto (TP) é um processo fisiológico, que tem como objetivo final a expulsão do feto, placenta e das membranas para o exterior. Esta expulsão é realizada através do canal de parto e pode ser dividido em quatro estádios: 1) dilatação; 2) período expulsivo; 3) dequitação e, por último, 4) puerpério imediato (Lowdermilk & Perry, 2008).

Habitualmente o acompanhamento do TP não se cinge aos cuidados à mulher, mas engloba o casal/convivente significativo. No entanto, durante o decorrer do meu EC e devido à pandemia, não foi possível que as mulheres desfrutassem do seu direito de ter acompanhante ao longo do TP, constituindo assim um desafio ainda mais exigente na prestação de cuidados especializados. O estabelecimento de relações de cuidar de confiança e empáticas, foi algo muito gratificamente para mim e acredito que foram ao encontro das necessidades de cada uma das mulheres (embora adaptadas à realidade).

Foi-me possível estabelecer uma relação terapêutica com a mulher, tendo sempre o enfoque em conhecer e respeitar as suas expectativas, desejos e necessidades. Outro aspeto em que me debrucei foi na tentativa de transmissão de tranquilidade, diminuindo a ansiedade e o

medo inerentes ao momento vivenciado, esclarecendo dúvidas e fornecendo informações adequadas à situação, permitindo a tomada de decisão consciente e segura num ambiente de conforto.

A promoção da autonomia permite à mulher sentir um maior controlo sobre a situação vivida, dando-lhe uma maior tranquilidade para experienciar em plenitude o presente. Procurei, em cada relação estabelecida conhecer a realidade por detrás de cada mulher, no que concerne aos elementos pesquisados na sua admissão, nomeadamente: antecedentes pessoais, obstétricos e ginecológicos, a história da gravidez atual, a existência de plano de parto e quais as suas experiências e/ou expectativas relativamente ao AM. Foram também realizados outros procedimentos como: monitorização de sinais vitais, hidratação oral (ingestão de pequenas quantidades de água ou chá açucarado), cateterização venosa, vigilância urinária (com possível algaliação após analgesia epidural), preparação intestinal (exceto às grávidas com rutura de bolsa), cuidados de higiene e conforto, monitorização da dor e, conseqüente, implementação de medidas não farmacológicas para o seu controlo (respiração, massagem, deambulação, música e utilização de bola de *pilates*) e farmacológicas (administração de analgésico endovenosos e colaboração na técnica de analgesia epidural).

Relativamente à avaliação do bem-estar fetal, foi tido em conta a avaliação das características do líquido amniótico, a monitorização contínua da frequência e padrões cardíacos fetais (tanto por monitorização externa como interna) e a sua interpretação. Apesar de não ter tido a oportunidade de realizar a técnica de colocação da monitorização interna, pude observar a mesma.

O progresso do TP pode ser registado no partograma (avaliação das alterações do colo do útero, altura da apresentação, o bem-estar materno-fetal, a existência de contratilidade e integridade da bolsa de águas). O seu preenchimento e interpretação, permitiram-me analisar criticamente a evolução do TP e as medidas que podem ser aplicadas para alterar o seu curso. Quando necessário avaliar as características do líquido amniótico por um estado fetal não tranquilizador, a amniotomia é um procedimento a considerar (procedimento realizado sobre supervisão clínica e com consentimento da parturiente, após explicação dos riscos e benefícios).

A posição no período expulsivo mais utilizada pelas parturientes, ao longo do EC, foi a de litotomia modificada, sendo permitida e incentivada a liberdade de movimentos. Tive a oportunidade de realizar partos verticalizados, possibilitando às mulheres, sempre que possível,

que adotassem a posição mais confortável, tendo em consideração as vantagens das mesmas no período expulsivo.

Gostaria de salientar, que dos trinta e oito partos realizados, ocorreram sete distócias de ombros (mecânicas). Segundo a ACOG (2002), a distócia de ombros manifesta-se classicamente pelo sinal de tartaruga, que se caracteriza pela retração da cabeça fetal sobre o períneo materno, em direção à pelve, logo após a sua exteriorização na altura do nascimento. Este sinal associa-se à ausência da rotação interna do diâmetro biacromial. Para ultrapassar com sucesso as distócias vivenciadas, recorri à manobra de *McRoberts* e a pressão supra púbica. Estas situações tornaram-se um receio a superar ao longo do EC, tendo sido fundamental a execução das manobras para ganhar mais confiança e autonomia na resolução destas situações.

Na maioria dos partos que assisti, utilizei a manobra de *Ritgen* modificada de forma a proteger ativamente o períneo. Recorri à técnica da episiotomia e episiorrafia oito vezes. A técnica da episiotomia deve ser executada apenas e somente quando estritamente necessária. Segundo Carvalho & Gomes (2017), a técnica da episiotomia acarreta uma vasta de lista de efeitos indesejáveis a curto e longo prazo tais como: hemorragia, infeções, dispareunia e dor localizada.

No que diz respeito ao terceiro estágio do TP, tornei-me apta a realizar a observação cuidada da placenta e membranas, na observação da integridade do canal de parto e na realização de correções de lacerações.

A facilitação da transição do RN para a vida extrauterina, foi outra competência que desenvolvi ao longo do EC, através da observação cuidada do RN e atribuição do índice de *Apgar*. Nesta avaliação, caso os parâmetros observados ao primeiro e quinto minuto fossem tranquilizadores, o RN permanecia junto da mãe, promovendo a vinculação através do contacto pele a pele e da implementação precoce do AM. Segundo a WHO & UNICEF (2009), é fundamental colocar os RN em contacto pele a pele com as suas mães imediatamente após o parto, permitindo uma vinculação precoce e a promoção do bem-estar.

Existem diversos mecanismos, que podem explicar o efeito protetor do AM na primeira hora de vida: colonização intestinal do recém-nascido por bactérias saprófitas encontradas no leite materno (Albesharat, Ehrmann, Korakli, Yazaji & Vogel, 2011); a capacidade do leite materno reduzir a colonização intestinal por bactérias gram- negativas (Parm et al., 2011); a capacidade materna em produzir fatores imunológicos bioativos adequados ao recém-nascido, sendo excretada no colostro de acordo com a idade gestacional (Castellote et al., 2011) e a

concentração mais abundante de Imunoglobulina- A no colostro (quando comparada com a concentração existente no leite maduro) (Araújo et al., 2005).

