



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

**Nascimento do Segundo Filho: Vivências Maternas no
Puerpério
Competências do Enfermeiro Obstetra**

Ana Cristina Gouveia Pereira



**Lisboa
2021**



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

**Nascimento do Segundo Filho: Vivências Maternas no
Puerpério
Competências do Enfermeiro Obstetra**

Ana Cristina Gouveia Pereira



Professor Orientador: Maria Anabela Ferreira dos Santos



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

o MEU puerpério do segundo filho:

Período em que percebes que és capaz de amar incondicionalmente dois seres;

Período em que reformulas o teu conceito de cansaço, e o tempo acelera;

Período em que geres birras com parentalidade positiva e *mindfulness*, enquanto tens a subida de leite;

Período em que amamentas, enquanto fazes a maior torre de *Legos* do Mundo, brincas as cavalitas, ou encontras
peças de puzzle perdidas debaixo do sofá;

Período em que retomas a especialidade com um recém-nascido e tens todo o apoio da equipa pedagógica e
colegas;

Período em que geres a tosse, o ranho e todas as maleitas de inverno;

Período em que recebes um telefonema da creche do filho mais velho a dizer que caiu, traumatizou a boca,
lascou um dente e tens que levar ao hospital;

Período em que geres os afetos do irmão mais velho e evitas que uma festinha se transforme num beliscão, puxão ou
apertão;

Período em que a nossa única avó é toda colo, presença e disponibilidade;

Período em que a amiga te deixa sopa feita e diz que fica de retaguarda;

Período em que ficas com um recém-nascido internado, enquanto o mais velho se deita sem o teu beijo de boa
noite;

Período em que rezas, e pedes que rezem por vós;

Período em que agradeço ao nosso pai;

Período em que mesmo vivendo um dia de cada vez, todos os dias sinto que não fiz/fui suficiente;

Período em que rio e choro, quase em simultâneo;

Período em que silenciosamente peço desculpa ao mais velho por não estar, ser ou fazer como d'antes;

Período em que aprecio o mais novo, e construo esta nova identidade materna;

Período de tanto que não cabe em nenhuma definição.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus filhos, Henrique e Ricardo.

Ao Henrique por me fazer mergulhar profundamente na parentalidade e assim ter a possibilidade de me reinventar como mulher, enfermeira e Pessoa.

Ao Ricardo por ser a variável em estudo deste tema, e a lente que precisava para olhar o puerpério.

Agradeço à minha mãe que foi sempre mais do que tudo o que precisei para cumprir este propósito.

Agradeço ao meu pai que vive dentro do meu coração.

Agradeço ao Márcio que foi a leveza, a descomplicação, a aceitação e amor de sempre.

Agradeço à minha amiga e colega de especialidade Filipa Piedade que foi presença imprescindível em muitas etapas.

Agradeço aos meus colegas de turma, parceiros nos desabafos, dificuldades e conquistas.

Agradeço à Ana Carolina, por relembrar o aqui e o agora que a vida merece. Para sempre.

Agradeço às minhas amigas, família do coração, pelas palavras que precisei de ouvir e pela ajuda prática que fui aprendendo a pedir.

Agradeço à minha chefe Enfermeira Alexandra que me facilitou um dos bens mais preciosos, o tempo.

Agradeço aos meus colegas de trabalho, pelas *trocas e baldrocas*!

Agradeço à Professora Isabel Serra por apoiar e orientar o meu caminho académico com aceitação, sabedoria e liberdade.

Agradeço à Professora Anabela Ferreira dos Santos, por me apaziguar, acolher e como sempre, orientar.

Agradeço a todos os profissionais que ao longo do tempo me permitiram refletir e desenvolver o meu ser como Enfermeira e como Especialista.

Agradeço às mulheres/casais que foram o meu *saber estar, saber fazer e saber ser* em todos os contextos.

Agradeço à vida esta viagem maravilhosa que tem sido descobrir-me e deixar-me ser no Mundo.

LISTA DE SIGLAS

ABCF – Auscultação dos batimentos cardíacos fetais

ACOG – American Congress of Obstetricians and Gynecologists

AM – Aleitamento Materno

CMESMO – Curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia

CSP – Cuidados de saúde primários

CTG - Cardiotocografia

DGS – Direção geral de saúde

EC – Ensino clínico

EESMO – Enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

IMC – Índice de massa corporal

MMF – Medicina materno fetal

NE – Narrativa Escrita

OMS – Organização mundial de saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