Há que ressaltar que os contactos corporais mães-recéns-nascidos, no puerpério precoce, resultam em efeitos positivos nessa mesma interação, quer a curto quer a longo prazo (Klaus & Kennel, 1976). Segundo os mesmos autores, existe uma maior proximidade da mãe com o RN, caso haja o usufruto do contacto corporal ou da implementação precoce do AM nos momentos seguintes ao parto. O parto é então, um momento privilegiado para o estabelecimento da ligação afetiva entre mãe e filho, com impacto na evolução da relação entre ambos e, subsequentemente, no desenvolvimento do bem-estar da própria criança (Figueiredo, 2003, p.530). De forma a minimizar o impacto negativo que os procedimentos rotineiros (embora necessários) pudessem causar no processo de transição, procurei adaptar os mesmos: a administração da Vitamina K durante o contacto pele a pele e/ou adaptação à mama, a avaliação do índice de *Apgar* nas mesmas condições, assim como, a identificação do RN com as duas pulseiras).

Não poderia deixar de mencionar, que a evolução e progresso de competências, que tive a oportunidade de desenvolver, teve sempre o foco que para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade é necessário ter em consideração o meio ambiente em que estas mulheres se inserem. Uma vez que a maternidade onde realizei o meu EC abrange uma vasta população com culturas/etnias/nacionalidades diferentes, os cuidados prestados necessitam de ser adaptados com o respeito pelos valores, crenças, rituais e costumes da mulher.

A maioria das situações vividas no contexto de obstetrícia são positivas, resultando numa sensação de bem-estar e de gratificação. Contudo, quando tal não acontece, cria-se um ambiente de silêncio, que nos remete para a parte mais tecnicista e objetiva da nossa profissão. Ao meditar sobre o assunto, chego à conclusão que tal ocorre como forma de uma tentativa de autoproteção. Segundo Graça (2017), lidar com este tipo de assuntos levanta dificuldades, fruto de convicções e sentimentos intensos e contraditórios que existem nos agentes de saúde.

Aqueles que sofrem perda gestacional ou neonatal não lamentam apenas a morte de um ente querido, lastimam também o não reconhecimento da perda.

Os profissionais de saúde, enquanto seres humanos, estão formatados para lidar com a vida e com o sucesso do tratamento. Como tal, lidar com a morte é também um processo muito difícil de gerir. A perda gestacional, não só afeta os progenitores, também sensibiliza os profissionais que os assistem. O EEESMO é confrontado com estes contextos dramáticos e

devem refletir sobre as suas atitudes e comportamentos perante situações de perda para que seja possível cuidar e dar o apoio necessário aos casais. Para tal, deve procurar mecanismos que os ajudem na situação de dor e de sofrimento, pois conforme Antunes & Patrocínio (2007), a essência do cuidado do enfermeiro especialista de saúde materna é compreender e interpretar esta experiência de dor, de sofrimento e, simultaneamente arranjar estratégias, intervenções que componham o seu plano de cuidados – exercem um olhar, uma observação de carácter profissional, com vista interações, também elas de carácter terapêutico.

Numa fase final do EC, ocorreu uma situação que me fez refletir à cerca do anteriormente mencionado. Deu entrada no serviço de urgência ginecológica e obstétrica, uma grávida com gestação de 30 semanas, que apresentava um feto com alterações do sistema nervoso central não compatíveis com a vida. Foi-lhe explicitada a situação de forma que houvesse uma compreensão detalhada da situação e qual o procedimento pertinente a realizar. Procedeu-se a uma cordocentese, com administração de 8 mL de Cloreto de Potássio para a concretização do feticídio, e foi iniciada uma indução do TP, tendo resultado num parto vaginal.

Após reflexão, acredito que desenvolvi competências para lidar com perda gestacional, atribuindo hoje um peso ainda mais importante ao impacto que estas situações têm na vida da mulher. Pela privação já mencionada de acompanhante na sala de partos (pela situação pandémica) o EEESMO adquire um papel ainda mais essencial neste processo de luto e transição. A partilha de sentimentos entre a equipa multidisciplinar, deve ser uma realidade que permita adotar diferentes mecanismos de *coping*, promover a discussão de estratégias para o estabelecimento de uma relação terapêutica nestas circunstâncias e promover um ambiente de cuidados seguro, consciente e holístico.

Enquanto enfermeira de cuidados gerais, exerço a minha atividade quotidiana no serviço de Puerpério do Hospital onde realizei este EC. Esse aspeto tornou-se particularmente relevante uma vez que me permitiu realizar um acompanhamento diferencial das mulheres que acompanhei na sala de partos, podendo prestar-lhes cuidados ao longo do puerpério até ao momento da alta. Além de ser gratificante o reconhecimento por parte das puérperas, permitiu-me aperfeiçoar e ter um olhar mais crítico sobre o acompanhamento que realizava enquanto aluna do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CPLEESMO), em contexto de sala de partos. Sendo a vertente da promoção do AME e prevenção do abandono precoce do AME a grande área de intervenção do meu trabalho, procurava junto destas famílias realizar esta intervenção atenta sobre a temática, constatando

que, no internamento (puerpério) me procuravam enquanto referência e para clarificação das suas dúvidas.

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

Durante o EC de cuidados de saúde primários, houve oportunidade de contactar com mulheres e famílias no período pós-natal. Este período apresenta-se como crucial para o sucesso do AM.

Nas consultas de revisão de puerpério e nas visitas domiciliárias, o foco de intervenção prendeu-se com o apoio emocional e execução de técnicas. Parte destas intervenções, estavam direccionadas para a promoção do AM, tendo sido realizadas atividades como: visualização e correção do posicionamento, pega correta, extração, armazenamento e conservação do LM).

Em contexto de visita domiciliária, desenvolvia-se a oportunidade de cuidar a família como um todo, respondendo às suas necessidades concretas através da observação da sua dinâmica naquele que é o seu contexto. Assim, esta tipologia de consulta, oferece aos profissionais de saúde um contacto privilegiado, possibilitador do apoio à família.

Em ambiente hospitalar, o EC decorreu num hospital com acreditação da UNICEF como Hospital Amigo dos Bebés. Esta acreditação possibilita que, todos os profissionais que prestam cuidados diretos a mãe a crianças, sejam detentores de formação especializada em AM, tornando os cuidados consistentes por parte da equipa. São promovidas diversas atividades relacionadas com AM, são cumpridos os 10 passos propostos pela UNICEF para o sucesso do AM, a equipa está motivada para esta promoção e os indicadores são positivos a demonstrar o sucesso das atividades implementadas (WHO & UNICEF, 2009).

Embora exerça a minha atividade profissional quotidiana no serviço de Puerpério, senti, enquanto estudante do CPLEEESMO, que podia fazer a diferença junto das mulheres de quem cuidei, no que concerne à prevenção do abandono precoce do AME. Havia abertura e interesse por parte da equipa nas minhas intervenções e incentivo para que pudesse desenvolver mais as minhas competências.

A intervenção precoce, no que diz respeito às dificuldades identificadas na literatura (e manifestas pelas inquiridas no questionário que apliquei), foram uma mais valia junto das

famílias, tendo conseguido apoiar e suportar as mesmas, de forma a terem alta para o domicílio com AME.