RS – Revisão scoping

SUGO – Serviço de urgência ginecológica e obstétrica

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde caracteriza o puerpério como um período de transição crítico e de vulnerabilidade materna e neonatal acrescidas. Os cuidados de saúde no pós-parto carecem de valorização e melhoria, sendo necessário adequar os diversos aspetos da sua prática, com o intuito de promover uma vivência familiar segura, sustentável e positiva. O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco define a necessidade de promover no puerpério cuidados de saúde promotores do “bem-estar físico, emocional e social da mulher/família/criança”. A transição para a parentalidade do segundo filho, apresenta-se como um processo desafiante, com características qualitativamente diferentes da experiência anterior. Durante este período, o ecossistema familiar sofre complexas transformações, sendo a mãe o elemento que experiencia maiores exigências. Norteada pela questão de pesquisa: “quais as vivências maternas no puerpério do segundo filho?”, foi realizada uma *scoping review*, que objetivou mapear o conhecimento já produzido sobre o tema. As vivências maternas no puerpério do segundo filho impõem a criação de um espaço emocional único para o novo membro da família, cuja consecução é acompanhada por desafios e dificuldades próprios. A teoria de médio alcance de Ramona Mercer, aprofunda as etapas de construção e desenvolvimento da identidade materna ao longo do tempo, através da aquisição de novas dimensões e competências. A expansão do papel materno acompanha a mulher em cada gestação e nascimento, redefinindo-se de acordo com os desafios de cada bebé, circunstâncias familiares e ambientais. As transformações sentidas pela mãe durante o puerpério do segundo filho podem ser intensas, exigentes e geradoras de stress, ansiedade ou depressão, impondo um esforço acrescido para que a mãe se adapte à nova realidade familiar. Para dar resposta à questão de pesquisa, foi realizado um estudo qualitativo, através da recolha da narrativa escrita das vivências maternas de 10 mães de segundo filho saudáveis, com mais de 18 anos, cuja gravidez, parto e puerpério decorreram sem complicações, e cujo recém-nascido nasceu de termo e saudável. A paisagem desenhada pelas descrições maternas durante o puerpério do segundo filho, objetiva que este assunto vai muito além das questões biológicas, envolvendo-se em múltiplos focos de atenção, que revestem de complexidade este tempo. Esta investigação tem como objetivo geral: apoiar a transição para a maternidade após o nascimento do segundo filho e como objetivos específicos: aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre as vivências maternas no puerpério do segundo filho, refletir sobre as competências gerais e específicas adquiridas no âmbito da especialidade e contribuir para a investigação no âmbito da disciplina da enfermagem nos domínios subjacentes à prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO).

A exploração desta temática, pode contribuir para que se subsidiem e galvanizem os cuidados de saúde à puérpera após o nascimento do segundo filho, respeitando a complexidade deste fenómeno familiar.

Palavras-chave: mãe de segundo filho; múltipara, maternidade, vivencia, pós-parto; pós-natal; puerpério

ABSTRACT

The World Health Organization characterises the puerperium as a period of critical transition and increased maternal and neonatal vulnerability. Health care in the postpartum period needs to be valued and improved, and the various aspects of its practice need to be adapted in order to promote a safe, sustainable and positive family life. The National Programme for the Surveillance of Low-Risk Pregnancy defines the need to promote health care in the puerperium that promotes the "physical, emotional and social well-being of women/family/child". The transition to parenthood of the second child is a challenging process, with qualitatively different characteristics from the previous experience. During this period, the family ecosystem undergoes complex transformations, and the mother is the element who experiences greater demands. Guided by the research question: "what are the maternal experiences in the puerperium of the second child?", a scoping review was conducted, which aimed to map the knowledge already produced on the subject. The maternal experiences in the puerperium of the second child impose the creation of a unique emotional space for the new family member, whose achievement is accompanied by its own challenges and difficulties. Ramona Mercer's middle range theory deepens the stages of construction and development of maternal identity over time, through the acquisition of new dimensions and skills. The expansion of the maternal role accompanies the woman during each pregnancy and birth, redefining itself according to the challenges of each baby, family and environmental circumstances. The transformations experienced by the mother during the puerperium of the second child may be intense, demanding and generate stress, anxiety or depression, imposing an increased effort for the mother to adapt to the new family reality. To answer the research question, a qualitative study was conducted through the collection of the written narratives of the maternal experiences of 10 healthy mothers of the second child, aged over 18 years, whose pregnancy, delivery and puerperium occurred without complications and whose newborn was born full-term and healthy. The landscape drawn by the mothers' descriptions during the puerperium of the second child, objectifies that this issue goes far beyond biological issues, involving multiple focuses of attention, which coat this time with complexity. This research aims to support the transition to motherhood after the birth of the second child and, as specific objectives, to deepen the theoretical and practical knowledge on maternal experiences during the puerperium of the second child, reflect on the general and specific skills acquired in the specialty, and contribute to research within the nursing discipline in the areas underlying the practice of the midwife.

The exploration of this topic may contribute to subsidising and galvanising health care to puerperae after the birth of the second child, while respecting the complexity of this family phenomenon.

Keywords: second time mother, multiparas, motherhood, experience, postpartum, postnatal, puerperium

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	13
1.1. Quadro Conceptual	13
1.1.1. Puerpério	13
1.1.2. Vivências maternas no puerpério de segundo filho	14
1.2. Referencial teórico de Enfermagem – Teoria de Consecução de Papel Maternal - Ramona T. Mercer	17
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	19
2.1. Revisão <i>Scoping</i>	19
2.1.1. Objetivo e questão de pesquisa	19
2.1.2. Critérios de inclusão e exclusão	20
2.1.3. Estratégias de pesquisa	20
2.1.4. Resultados da pesquisa	21
2.2. Recolha de dados: narrativa escrita	24
2.2.1. Apresentação dos dados	25
2.2.2. Discussão dos dados	29
2.3. Prática baseada na evidência – competências do EESMO no cuidar da mulher que vivência o puerpério do segundo filho	32
3. TRAJETO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE E DA ESPECIALIDADE	34
3.1. Cuida a mulher em idade fértil inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, no climatério e durante os períodos preconcecional e pré-natal	36
3.1.1. Planeamento familiar	37
3.1.2. Período preconcecional	38
3.1.3. Período pré-natal	38
3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do trabalho de parto	43
3.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no período pós-natal	51
3.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	54
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	57
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58

ANEXOS

Anexo I – Síntese do registo de atividades práticas

APÊNDICES

Apêndice I – Termos de pesquisa da revisão *scoping*

Apêndice II – Resultados da pesquisa na base de dados Academic Search Complete

Apêndice III – Resultados da pesquisa na base de dados CINHALL Complete

Apêndice IV – Resultados da pesquisa na base de dados MEDLINE Complete

Apêndice V – Fluxograma

Apêndice VI – Tabela de extração de resultados

Apêndice VII – Instrumento de colheita de dados -Narrativa escrita

Apêndice VIII – Consentimento informado

Apêndice IX – Panfleto: PAIS OUTRA VEZ E AGORA?

Apêndice X – Sessão de educação para a saúde: VAMOS PAIS OUTRA VEZ E AGORA?

Apêndice XI – Planeamento da sessão de educação para a saúde: VAMOS PAIS OUTRA VEZ E AGORA?

Apêndice XII – Panfleto: Contraceção Natural

Apêndice XIII – Jornal de aprendizagem – Hemorragia no pós-parto

Apêndice XIV – Certificado – Aconselhamento em Aleitamento Materno

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Apresentação dos dados obtidos através do instrumento de colheita de dados –
Narrativa escrita

INTRODUÇÃO

O plano de estudos do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), compreende a unidade curricular Estágio com Relatório cuja finalidade nos diversos contextos de aprendizagem pressupõe globalmente a aquisição, o aprofundamento e o desenvolvimento de competências gerais e específicas ao EESMO, descritas a nível nacional pelos respetivos documentos reguladores (Regulamento nº140/2019) (Regulamento nº 391/2019) e caracterizadas internacionalmente pela International Confederation of Midwives (ICM, 2019).

Além da formação avançada supracitada e de acordo com as orientações plasmadas no Decreto-Lei n.65/2018 de 16 de agosto, fica também este documento sujeito a apresentação e discussão públicas para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. O processo de aquisição e desenvolvimento de competências inerentes a este grau académico, transcende o próprio processo de aprendizagem especializada supracitado, acrescentando contributo, nos domínios da indagação, reflexão, julgamento, tomada de decisão e desenvolvimento da disciplina de Enfermagem.

A prestação de cuidados especializados à *mulher inserida na família/comunidade durante o período pós-natal* visando potenciar a saúde de todos os intervenientes e promover uma adaptação e transição positivas para a parentalidade são campo inequívoco de atuação do EESMO (Regulamento nº391/2019) (ICM, 2019). Na disciplina de enfermagem a investigação tem vindo a conquistar protagonismo, pelo que existem inúmeros campos de aprofundamento com interesse para o desenvolvimento da profissão. A seleção de um fenómeno significativo para o investigador, proporciona a motivação, envolvimento e energia essenciais à concretização de qualquer trabalho de investigação (Streubert & Carpenter, 2013). O nascimento do meu segundo filho, no final do segundo semestre da especialidade, revelou-se um acontecimento de grande impacto no meu percurso formativo. Viver a gravidez, o parto e em especial o puerpério enquanto multipara e futura EESMO despertou a minha reflexão sobre esta temática. Durante a gestação e principalmente após o nascimento do meu segundo filho, senti que muitos dos profissionais de saúde que me acompanharam ao longo desta vivência, me rotularam como: “*a que já sabe*”, “*a que não tem dívidas*”, “*a que já amamentou*”, “*a que já pariu*”, reduzindo o nascimento do meu segundo filho a uma mera repetição do meu passado materno. A verdade é que, apesar de *já*, ser mãe, senti *na pele*, novas vivências, emoções e acontecimentos que foram completamente mais desafiantes face à minha história anterior. A transição para a parentalidade do segundo filho, apresenta-se como um processo complexo e globalmente diferente face à experiência anterior de maternidade (Vivian, 2010). De acordo com o estudo de Chapman & Hart (2017), após o nascimento do segundo filho, as mães descreveram que as competências previamente adquiridas, eram insuficientes na gestão da nova realidade familiar.

Desta forma e como complemento à formação avançada supracitada, desenvolvi no âmbito da Unidade Curricular Opção II um projeto de investigação subordinado ao tema - **Nascimento do**

Segundo Filho: Vivências Maternas no Puerpério - Competências do Enfermeiro Obstetra. A reflexão sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem inerentes ao EESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2015), (Ordem dos Enfermeiros, 2018), (OMS, 2015), caracteriza de um modo transversal que a sua permanente demanda e atualização do conhecimento, contribuem não só para uma experiência de cuidados personalizada, positiva e segura, mas também para o empoderamento da classe profissional com consequentes ganhos qualitativos em saúde. Enquanto futura EESMO, pretendo através desta reflexão contribuir para desenvolver uma conduta específica e adequada às necessidades da mulher/casal/família que atravessa este momento, atuando como um elemento dinamizador e transformador das práticas existentes e promovendo o máximo potencial de saúde de todos os intervenientes. Tendo por base a articulação dos diversos territórios que abrigam a prática do EESMO, sinto que a exploração científica e a translação deste tema para a prática, me permitiram desenvolver um olhar mais concreto, incorporar novos conteúdos ao meu estar especializado e ampliar a minha visão, intuição e perícia profissionais face à vivência de cada mulher/casal/família. O presente documento sujeito a apreciação para a obtenção do título de especialista e discussão pública para a obtenção do grau académico de mestre, pretende caracterizar a investigação do tema supracitado, apresentar o percurso de aquisição de competências gerais e específicas inerente aos diversos campos de atuação do EESMO e apoiar a evolução e o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem. Como forma de dar resposta ao tema em investigação defini como objetivo geral para o presente relatório: apoiar a transição para a maternidade após o nascimento do segundo filho e como objetivos específicos: aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre as vivências maternas no puerpério do segundo filho, refletir sobre as competências gerais e específicas adquiridas no âmbito da especialidade, e contribuir para a investigação no âmbito da disciplina da enfermagem nos domínios subjacentes à prática do EESMO. O conteúdo deste relatório é sustentado numa narrativa reflexiva, cientificamente sustentada, organizado segundo as regras e normas orientadoras institucionais e explanada ao longo de sete capítulos principais, respetivamente: introdução, enquadramento teórico e conceptual, enquadramento metodológico, trajeto de aquisição de competências do grau de mestre e do título de especialista, considerações éticas, considerações finais e referências bibliográficas segundo as normas APA, 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1.1. Quadro Concetual

1.1.1. Puerpério

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), (2015) o puerpério ou pós-parto, corresponde a um período de transição crítico e de vulnerabilidade acrescida na experiência da maternidade. Além de significativas transformações biológicas, psicológicas e socioculturais para a mãe/bebe/família, compete aos pais durante este período, experimentar e desenvolver o papel parental, através de transformações profundas nos papeis e interações familiares. (Mazzo, Brito, Feitosa, Lima, Silva, 2018).