Tendo sido o primeiro EC a realizar e prestando cuidados nesse mesmo local, considero que procurei distinguir a minha atuação daquilo que quotidianamente faço. No entanto, creio que se tivesse realizado este EC após a passagem pela sala de partos, conseguiria diferenciar mais os meus cuidados e ter um olhar mais diferenciando, aglutinador e holístico à Pessoa e das várias particularidades que o puerpério nos apresenta.

Considero ter atingido todos os objetivos a que me propus e alcançado todas as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, cumprindo as experiências mínimas propostas para o término desta Especialidade com grau de Mestre (anexo I).

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Enfermagem sendo uma profissão autorregulada e com várias áreas de intervenção, onde se envolve também a investigação, apresenta tanto no Código Deontológico do Enfermeiro como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) os princípios éticos e deontológicos a cumprir no exercício da profissão.

Para Fortin (1999), “a investigação aplicada a seres humanos, pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações” (p.116). Por sua vez, Nunes (2013), afirma que o olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo de investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos.

A deontologia é uma palavra que vem associada ao dever e obrigação, tem caráter universal dentro da profissão, obrigando qualquer Enfermeiro a garantir a qualidade e a promoção dos cuidados de Enfermagem aos cidadãos, acreditando a dignidade do seu exercício profissional. Os Enfermeiros, têm uma série de deveres para com a profissão e a sociedade, distintos dos demais cidadãos, ou seja, aos deveres de cidadão acrescem os deveres particulares.

Assim, conforme os Estatutos da Ordem segundo o Artigo 100.º da Lei nº 156/2015, o Enfermeiro assume o dever de:

- “Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão;
- Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega;
- Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional;
- Ser solidário com a comunidade, de modo especial, em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência;
- Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (OE, 2015, p. 8078-8079).

Não esquecendo, também, segundo a mesma Lei, que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (OE, 2015).

Como tal, em todos os EC me pautei pelo cumprimento dos deveres supracitados promovendo o sentimento de dignidade, pertença e valores universais (a igualdade; a liberdade

responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional) com a família, incluindo-a sempre que necessário ou vontade expressa, em todas as fases da saúde da mulher e do recém-nascido.

Tendo o Enfermeiro o dever de informar, acresce ainda o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, assim, a participação no inquérito por questionário pressupõe o consentimento livre e esclarecido das intervenientes (OE, 2005). O consentimento foi obtido através do preenchimento obrigatório de uma alínea definida para o efeito, onde previa o direito ao anonimato e à confidencialidade – isto é, os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização expressa do sujeito e a identidade do mesmo não pode ser associada às respostas individuais. Os resultados foram explanados de forma que nenhuma das intervenientes possa ser reconhecida.

Em toda a fase de conceção, elaboração e tratamento de dados dos inquéritos por questionário, foram tidos em conta os quatro princípios bioéticos fundamentais, sendo os mesmos:

- Princípio da autonomia, em que a pessoa tem o direito à sua capacidade de decisão e às suas escolhas pessoais, portanto todas as mulheres foram informadas antes de qualquer intervenção, para uma tomada de decisão expressamente livre e esclarecida, respeitando a sua deliberação;
- Princípio beneficência, aqui o Enfermeiro tem obrigação ética de potencializar o benefício e minimizar o prejuízo, para tal, tentei sempre munir-me da maior informação técnica e científica para assegurar um cuidar o mais proveitoso e privilegiado possível;
- Princípio da não maleficência, intrinsecamente ligado ao princípio da beneficência onde pelo carácter nobre da profissão, tem obrigação de não causar prejuízo ou danos intencionais;
- Princípio da justiça, onde o Enfermeiro, como cuidador, tem a obrigação ética de tratar cada paciente de forma correta, imparcial, equitativa e adequada, respeitando as suas diferenças culturais, sociais, financeiras e religiosas. (Boyaciyan, 2019)

5. LIMITAÇÕES

As limitações apresentadas neste relatório estão, fundamentalmente, relacionadas com o impacto da pandemia por SARS-CoV-2 na prestação de cuidados.

O cronograma inicialmente delineado e o trabalho que estava pensado executar, requeriam uma grande proximidade não só da mulher, mas do casal. Com a pandemia, as dinâmicas na prestação de cuidados viram-se alteradas, o tempo que seria necessário despendido junto das parturientes e das puérperas estava comprometido e foi necessário ajustar os objetivos, o método de recolha de dados e as atividades a desenvolver nos EC.

O interregno imposto pelo ajuste das condições de prestação de cuidados devido à pandemia, teve um impacto menos positivo no encadeamento lógico e fluido das atividades propostas, tendo sido, no entanto, superado e adaptado à nova realidade.

Devido ao elevado número de respostas em ambos os questionários (e por não ter sido aplicado nenhum limite ao mesmo), a análise qualitativa pura encontrava-se inalcançável sem recurso a uma equipa de investigação. Considerando o limite temporal para a sua execução, foi realizada uma adaptação à análise qualitativa, recorrendo à seleção de respostas não aleatórias.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É irrefutável a importância que o AM detém não só para o RN, mas também para a mãe. Apesar de assumido no senso comum como algo inato para ambos, o processo de adaptação do RN à mama e a capacidade que a mãe detém para fazer face às dificuldades que possam surgir, faz com que a amamentação seja algo único e complexo.

O sucesso do aleitamento materno, como nos dizem Levy e Bértolo (2012), pode ser definido pela qualidade relacional entre a mãe e o RN, através do contacto físico que este proporciona, e da cooperação mútua entre estes intervenientes. O suporte da amamentação é premente na prestação de cuidados após a alta hospitalar, onde, até ao franco estabelecimento da lactação, há mais risco de abandono precoce do AME.

A diminuição da frequência das consultas de saúde materna, o atendimento telefónico em detrimento do presencial foram dois dos aspetos negativos (resultantes da pandemia vivida pela SARS-COV-2) que identifiquei ao longo dos EC, que poderão ter impacto no processo de AME.

É fundamental, que as consultas de revisão de puerpério e as consultas de vigilância infantil e pediátrica nos centros de saúde, aconteçam dentro dos *timings* estipulados, de modo a apoiar, promover e suportar a prática do AME e a prevenção do abandono precoce do processo de aleitamento.

Os rácios enfermeiro-família, muitas vezes desajustados, comprometem a qualidade dos cuidados prestados podendo ter impacto negativo no processo de amamentação: as mulheres podem percecionar a falta de tempo como desinteresse e falta de apoio. No entanto, é notório o esforço acrescido dos enfermeiros em procurar apoiar a díada/tríade no processo de amamentação e encorajá-los em direção ao sucesso.