A falha de cuidados de saúde neste contexto corresponde a um aumento das taxas de mortalidade e morbilidade materna e infantil (OMS, 2015). O período pós-parto compreende o tempo desde o nascimento e as seis semanas subsequentes. De acordo com a sua duração este período pode classificar-se como imediato até às 24h após o parto, precoce até ao final da primeira semana após o parto, e tardio até às seis semanas após o parto (Ferreira, 2016).

Barateri & Natal (2019) demonstram através da sua revisão integrativa da literatura, que apesar de escassa, a evidência científica produzida sobre a saúde da mulher no puerpério tem vindo a aumentar por todo o Mundo nos últimos anos, como resposta às estratégias globais que visam a promoção e manutenção da saúde sexual e reprodutiva. É unânime a reflexão de que o cuidar em saúde no pós-parto carece de valorização e melhoria, sendo necessário adequar diversos aspetos da sua prática, com o intuito de promover uma vivência familiar segura, sustentável e positiva (Barateri, Natal, 2019).

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (Graça, 2015, p.78), define a necessidade de promover no puerpério o *“bem-estar físico, emocional e social da mulher/família/criança”*. De acordo com este programa, compete aos profissionais de saúde apreciar a qualidade das relações e a adaptação da família a esta nova realidade. Na assistência à mulher/casal devem considerar-se todas as informações, hábitos de vida, experiências anteriores, crenças e valores que permitam a construção de uma relação de parceria nas decisões e intervenções no âmbito do puerpério. A caracterização de um pós-parto saudável inclui não só o restabelecimento físico da mulher após a gravidez e o parto, mas também o seu bem-estar e recuperação emocional (Fryer, Weaver, 2014).

Durante este período complexo, compete aos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados, desenvolver processos de educação em saúde e estratégias de resolução positivas que capacitem a mulher/casal/família não só a identificar sinais e sintomas de risco clínico para si e/ou para o recém-nascido (RN), mas também a desenvolver expectativas realistas promotoras de uma vivência positiva do pós-parto (Aston et al, 2015) (Walker, Rossi, Sander, 2019).

A evidência científica consultada, indica que os cuidados prestados à mulher/casal durante este período, centram-se essencialmente em temas específicos, tais como: o aleitamento materno, os cuidados ao RN e o planeamento familiar, havendo pouco enfoque nas questões relativas à saúde integral da mulher (Mazzo, Souza, Gama, 2012) (Barateri, Natal, 2019). Algumas das barreiras documentadas pelas mulheres durante a vigilância da sua saúde no pós-parto, incluem o enfoque na saúde da criança, a falha/ausência de transmissão de informação considerada pertinente para cada família/contexto e a qualificação e diferenciação dos profissionais de saúde que acompanham o puerpério (Correa et al, 2017) (Barateri, Natal, 2019).

Durante o pós-parto as mulheres valorizam que os profissionais de saúde estabeleçam uma relação empática e bilateral que permita acolher, compreender, apoiar e validar as suas reais necessidades e angústias, ao invés da tradicional abordagem tipo que não legitima as transformações profundas da mulher/casal/família neste período singular (Corrêa, Feliciano, Pedrosa, Souza, 2017).

A revisão sistemática da literatura elaborada por Walker, Rossi & Sander (2019), refere que uma transição positiva para a maternidade durante o puerpério é fortemente influenciada pela relação entre a mulher e a sua *midwife*, e pelo apoio diferenciado, face às suas necessidades específicas neste período.

A investigação desta realidade permite não só documentá-la, mas também identificar fatores de risco e projetar ações em saúde que promovam uma transição integral, segura e positiva para a parentalidade da mulher/casal (Andrade et al, 2017). A translação do conhecimento científico para a prática de enfermagem, permite delinear intervenções concertadas e direcionadas para uma determinada realidade familiar, contribuindo não só para minimizar os problemas de saúde no pós-parto, mas também melhorar globalmente a qualidade dos cuidados em saúde durante este período (Hung, 2007).

A regulação nacional e internacional das competências atribuídas ao EESMO, determina a assistência à mulher inserida na sua família e comunidade, ao longo de todo o seu ciclo reprodutivo (Regulamento nº140/2019) (Regulamento nº 391/2019) (ICM, 2019). A mulher assume assim o protagonismo, uma vez que além de beneficiária, é caracterizada como parceira e interveniente nos processos de saúde/doença relacionados com a prática ginecológica e obstétrica.

O período pós-parto, constitui um domínio específico de atuação do EESMO, que detém no exercício da profissão a capacidade e responsabilidade de desenvolver intervenções autónomas e/ou interdependentes que potenciem a saúde da puérpera, do RN e apoiem ativamente os processos de transição para a parentalidade. A abordagem do EESMO à mulher que vivencia o pós-parto deve considerar aspetos individuais, relacionais e ambientais, respeitando assim as necessidades e contextos específicos de cada mulher/família.

1.1.2. Vivências maternas no puerpério de segundo filho

A família define-se através de um conjunto de normas, práticas e valores que determinam a construção social e institucional deste conceito. Cada família assume a sua singularidade pela experiência de relações únicas e íntimas, fundadoras da identidade e individualidade (Biroli, 2014).

A paridade consiste no termo técnico usado em obstetrícia para definir o número de gestações cujo feto atingiu a viabilidade fetal. De acordo com sua classificação as mulheres podem ser consideradas nulíparas – se não concluíram nenhuma gravidez em que o(s) feto(s) atingisse(m) viabilidade fetal –, primíparas – se completaram uma gestação cujo(s) feto(s) atingiram a viabilidade fetal –, e múltiparas se completaram duas ou mais gestações até ao momento da viabilidade fetal (Lowdermilk, 2008). O nascimento do segundo filho pode definir-se como um processo de transformação qualitativamente diferente da experiência vivenciada aquando do nascimento do primeiro filho (Esteves, Sonogo, Lopes, Piccinini, 2013) uma vez que, cabe ao casal, assumir o papel de pais de dois filhos, diferenciando e especificando as suas características e competências parentais (Pereira, Piccinini, 2007).

A influência da paridade na ocorrência de problemas específicos no pós-parto tem sido parcamente estudada (Martínez-Galiano, Hernández-Martínez, Rodríguez-Almagro, Delgado-Rodríguez, Gómez-Salgado, Gómez-Salgado, 2019), contudo um dos primeiros estudos sobre esta temática (Adams, 1985), demonstrou que as famílias não tinham plena consciência da profunda transformação que o nascimento de um segundo filho detém nas interações, relações, tarefas e responsabilidades familiares.

De um modo geral, a literatura científica consultada evidencia que durante esta transição as relações familiares pré-existentes aumentam e aprofundam a sua complexidade e sofisticação, sendo a tríade mãe-criança-recém-nascido considerada como a mais afetada (Piccinini, Pereira, Marin, Lopes, 2007) (Oliveira, Lopes, 2010). A ampliação do sistema familiar impõe a redefinição de novas competências, identidades e regras familiares, com eco na saúde física, psíquica e emocional de todos os intervenientes (Pereira, Piccinini, 2007). Este acontecimento singular, nodal e expansivo, com características qualitativamente diferentes do nascimento do primeiro filho, apresenta-se desta forma como gerador de desequilíbrio no sistema familiar pré-existente (Dessen, 1997). Não obstante os reajustes familiares supracitados, a produção científica consultada caracteriza a mãe como o elemento que experiencia maior sobrecarga durante este período (Rodrigues & Rebelo-Botelho, 2020). Contudo, a crença de que uma mãe experiente necessita de menos apoio social e profissional, após o nascimento do segundo filho, encobre o quão desafiante e disruptiva pode ser esta vivência para determinada mulher/casal/família (Reddy, 2012) (Nadia, Parvaneh, Amal, Nahid, 2020).

A transição para a maternidade no segundo filho impõe a criação de um espaço emocional materno único para o novo membro da família, caracterizado por desafios e dificuldades singulares (Vivian, 2010). A mãe de segundo filho, deve permitir-se viver integralmente todas as etapas inerentes à gestação, nascimento e puerpério, uma vez que é destas experiências que irá emergir um espaço

físico e afetivo próprio, para o novo membro da família (Esteves et al, 2013). O aumento da paridade contribui para um empobrecimento na qualidade de vida da mulher no pós-parto, com impacto negativo na sua saúde física, mental e emocional (Singh, Kaur, Singh, 2015). As transformações sentidas pela mãe durante o puerpério do segundo filho podem ser intensas, exigentes e geradoras de stress, ansiedade ou depressão, face à experiência de maternidade anterior, exigindo um esforço acrescido para que a mãe cuide e se sintonize com o seu novo bebé e se adapte à nova realidade familiar (O'Reilly, 2004). Ao longo da gravidez do segundo filho a mãe vivência um acréscimo de preocupação sobre a forma como o primeiro filho irá reagir ao nascimento do irmão. Durante o puerpério a mãe pode sentir face à relação com o filho mais velho, sentimentos de culpa, sensação de incumprimento quanto ao seu papel e diminuição de manifestações amorosas (Esteves et al, 2013). A qualidade e a quantidade da relação e interação da mãe com o primeiro filho estão condicionadas pela chegada do novo membro da família (Kojima, Irisawa, Wakita, 2005). As mudanças na díade mãe-primogénito são significativas e recíprocas, e caracterizam-se pelo aumento do exercício da disciplina e diminuição dos momentos de afeto entre mãe e filho (Volling, 2012). O primogénito pode desenvolver alterações ao seu comportamento habitual tais como: regressão em alguns marcos do desenvolvimento, ansiedade e agressividade. Características como a idade, o género o intervalo de tempo entre os irmãos, podem influenciar o padrão e a intensidade das alterações comportamentais manifestadas (Kojima et al, 2005). Contudo nem sempre surge um comportamento disruptivo por parte do irmão mais velho, podendo este reagir em oposição ao descrito anteriormente com presença, ajuda e afeto pelo novo membro da família (Volling 2012).

As multíparas apresentam durante o pós-parto uma constelação de preocupações específicas, que incluem a falta de tempo para o processo de vinculação (Nadia et al, 2020), a gestão das tarefas domésticas e da nova dinâmica familiar (Hung, 2007), os cuidados ao primeiro filho e transformações no relacionamento conjugal (Nadia et al 2020). Este tempo de transição vivenciado pela mãe, é fortemente influenciado por fatores que transcendem as vivências do núcleo familiar, sendo o tipo de apoio proporcionado na comunidade, quer pela família alargada/pessoas significativas, quer pelas instituições ou profissionais de saúde um fator determinante a uma experiência positiva (Pereira, Piccinini, 2007) (Barnes, 2013).