A aplicação dos inquéritos por questionário permitiu explorar a temática do abandono precoce do aleitamento materno pela perspetiva das mulheres, considerando como relevante para a aquisição de competências enquanto EEESMO em formação. A perceção das inquiridas relativamente às dificuldades sentidas vai ao encontro do mencionado na literatura, tendo sido encontrado este resultado com agrado, uma vez que confirma a evidência científica na prática de cuidados.

Apesar da dor ser identificada nalguns estudos como uma das maiores dificuldades no processo do AME que conduz ao abandono precoce do mesmo, as inquiridas não a identificam como uma das principais causas.

Nos resultados obtidos no primeiro inquérito por questionário, o regresso ao trabalho foi identificado como a principal causa de abandono precoce do processo de AME. Nalguns dos estudos utilizados para a execução do enquadramento teórico, esta não foi uma das causas nomeadas, mas que pode ser resultante do facto de nos países de origem desses mesmos estudos, terem licenças parentais mais prolongadas e mais benefícios, comparativamente com Portugal.

No segundo inquérito por questionário, que foi aplicado numa altura singular do ano (pandemia por SARS-CoV-2), os resultados obtidos são satisfatórios no que concerne à prática do AME, tendo sido identificado pelas inquiridas que a situação pandémica não interferiu com a vontade de amamentar nem conduziu ao abandono precoce do AM. Apesar de a maioria das mulheres não identificar a situação pandémica como favorecedora de uma amamentação mais prolongada, identificou-se uma parte substancial que assume que ‘sim’, mencionando o facto de permanecerem mais tempo em casa [em teletrabalho] como facilitador.

Note-se que uma parte considerável das mulheres referiu menos apoio por parte dos profissionais no que diz respeito ao apoio para amamentar. Evidencia-se, deste modo, o carácter fundamental da vigilância nos cuidados de saúde primários após a alta hospitalar para a sucesso do aleitamento materno.

Após análise reflexiva do trabalho desenvolvido, consideram-se atingidos os objetivos inicialmente propostos, no que diz respeito à aquisição de competências comuns e específicas do EEESMO e de Mestre e nos cuidados à mulher durante o processo de aleitamento materno exclusivo. Foi um percurso gratificante e enriquecedor do ponto de vista pessoal e profissional, que contribuiu significativamente para a construção de um corpo de conhecimentos especializado para a prestação de cuidados à mulher.

O papel do EEESMO é fulcral no apoio e suporte ao AME, procurando ultrapassar com a mulher as dificuldades sentidas com o intuito de prevenir o abandono precoce do AM. A existência de uma rede de suporte nos cuidados pós-natais domiciliários adquire um papel essencial, nunca esquecendo que deverá ser construído o projeto de amamentação com a mulher ainda ao longo da gravidez, com vista ao empoderamento e capacitação da mesma.

A decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte à mesma, são os pilares basilares para o sucesso do aleitamento materno, importando ao EEESMO a prestação

de cuidados diferenciados em qualquer um deles, evidenciando o caráter de proximidade e relevância dos seus cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG Committee Obstetric Practice. ACOG Committee opinion. Number 267, January 2002: exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol.* 2002 Jan;99(1):171-3. doi: 10.1016/s0029-7844(01)01749-5. PMID: 11777528.
- Albesharat R., Ehrmann M. A., Korakli M., Yazaji S., Vogel RF. (2011). Phenotypic and genotypic analyses of lactic acid bacteria in local fermented food, breast milk and faeces of mothers and their babies. *Syst Appl Microbiol.* Apr;34(2):148-55. DOI: 10.1016/j.syapm.2010.12.001. PMID: 21300508.
- Antunes, M., Patrocínio, C. (2007). A malformação do bebé. vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(8), 239-252.
- Araújo ED, Carbonare SB, de Araújo MC, et al. Total and specific IgA in colostrum and milk of mothers of Natal-Rio Grande do Norte, Brasil. *Acta Cirurgica Brasileira.* 2005 ;20 Suppl 1:178-184.
- Araújo, O. D., Cunha, A. L., Lustosa, L. R., Nery, I. S., & Mendonça, R. C. M. C., Campelo, S. M. A. (2008). Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 61, 488–492.
- Bai DL, Fong DY, Tarrant M. Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum. *Matern Child Health J.* 2015 May;19(5):990-9. doi: 10.1007/s10995-014-1596-7. PMID: 25095769.
- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Bosi, M. L. M., & Machado, M. T. (2005). Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP - Escola de Saúde Pública Do Ceará*, 1(1), 8. Obtido: http://www.aleitamento.com.br/upload%5Carquivos%5Carquivo1_1688.pdf
- Boyaciyan, K. (2019). Ética em Ginecologia e Obstetrícia. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Concília O, Vol. 5, Issue 5).
- Cardoso, R. B., Caldas, C. P., & Souza, P. A. de. (2019). Uso Da Teoria Do Conforto De Kolcaba Na Implementação Do Processo De Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 8(1). <https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2758>
- Castellote C., Casillas R., Ramírez-Santana C., Pérez-Cano FJ., Castell M., Moretones MG., López-Sabater MC., Franch A. (2011). Premature delivery influences the immunological composition of colostrum and transitional and mature human milk. *J Nutr.* Jun;141(6):1181-7. DOI: 10.3945/jn.110.133652. Epub Apr 20. PMID: 21508211.
- Departamento de Prestações e Contribuições (2021). Guia Prático - Subsídio por interrupção da gravidez.” Instituto da Segurança Social, I.P, 3021 – v1.17.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [s.d.]. Consultado a 18 de fevereiro de 2021 em <https://dicionario.priberam.org>
- Escobar, A. M. D. U., Ogawa, A. R., Hiratsuka, M., Kawashita, M. Y., Teruya, P. Y., Grisi, S., & Tomikawa, S. O. (2002). Breast-feeding and socioeconomic cultural status: Factors that lead to early weaning. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 2(3), 253–261. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1519-38292002000300006>
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 521–539.
- Fortin, M. (1999). O Processo de investigação da concepção à realização (p.116). Loures. Lusociência.

González, C. (2018). *Manual prático de aleitamento materno* (2ª edição). Brasil: Timo.

Graça, M. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5ª edição). Lisboa: Lidel.

International Baby Food Action Network (2014). *Report on the situation of infant and young Child Feeding in Portugal*.

https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/PRT/The%20Situation%20of%20Infant%20and%20Young%20Child%20Feeding_18338_E.pdf

Joanna Briggs Institute (2020). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2020 – Methodology for JBI Scoping Reviews*. Adelaide: JBI.

Joanna Briggs Institute (2020). *The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party*. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Adelaide: JBI.

Jones, Ricardo H. (2017). Amamentação e o continuum da humanização. In Carvalho, Marcus R. & Gomes, Cristiane F. Amamentação: bases científicas. (p. 194 – 195). (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Klaus, M. & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: The C. V. Mosby Company.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and* Organização Mundial de Saúde (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.

La Leche League International. (2004). *The Womanly Art of Breastfeeding* (7ª Edição.) Plume.

Lei nº. 156/2015. (2015). *Diário da República*, 1ª série (Nº181 de 16-09-2015), p. 4454–4458. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Lei nº. 161/96. (1996). *Diário da República*, série I-A (Nº 205 de 04-09-1996). p. 2959 a 2962. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Lei nº. 74/2006. (2006). *Diário da República*, série I-A (Nº 60 de 24-03-2006). p. 2242–2257. Lisboa.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lima, A. P. C., Nascimento, D. da S., & Martins, M. M. F. (2017). The practice of breastfeeding and the factors that take to early weaning: an integrating review. *J. Health Biol Sci*, 6(2), 189–196. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i2.1633.p.189-196.2018>
- Lopes, L. (2015). Acolhimento ao utente: Atividade Facilitadora do Processo de Hospitalização. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Saúde do Mindelo. Mindelo.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Camarate: Lusodidacta.
- Maia, M. (2007). O Papel do Enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Molina, M. C. T., (2004), Composición de la leche humana. Lactancia materna: Guia para profesionales. Comité de lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, nº5,59-76.
- Monteschio, C. A. C., Gaíva, M. A. M., & Moreira, M. D. de S. (2015). O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 869–875. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680515i>
- Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de

enfermagem. Setúbal.

Oliveira, E. R., & Ferreira, P. (2014). Métodos de Investigação - Da Interrogação à Descoberta Científica. 1ª edição. Vida Económica.

Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à Análise dos casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras* (pp. 1–60). Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf

Organização Mundial de Saúde (1989). *Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra: ISBN 92806 00419.

Organização Mundial de Saúde (2001). *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: report of an expert consultation*. Genebra: World Health Organization.

Orso, L. F., Mazzetto, F. M. C., Siqueira, F. P. C. (2016). Percepção de mulheres quanto ao cenário de cuidado em saúde na promoção do aleitamento materno. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 6(17), 3–12.

Parm U, Metsvaht T, Sepp E, Ilmoja ML, Pisarev H, Pauskar M, et al. Risk factors associated with gut and nasopharyngeal colonization by common Gram-negative species and yeasts in neonatal intensive care units patients. *Early Hum Dev*. 2011; 87:391-9. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2011.02.007. Epub 2011 Mar 21. PMID: 21419584.

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121–132.

Pereira, M. A., Levy, L., Matos, M. E., & Calheiros, J. M. (2008). Influência da correcção da pega no sucesso do Aleitamento Materno: resultados de um estudo experimental.

Revista de Enfermagem Referência, II(6), 27–38.

Pereira, M.A. (2006). Aleitamento Materno – Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação – Resultados de um Estudo Experimental. Loures: Lusociência. ISBN: 972 – 8930 – 21 -6.

Pinto, T. V. (2008). Promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno na comunidade: Revisão das estratégias no período pré-natal e após a alta. *Arquivos de Medicina*, 22(2–3), 57–68.

Real de Oliveira, E., & Ferreira, P. (2014). Métodos de Investigação: Da interrogação à descoberta científica. Porto: Vida Económica.

Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série (Nº26 de 06-02-2019), p.4744-4750. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, 2ª série (Nº85 de 03-05-2019), p.13560-13565. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Senol DK, Yurdakul M, Özkan SA. The effect of maternal fatigue on breastfeeding. *Niger J Clin Pract* 2019;22:1662-8.

Silva, E. G. C., Oliveira, V. C., Neves, G. B. C., Guimarães, T. M. R. (2011). O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. *Rev Esc Enferm USP*, 45(6):1380-6, 1380–1386.
<https://doi.org/https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ddQxzyWyJkNGZzSfrn7Dfz/?format=pdf&lang=pt>

- Urbanetto, P. D. G., Costa, A. R., Gomes, G. C., Nobre, C. M. G., Xavier, D. M., & Jung, B. C. de. (2018). Facilidades e dificuldades encontradas pelas puérperas para amamentar / Facilities and difficulties found by mothers to breastfeed. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(2), 399–405. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.399-405>
- Vargas, G., Alves, V., Rodrigues, P., Branco, M., Souza, R., Guerra, J. (2016). Actuación de los profesionales de salud de la estratégia salud de la família: Promoción de la práctica de la lactancia materna. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, Vol. 30, p. 1-9.
- Vieira FS, Costa ES, Sousa GC, et al. Childbirth Influence Towards the Weaning During Puerperium Period. *Rev Fund Care Online*.2019.11(n. esp):425-431. Disponível em <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.425-431>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*, Edições Sílabo. 3ª edição. ISBN 978-989-561-0976.
- World Health Organization & UNICEF (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised Updated and Expanded for Integrated Care. Section 3: Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital: a 20-Hour Course for Maternity Staff*. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/5/9789241594981_eng.pdf

APÊNDICES

Apêndice I – Estudos Seleccionados e Respetiva Extração de Dados

Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TÍTULO			
Título	1	Facilidades e dificuldades encontradas pelas puérperas para amamentar	399
RESUMO			
Resumo	2	Realizou-se um estudo descritivo exploratório e qualitativo, num Hospital do Sul do Brasil. Procurou-se conhecer as facilidades e dificuldades das puérperas no processo de amamentação.	399
INTRODUÇÃO			
Justificação	3	Orientar os ensinamentos realizados pelos enfermeiros com vista a minimizar as dificuldades enfrentadas pela puérpera durante amamentação, reduzindo as taxas de desmame precoce.	400
Objetivos	4	Conhecer as facilidades e dificuldades encontradas pelas puérperas para amamentar.	399
METODOLOGIA			
Protocolo e registo	5	Técnica de análise temática.	400
Critérios de inclusão	6	Critérios de inclusão para as mulheres: Pós-parto imediato no Hospital Universitário do Sul do Brasil, querer amamentar e responder ao questionário. Critérios de inclusão para o recém-nascido: ser de termo e com boa saúde. Foram excluídas as mulheres que declararam a intenção de não amamentar seus filhos.	401
Fontes de informação	7	Entrevista semiestruturada.	401
Pesquisa	8	NA	-
Fontes de evidência	9	Pós-parto imediato no Hospital Universitário do Sul do Brasil; querer amamentar; disponibilidade para	401