O puerpério do segundo filho, representa para a mãe e tal como descrito, uma experiência significativamente complexa, com uma pluralidade de focos de intervenção decisivos a uma vivência positiva e segura (Rodrigues, Rebelo-Botelho, 2020). Com frequência as mães/casais multíparos sentem falta de apoio, uma vez que as intervenções em saúde durante a gravidez e o pós-parto, detém o seu enfoque e são habitualmente desenvolvidas para habilitar a mãe/casal de primeira vez (Nadia, Parvaneh, Amal, Nahid, 2020).

Quanto mais apoiada a mãe se sentir, mais capacitada estará para se dedicar aos cuidados ao segundo filho, e atravessar as exigências da reorganização familiar (Pereira & Piccinini, 2007). A reflexão profissional e a consequente produção científica sobre as vivências maternas durante o

puerpério do segundo filho, podem contribuir para resignificar o paradigma dos cuidados de enfermagem e dos profissionais de saúde chamados a intervir neste tempo de transição e construção familiar.

1.2. Referencial teórico de Enfermagem – Teoria de Consecução de Papel Maternal - Ramona T. Mercer

De acordo com a Teoria de médio alcance de Consecução do Papel Maternal de Ramona Mercer existe um processo de transformação pessoal, em que através da interação com o bebé, a mulher desenvolve confiança nas suas competências e apetências maternas, construindo assim a sua identidade/papel materno (Mercer, 2004).

Mercer (2004) abordou quatro conceitos globais no seu modelo: a enfermagem, a pessoa, a saúde e meio ambiente. Pela proximidade, o enfermeiro representa o profissional de saúde mais apto a contribuir de forma positiva para o desempenho das competências parentais, influenciando desta forma a curto, médio e longo prazo a saúde da família ao longo do seu ciclo de vida (Meighan, 2004). A pessoa afigura-se na mulher que pela idealização, execução, adaptação e interiorização desenvolve a sua identidade (Mercer, 2004). A consecução do papel maternal é um processo que se divide em quatro etapas sucessivas de progressão que passo a descrever: a *antecipativa* relacionada com os ajustes psicológicos e sociais decorrentes da gravidez e a fantasição sobre o papel de mãe; a *formal* que se inicia ao nascimento e se desenvolve através da aprendizagem e desempenho concreto do papel, esta fase é orientada pelas expectativas dos outros; a *informal* que inclui as estratégias pessoais da mãe para lidar com os desafios do papel, nesta fase a mulher adapta o seu papel de acordo com as suas experiências anteriores, e objetivos futuros; e por último a fase *pessoal* que corresponde à interiorização do papel através de sensação de bem estar capacitação confiança no seu desempenho (Meighan, 2004). A validação social do seu desempenho, gera uma concordância entre si e a sua capacidade de dar resposta aos desafios inerentes à maternidade (Mercer, 2004). O conceito de saúde, engloba as perceções, conceitos e expectativas de saúde considerados pela mãe e pelo pai, bem como o estado real de saúde do bebé. O estado global de saúde da família é negativamente influenciado pela presença de stressores e condiciona a qualidade das relações familiares (Meighan, 2004). Por último o conceito de meio ambiente verifica que o desenvolvimento do papel maternal acontece pela acomodação mútua da pessoa em desenvolvimento, aos fatores, relações e diversos cenários existentes (Meighan, 2004). A identidade materna, desenvolve-se, portanto, ao longo do tempo, expandindo e adquirindo novas dimensões e competências. Transforma-se a cada nova gravidez, nascimento e etapa do desenvolvimento infantil de acordo com as características e necessidades de cada filho (Mercer, 2004). A expansão do papel maternal acompanha as mulheres que vivem gestações e nascimentos subsequentes, redefinindo-se de acordo com os desafios únicos inerentes à individualidade de cada bebé e circunstâncias familiares e do ambiente (Mercer, 1994). O estudo e aprofundamento da teoria

de consecução do papel maternal, pode contribuir para nortear as práticas dos profissionais de saúde responsáveis pela vigilância e promoção da saúde da mulher/família, delineando uma prática de cuidados personalizada, qualificada e sustentada na melhor evidência científica (Cabrera, 2018). A aplicabilidade deste modelo teórico no âmbito do pós-parto contribui de forma positiva na assistência à díade e família. Compete aos profissionais de saúde promover e acompanhar o desenvolvimento desta interação, despistando e atuando em eventuais desvios ao seu *normal* desenvolvimento (Barker, O'Neal, Van Sell, 2017). Uma vivência satisfatória do papel maternal contribui para: um forte vínculo entre a mãe e o RN, uma dinâmica familiar equilibrada, uma progressiva sensação de confiança e autoestima, redução nos sinais e sintomas de depressão pós-parto e no risco de negligência materna, melhoria na saúde física e emocional do bebé, aumento do tempo de aleitamento materno e respostas maternas adequadas às necessidade do RN (Baker et al, 2017). O êxito na transição para a maternidade do segundo filho pode de forma abreviada resumir-se a uma aceitação materna da sua nova identidade como mãe de duas crianças (Walz, Rich 1983).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1. Revisão *Scoping*