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
		responder à entrevista e recém-nascido de termo e saudável.	
Processo análise de dados	10	Assinatura do consentimento informado e visita domiciliária ao sétimo dia para realização da entrevista.	401
Dados	11	Entrevista semiestruturada a todas as participantes.	401
Avaliação crítica de fontes de evidência	12	NA	-
Síntese dos Resultados	13	Análise temática em três fases: pré-análise, exploração e codificação, tratamento dos resultados.	401
RESULTADOS			
Seleção de fontes de evidência	14	NA	-
Características das fontes de evidência	15	NA	-
Avaliação crítica das fontes de evidência	16	NA	-
Resultados de fontes de evidência	17	NA	-
Síntese dos resultados	18	Como facilidades verificaram-se a criação do vínculo entre a mãe e o bebê, o toque afetivo, a pega correta, a boa produção de leite e a praticidade de amamentar. Como dificuldades a necessidade de retornar ao trabalho, complicações como dor, fissuras no mamilo, demora na descida do leite, desconforto, ingurgitamento, o bebê ficar sonolento ou mamar várias vezes ou rejeitar a mama.	401,402
DISCUSSÃO			

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Resumo	19	Em relação às dificuldades enfrentadas no período pós-parto, é relatada a necessidade de a mulher voltar ao trabalho após a licença maternidade. A prática de amamentação associada ao trabalho feminino culmina em muitas dificuldades para as mulheres. Esta desvantagem resulta em mitos sobre o AM, cultura, falta de cuidados de saúde ou educação para a saúde inadequada. É necessário que desde o período pré-natal, as mães conheçam as possíveis dificuldades que podem ocorrer no processo de amamentação para preveni-las. Entre estas dificuldades encontram-se: má sucção do bebê, descida tardia do leite, mamilos planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, fissuras mamilares, mastite por ingurgitamento ou processo infeccioso entre outros, juntamente com crenças e mitos sobre a amamentação são as principais causas de desmame precoce. Para que ocorra sucesso no processo de amamentação, é importante que a mãe queira amamentar, sendo fundamental o suporte durante todo esse processo. Neste contexto, o suporte e o encorajamento das pessoas ao redor da mãe, principalmente o companheiro e os avós da criança são de extrema importância. Para que os pais e os avós sejam capazes de apoiar e encorajar no processo de amamentação, precisam de ter o conhecimento para apoiar adequadamente esta prática.	403, 404
Limitações	20	Não foram identificadas limitações	-
Conclusões	21	Concluiu-se que o enfermeiro deve dar apoio e informações necessárias para as puérperas e direcionar práticas que minimizem as dificuldades na amamentação como forma de impedir o desmame.	404
FINANCIAMENTO			

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Financiamento	22	Projeto financiado para o CEPAS	401

Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TÍTULO			
Título	1	Childbirth Influence Towards the Weaning During Puerperium Period	425
RESUMO			
Resumo	2	Foi realizado um estudo observacional, descritivo, transversal, de caráter quantitativo, em Caxias-Maranhão, verificando-se a identificação dos fatores associados à interrupção do aleitamento materno durante a consulta pré-natal, assim como, no puerpério, decorrentes do tipo de parto, contribui com planejamento de ações e políticas no sentido de melhorar os índices de desmame precoce.	426
INTRODUÇÃO			
Justificação	3	O conhecimento sobre os fatores que interferem na prática da amamentação associados ao tipo de parto é de extrema importância para a elaboração de ações eficazes com vista à promoção, proteção, apoio ao AM e redução das taxas de desmame precoce. Assim, este estudo visa analisar a influência do parto para o desmame durante o puerpério.	426
Objetivos	4	Analisar a influência do parto sobre o desmame no puerpério.	426
METODOLOGIA			
Protocolo registo	5	Foi realizado um estudo observacional, descritivo, transversal, de caráter quantitativo.	426
Crítérios inclusão	6	A mãe ter mais de 18 anos com uma criança até dois meses e aceitar entrar no projeto.	427
Fontes informação	7	NA	-

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Pesquisa	8	Foram considerados 15 municípios do perímetro regional e 47 municípios no perímetro da macrorregião.	426
Fontes de evidência	9	Foram selecionadas 158 puérperas, de acordo com os critérios de inclusão. 43 não foram encontrados durante o período de colheita de dados, 19 mudaram-se do município de residência, 1 não concordou em participar no estudo e 2 não participaram porque os recém-nascidos morreram após o parto. Assim, a amostra foi de 93 puérperas.	427
Processo análise de dados	10	Os dados foram inseridos em dupla entrada, validados e analisados usando o software EpiInfo (versão 3.5.3) em Português. Os resultados foram apresentados por meio de frequência e cálculos das principais variáveis do estudo.	427
Dados	11	Sem evidência	-
Avaliação crítica de fontes de evidência	12	Semelhante ao ponto 10, sem mais análise crítica.	427
Síntese dos Resultados	13	NA	-
RESULTADOS			
Seleção de fontes de evidência	14	A análise das características sociodemográficas mostrou predomínio da faixa etária de 21 a 25 anos, raça negra, solteira, católica com ensino secundário, tendo como ocupação ser doméstica e renda superior a um salário mínimo.	427
Características das fontes de evidência	15	A maioria das puérperas são multíparas, realizaram consultas de pré-natal, preenchendo o número preconizadas pelo Ministério da Saúde.	427
Avaliação crítica das fontes de evidência	16	Esta análise mostra congruência entre as recomendações propostas e os fatores que podem interferir positivamente no processo de AM,	427

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
		contribuindo para o sucesso da amamentação e reduzindo a incidência de desmame precoce	
Resultados de fontes de evidência	17	Faixa etária: 53,7% das mães tinham até 25 anos, sendo relevante, uma vez que a idade materna é um fator de risco para o desmame precoce. Estado civil, escolaridade e renda familiar: 49,5% das puérperas eram solteiras, 29% possuem ensino secundário completo e 28% o ensino básico incompleto. 62,3% têm renda equivalente a um salário mínimo. História obstétrica: 59,1% das mulheres eram multíparas, sendo que a multiparidade pode ser considerada um fator promotor da amamentação. Cuidados pré-natais: 94,6% relataram ter realizado o seguimento pré-natal, em que 60,3% tinham entre 5 a 8 consultas, 65,6% das mulheres iniciaram a vigilância até ao fim do primeiro trimestre. O cumprimento da vigilância da gravidez promove um maior conhecimento sobre o AME nos primeiros seis meses de vida. Tipo de parto: 55,9% tiveram um parto vaginal, e 44,1% tiveram um parto por cesariana. Considerando a amamentação na primeira hora de vida, 71% relataram ter amamentado e 29% não.	427
Síntese dos resultados	18	A maioria das puérperas eram multíparas, que atingiram o número de consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde durante o período pré-natal, em que 55,9% tiveram um parto vaginal e a grande maioria (71,0%) realizaram a amamentação na primeira hora após o nascimento, o que favoreceu a adesão ao AME refletindo positivamente sobre a saúde da mulher e da criança.	427/430
DISCUSSÃO			

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Resumo	19	Os resultados deste estudo sugerem que os fatores relacionados com o atendimento pré-natal e parto, exercem uma maior influência no estabelecimento da amamentação. Embora a continuidade da amamentação dependa de uma rede complexa de determinantes sociais e culturais, em partos hospitalares o início da amamentação no nascimento depende fortemente das práticas instituídas. Considerando a vulnerabilidade das mães no pós-parto imediato, a instituição de saúde é responsável por promover a amamentação e as boas práticas para o cuidado da mulher e do recém-nascido.	430
Limitações	20	Não refere	-
Conclusões	21	Entende-se que são vários os determinantes que influenciam o sucesso da amamentação. Aumentar o conhecimento sobre os fatores que interferem neste processo pode levar a um maior sucesso do mesmo. O conhecimento prévio dos fatores associados ao desmame precoce do AME no puerpério, relacionado com o tipo de parto, pode facilitar o planeamento de ações e políticas para a redução da sua taxa de incidência. Com vista a reduzir a morbilidade e mortalidade infantil.	430
FINANCIAMENTO			
Financiamento	22	Apoio da fundação para pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico do Estado de Maranhão.	430

Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TÍTULO			
Título	1	The Effect of Maternal Fatigue on Breastfeeding	1662
RESUMO			
Resumo	2	No período pós-parto a fadiga reduz a capacidade de concentração das mulheres, o que pode aumentar a frequência da depressão pós-parto, conduzindo ao abandono precoce do AM.	1662
INTRODUÇÃO			
Justificação	3	É importante que as enfermeiras e as parteiras conheçam os fatores que aumentam a fadiga no pós-parto e como tal afeta a amamentação.	1663
Objetivos	4	Determinar o efeito da fadiga na amamentação e no comportamento da mulher relacionado com o processo de amamentação no puerpério.	1662
METODOLOGIA			
Protocolo e registo	5	O estudo incluiu mulheres no pós-parto (parto vaginal), internadas numa maternidade em Mersin, Turquia (entre agosto e dezembro de 2017).	1663
Crítérios de inclusão	6	O tamanho da amostra foi de 374 puérperas que aceitassem participar no estudo. Os critérios de inclusão do estudo foram mulheres com feto único vivo, sem patologia congénita nas primeiras 24 horas de vida.	1663
Fontes de informação	7	Inquérito por questionário e utilização da Escala Visual Analógica de Fadiga (VAS - F).	1663
Pesquisa	8	O formulário era composto por 15 perguntas: características demográficas e obstétricas (idade, escolaridade, tipo de família, emprego, número de gestações, número de partos, tabagismo, abono pré-natal, os níveis de hemoglobina na admissão hospitalar); comportamento de amamentação	1663

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
		(tempo do início da amamentação, frequência e duração); conhecimentos prévios da mulher relacionados com a amamentação. Foi pré testado em 30 mulheres.	
Fontes de evidência	9	Foi dado o consentimento escrito para a condução do estudo e foi garantida a confidencialidade.	1663
Processo análise de dados	10	A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA). Para a análise descritiva foram usadas as principais variáveis para descrever o tipo de estudo (frequência, percentagem média e desvio padrão). Os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk mostraram que os dados tinham uma distribuição normal e o teste t foi utilizado para comparar dois grupos, e o ANOVA unilateral para comparar três grupos. Os testes de LSD e Tukey foram utilizados para determinar o grupo que causa a diferença.	1663
Dados	11	Idade, número de partos, hemoglobina na admissão hospitalar, ter um parto difícil, atividades de prevenção do cansaço na gravidez e tabagismo. Todos os dados foram avaliados pela fadiga e pela energia.	1664
Avaliação crítica de fontes de evidência	12	Sem evidência	-
Síntese dos Resultados	13	Não apresenta síntese de resultados.	-
RESULTADOS			
Seleção de fontes de evidência	14	NA	-
Características das fontes de evidência	15	NA	-

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Avaliação crítica das fontes de evidência	16	NA	-
Resultados de fontes de evidência	17	NA	-
Síntese dos resultados	18	As mulheres relataram que o parto não foi difícil, apresentando pouca ou alguma fadiga nesse momento. As mulheres que começaram a amamentar na primeira hora de vida e as mulheres que amamentaram em intervalos de 1 hora tiveram a pontuação mais baixa para a fadiga. As mulheres não precisaram de ajuda durante a amamentação tiveram uma pontuação significativamente menor para fadiga, enquanto aquelas que relataram a introdução de leite de fórmula mostraram-se mais fadigadas.	1666/1667
DISCUSSÃO			
Resumo	19	A fadiga no pós-parto afeta os cuidados das mães aos recém-nascido, sendo uma das causas mais comuns para o abandono precoce da amamentação. Foi relatado que a fadiga é frequentemente associada à insuficiente produção de LM. As mulheres que começaram a amamentar na primeira hora de vida e em intervalos de uma hora ou menos, sentiram-se significativamente menos cansado.	1667
Limitações	20	Não refere limitações	-
Conclusões	21	No presente estudo, as primíparas, as mulheres nos extremos de idade e com parto considerado difícil, mostraram-se mais cansadas. As mães que experienciaram fadiga no pós-parto, começaram a amamentar mais tardiamente o recém-nascido, com menor frequência e introduziram mais precocemente a alimentação complementar. As mulheres que não necessitaram de ajuda durante o processo de	1667

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
		amamentação, mostraram uma pontuação mais baixa no que diz respeito à fadiga. É recomendado que as parteiras enfermeiras estejam capacitadas para detetar fatores que conduzam à fadiga no pós-parto, proporcionando às mulheres que vivenciam esta condição com suporte para a amamentação.	
FINANCIAMENTO			
Financiamento	22	Não houve financiamento	-

Apêndice II – 1º Questionário

PREVENÇÃO DO ABANDONO PRECOCE NO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Este questionário é realizado no âmbito do 10º Curso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica a decorrer na Escola Superior de Saúde de Lisboa. Os resultados obtidos serão apenas utilizados para fins académicos e científicos (elaboração da Tese de Mestrado e publicação de artigos científicos), e as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual. Na maioria das questões terá apenas de assinalar a sua opção de resposta. Agradeço antecipadamente a sua colaboração.

**Obrigatório*

1. Para este efeito agradeço que expresse o seu consentimento para a utilização dos dados fornecidos. O anonimato será sempre garantido. ***

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

2. Idade ***

3. Habilitações Literárias ***

Marcar apenas uma oval.

☐ 5º ano de Escolaridade

☐ 9º ano de Escolaridade

☐ 12º ano de Escolaridade

☐ Licenciatura

☐ Pós Graduação

☐ Especialidade

☐ Mestrado/Doutoramento

☐ Outro: _____

4. Tem filhos? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

5. Se respondeu sim, quantos?

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ Outro: _____

6. Qual o tipo de parto?

Marque todas que se aplicam.