De acordo com a International Confederation of Midwives (2019), (2021), é atribuído ao enfermeiro um papel determinante na melhoria e mudança global dos cuidados, contextos e políticas de saúde, através da mobilização e translação contínua da melhor evidência científica disponível. A integração das experiências profissionais previamente adquiridas, às necessidades individuais de conhecimento são por isso catalisadoras de novas formas de ser, estar e cuidar em Enfermagem (Brower, Nemec, 2017). Compete ao enfermeiro especialista escrutinar e identificar a melhor evidência disponível, com o intuito de fundamentar as suas tomadas de decisão, nortear a sua conduta e transformar os contextos de saúde em que atua (Regulamento n.º 140/2019). O desenvolvimento de competências comuns e específicas inerentes a uma praxis avançada é condição *sine qua non* para a qualificação regulamentada com evidente contributo na progressão e desenvolvimento da profissão (Regulamento n.º 140/2019) (Regulamento nº 391/2019). A elaboração do presente relatório, clarifica os contornos do desenvolvimento académico, profissional e pessoal desenvolvidos, objetivando a translação do conhecimento adquirido e a mobilização da evidência científica mais atual e pertinente através de uma Revisão *Scoping* (RS) que seguiu a metodologia proposta pelo The Joanna Briggs Institute (JBI, 2020). A realização deste tipo de revisão da literatura, tem por objetivo mapear a literatura existente sobre determinada questão, através de um processo organizado, transparente e sistemático (Armstrong, Belinda, Hall, Doyle, Waters, 2011). De acordo com (Peters et al, 2017), é de extrema relevância a elaboração de um protocolo prévio à RS, onde se definem objetivos, metodologia, critérios de inclusão e exclusão, dados relevantes e sua forma de extração, com o objetivo de garantir a transparência e replicação da revisão. Inicialmente e no âmbito da Unidade Curricular Opção foi desenvolvido um projeto que determinou o percurso a desenvolver na abordagem da temática em estudo. O *background* foi delineado através de uma pesquisa primária e aprofundada da literatura, sobre as questões inerentes às *vivências maternas no puerpério do segundo filho*. Na construção e condução cronológica dos processos de aprendizagem inerentes a este percurso, foram repetidas três pesquisas seguindo a metodologia supracitada, sendo a última realizada em agosto de 2021.

2.1.1. Objetivo e questão de pesquisa

A presente RS teve como título - *As vivências maternas no puerpério do segundo filho: uma revisão scoping*, e como objetivo, identificar o conhecimento científico pré-existente sobre esta temática. Inicialmente foi formulada a questão de investigação: “Quais as vivências maternas no puerpério do segundo filho?” com base na mnemónica de referência da JBI (2020), PCC – População, Conceito e Contexto. Considerei a população (P), mães saudáveis cuja gestação culminou no nascimento de segundo filho saudável, relativamente ao conceito (C), considerei todos os estudos que

refletissem as vivências maternas, e quanto ao contexto (C), considerei o período de puerpério após a alta hospitalar.

2.1.2. Critérios de inclusão e exclusão

Para determinar os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, tipos de estudo, língua e ano da publicação, foi feita uma revisão prévia da literatura existente, de onde emergiram os seguintes determinantes: como participantes foram incluídas todas as mães maiores de 18 anos e saudáveis, cuja gestação culminou no nascimento do segundo filho de termo, também ele saudável; foram incluídos todos os estudos de pesquisa primária, quantitativa ou qualitativa, bem como revisões sistemáticas da literatura, meta-análises ou meta-sínteses escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, existentes em *full text*. No que concerne ao ano de publicação e face à diminuta evidência referente ao tema em estudo, não foi determinado nenhum limite temporal para a pesquisa que se apresenta.

2.1.3. Estratégias de pesquisa

A estratégia de pesquisa e tal como concretizado pela JBI (2020), repartiu-se por três etapas distintas. Num primeiro momento, a pesquisa inicial foi realizada no Google Académico e nas três bases de dados: Academic Search Complete, CINAHL Complete e MEDLINE Complete da plataforma EBSCOhost utilizando as palavras chave provenientes da linguagem natural: *second time mother*, *múltiparas*, *motherhood*, *experience*, *postpartum*, *postnatal*, *puerperium*. Seguidamente foi feita uma análise do título e resumo dos artigos identificados, com o objetivo de definir os termos de indexação, e respetivos critérios de inclusão já mencionados. Para as duas bases de dados foram feitas diversas simulações de pesquisa com o objetivo de testar, refinar e identificar a melhor estratégia de mapeamento da literatura. Num segundo momento procedeu-se a uma pesquisa nas bases de dados Academic Search Complete, CINAHL Complete e MEDLINE Complete recorrendo a todos os termos de indexação considerados (Apêndice I) e à sua combinação através dos operadores booleanos [OR], e [AND]. Posteriormente foi feita a conjugação de todas as pesquisas dos descritores através do operador booleano [AND] e refinada a pesquisa com limitador de texto integral. Destas intersecções resultaram 76 artigos na base de dados Academic Search Complete (Apêndice II), 137 artigos na CINAHL Complete (Apêndice III), e 596 artigos na MEDLINE Complete (Apêndice IV). Após a extração manual dos documentos duplicados nas três pesquisas, foi realizada a leitura dos títulos e resumos, e selecionados 52 documentos para análise integral, face à pertinência para o tema em investigação. A terceira e última etapa da pesquisa, concretiza a verificação da lista de referência bibliográfica dos artigos apurados, com o intuito de expandir, explorar e recolher novos contributos para a atual revisão. Desta observação foram identificados 4 artigos adicionais, pertinentes ao estudo da temática. No Apêndice V, encontra-se detalhada e sistematizada a estratégia de pesquisa supracitada, através de um fluxograma PRISMA (adaptado) preconizado pelo JBI *Reviewer's Manual*,

(Peters et al, 2017). Importa concretizar que no total foram selecionados **12** artigos, para análise e mapeamento através da sua documentação numa tabela de extração de dados (APENDICE VI), tal como preconizado numa RS. Este instrumento de registo é dinâmico e foi construído de acordo com a seguinte organização: título, autor(s), data e país de origem da publicação, tipo de estudo, objetivos/fenómenos de interesse, amostra, metodologia e principais resultados sobre as vivências maternas no puerpério. Os achados da pesquisa considerados relevantes são seguidamente apresentados, com o intuito de caracterizar os resultados dos diversos autores e objetivar o estudo e desenvolvimento da temática em campo, complementando o enquadramento teórico previamente refletido.