☐ Eutócico (via vaginal)

☐ Cesariana

☐ Instrumentado (Ventosa, Forceps)

7. Está grávida? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

8. Se tem filhos, amamentou em exclusivo até aos 6 meses?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Amamentei 1 em exclusivo
☐ Amamentei 2 em exclusivo

Outro: ☐ _____

9. Quanto tempo amamentou em EXCLUSIVO?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não amamentei
☐ Até 1 mês
☐ De 1 mês aos 3 meses
☐ Dos 3 aos 6 meses
☐ Dos 0 aos 6 meses
☐ Outro: _____

10. Quais as maiores dificuldades encontradas no processo do aleitamento materno exclusivo?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Dor durante a amamentação
☐ O bebé não quis mamar
☐ O bebé chorava muito
☐ O bebé não aumentava de peso
☐ Característica do mamilo

Outro: ☐ _____

11. Quais as causas que levaram ao abandono precoce do aleitamento materno exclusivo?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Não quis amamentar
- ☐ Sensação de ter pouco leite
- ☐ Sensação do recém-nascido ter fome
- ☐ Regresso ao trabalho
- ☐ Dor na amamentação
- ☐ O companheiro não quis que amamentasse
- ☐ Realizou cirurgia estética mamária
- ☐ Interferência na relação sexual
- ☐ Nenhuma, mantive o aleitamento materno exclusivo

Outro: ☐ _____

12. Recorreu algum tipo de ajuda para manter o processo de aleitamento materno exclusivo?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outro: _____

13. Se sim, a quem recorreu?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Enfermeiro Especialista em Saúde Materna
- ☐ Conselheira de Amamentação
- ☐ Médico
- ☐ Familiar
- ☐ Amiga/o
- ☐ Blogs/ Sites/ Literatura

Outro: ☐ _____

14. Se recorreu a algum dos técnicos de saúde acima mencionados, o que achou?

15. Sentiu que foi apoiada pela família, amigos e no local de trabalho por ter decidido amamentar em exclusivo?

16. Recomendava a amamentação exclusiva a outras mulheres? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

☐ Outro: _____

17. Qual foi o factor principal de ter amamentado em exclusivo?

18. Na sua opinião qual a razão principal do abandono da amamentação exclusiva?

19. Que conselhos daria a alguém que quer amamentar em exclusivo?

Apêndice III – 2º Questionário

Amamentação durante a Pandemia

A amamentação reduz indubitavelmente a mortalidade neonatal e infantil e oferece numerosas vantagens de saúde para toda a vida e para o desenvolvimento cerebral da criança. O vírus ativo da COVID-19 ainda não foi, até à data, detetado no leite materno de qualquer mãe com confirmação ou suspeita de COVID-19. Não é provável que o vírus possa ser transmitido através do leite materno que tenha sido extraído de uma mãe com confirmação ou suspeita de COVID-19.

Este questionário é realizado no âmbito do 10º Curso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica a decorrer na Escola Superior de Saúde de Lisboa. Os resultados obtidos serão apenas utilizados para fins académicos e científicos (elaboração da Tese de Mestrado e publicação de artigos científicos), e as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual. Na maioria das questões terá apenas de assinalar a sua opção de resposta. Agradeço antecipadamente a sua colaboração. Este questionário é destinado a todas as mulheres que amamentaram o seu bebé durante a pandemia.

***Obrigatório**

Recomendações da Organização Mundial de Saúde para uma mãe lactante com COVID-19



<http://youtube.com/watch?v=OFGiy6t7k5E>

1. Para este efeito agradeço que expresse o seu consentimento para a utilização dos dados fornecidos. O anonimato será sempre garantido. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

2. A situação pandémica interferiu com a sua vontade de amamentar? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

3. Está a amamentar presentemente? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

4. Que idade tem o seu bebé? Escolha a opção que melhor se adequa. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 0 - 3 meses

☐ 4 - 6 meses

☐ 7 -12 meses

☐ mais de 12 meses

5. Abandonou a amamentação por causa da situação pandémica? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

6. Abandonou a intenção de amamentar por causa da situação pandémica? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

7. A pandemia contribuiu para amamentar durante mais tempo? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

8. Sentiu apoio dos profissionais de saúde, durante a pandemia, em relação a amamentação? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

9. A quem recorreu?

Marcar apenas uma oval.

☐ Enfermeira Especialista em Saúde Materna

☐ Conselheira de amamentação

☐ Médico

☐ Familiar

☐ Amigo/a

☐ Blog, sites, literatura

☐ Outro: _____

10. De que modo se concretizou esse apoio?

Marcar apenas uma oval.

☐ Presencialmente

☐ Videochamada

☐ Whatsapp

☐ Outro: _____

11. Introduziu outros leites/alimentos precocemente por falta de apoio de profissionais de saúde durante a pandemia? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

12. A pandemia contribuiu para amamentar durante menos tempo? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

13. Descreva em poucas palavras a sua experiência de amamentação durante a pandemia.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXOS

Anexo I – Folha de experiências mínimas



Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

- | | |
|---|------------|
| 1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion | <u>205</u> |
| 2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman | |
| ▪ Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100) | <u>141</u> |
| 3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor | |
| ▪ Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40) | <u>29</u> |
| ▪ Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries | <u>2</u> |
| ▪ Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births | <u>2</u> |
| ▪ Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births | <u>28</u> |
| ▪ Episiotomia/Episiotomy | <u>7</u> |
| ▪ Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorraphy | <u>29</u> |
| 4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk | |
| ▪ Gravidez/Pregnancy (40) | <u>48</u> |
| ▪ Trabalho de parto/Labor | <u>10</u> |
| ▪ Puerpério/Puerperium | <u>21</u> |
| 5. Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100) | <u>163</u> |
| 6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy newborn (100) | |
| 7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the newborn in need of special care | <u>145</u> |
| 8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology | <u>25</u> |
| | <u>42</u> |



9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 2
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 10
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 15

10. Prática Simulada/*Simulated Practice*

- Prática Simulada em partos eutócicos/*Simulated Practice eutocic delivery* 3
- Prática Simulada em partos de apresentação pélvica/*Simulated Practice in breech presentation deliveries* 2
- Prática Simulada de episiotomia e iniciação à sutura/*Simulated Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 3
- Prática Simulada na colocação de DIU/IUD *insertion Simulated Practice* 0
- Prática Simulada na colocação de implantes/*Implants insertion Simulated Practice* 0
- Prática Simulada de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation Simulated Practice and colpocytology* 1

Lisboa, 17 / 07 / 21

Estudante/*Student*

Patrícia Pereira Antunes

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

M^{te} Anabela Ferreira do Sa