2.1.4. Resultados da pesquisa

A investigação clínica em enfermagem, pauta-se não só pela construção e aquisição de conhecimento científico, mas também pela sua translação para a prática clínica, com claros contributos no progresso e advento da disciplina de Enfermagem. A aquisição de competências inerentes ao grau de Mestre harmoniza e consubstancia a diferenciação inerente ao EESMO, que através de um pensamento inovador, desenvolve formas de intervenção pertinentes, qualificadas e centradas nas reais necessidades de cada família. Desta forma partilho, seguindo uma orientação cronológica os achados da pesquisa relevantes ao estudo, aprofundamento e melhoria dos cuidados à mulher/família no puerpério do segundo filho. O estudo de Krieg (2007), clarifica que a vivência da maternidade do segundo filho não é mais fácil, e representa um período de transição familiar com desafios próprios. Dos questionários aplicados durante a gravidez e pós-parto, verificou-se que as mães de segunda vez, não se sentem mais capacitadas a cuidar do segundo filho, e apresentam maiores níveis de stress parental no pós-parto. Para as mães de segundo filho, os aspetos positivos da relação conjugal diminuem com o passar do tempo, e há um acréscimo nas tarefas e responsabilidades familiares maternas. As diferenças na adaptação materna entre primíparas e múltiparas após o nascimento de uma criança, foram estudadas por Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro (2009). Os resultados deste estudo quantitativo validam a existência de percursos adaptativos distintos ente primíparas e múltiparas, e evidenciam na múltipara, um aumento progressivo de emoções negativas (tristeza/raiva) e uma diminuição da sensação de felicidade e satisfação conjugal ao longo do tempo. Figueiredo & Conde (2011), através do seu estudo quantitativo, clarificam que os casais que esperam o segundo filho, apresentam comparativamente aos casais nulíparos, mais sintomas de ansiedade e depressão durante a gravidez e até aos 3 meses após o parto. A transição para a parentalidade no segundo filho é caracterizada por um ajuste psicológico único e singular que carece de intervenções em saúde específicas em resposta a esta vivência. A comparação dos fatores de stress no pós-parto entre a primípara e a múltipara foi caracterizada pelo estudo quantitativo de Salari, Nazari, Mazlom, Ghanbari Hashem Abadi, (2013), do qual emerge a noção de que os fatores de stress para a primípara e múltipara no puerpério são diferentes, sendo o banho do RN e a lombalgia os stressores major

identificados neste estudo, para cada grupo de mães, respetivamente. A caracterização do apoio social no pós-parto, evidencia um empobrecimento quando avaliado pelo grupo de múltiparas. De acordo com o estudo correlacional de Salonen et al, (2014) existe maior dificuldade para os enfermeiros em prestar cuidados holísticos às múltiparas, uma vez que as suas necessidades de apoio durante o pós-parto vão muito além das informações habituais e cuidados ao RN manifestadas pelas primíparas. Os desafios sentidos pelas múltiparas no pós-parto, prendem-se com a atribuição de um novo significado ao cuidar de mais do que um filho, ao modo como podem envolver os restantes elementos da família e à forma como podem construir positivamente uma nova identidade materna. Esta jornada deve ser reconhecida e suportada pelas pessoas significativas, profissionais de saúde e comunidade. Neste estudo o grupo de múltiparas observado considera o apoio prestado pelos enfermeiros durante o pós-parto imediato, como reduzido e insuficiente quando comparado com a avaliação das primíparas a este indicador. Uma grande diferença de idades entre a criança anterior e a recém-nascida, parecem predispor a múltipara a sentimentos de insegurança e confusão, quando confrontadas com a mudança do seu papel no pós-parto.

O estudo quantitativo levado à cabo por Sockol & Batle (2015), demonstra que as múltiparas relataram níveis inferiores de satisfação conjugal, e apoio social. O estudo verificou, que quando comparadas com as primíparas, as múltiparas têm maior risco de desenvolver depressão e ansiedade no pós-parto. Contudo, este estudo também considerou que a experiência materna anterior proporcionou crenças realistas sobre esta vivência e foi facilitadora do processo de aquisição de competências práticas no pós-parto. A gestão necessária para equilibrar as necessidades de vários filhos dentro de uma família, surge como um fator gerador de stress emocional, exigindo que durante o pós-parto, se construam estratégias familiares globais mais adaptativas. As perceções maternas sobre si própria e sobre as reações do primeiro filho após o nascimento do segundo, foram exploradas por Chapman & Hart (2017) através de uma simulação laboratorial de cuidados maternos no pós-parto. Os resultados deste estudo qualitativo validam a apreensão materna na transição para a maternidade do segundo filho, e evidenciam as suas preocupações face ao impacto nas relações, dinâmica, competências e papéis familiares após a adição de um novo elemento. As mães relatam que após a experiência vivenciada no âmbito do estudo, adquiriram uma maior consciência e empatia relativamente aos comportamentos, reações e desafios experimentados pelo primeiro filho. A possibilidade de experienciar previamente este papel, foi considerada pelas mães como uma estratégia positiva na observação e validação das suas competências. O estudo de Bassi et al, (2017) verificou que as múltiparas demonstravam mais autoaceitação e menos controlo do ambiente comparativamente às primíparas. A chegada de um RN não alterou significativamente o papel materno previamente estabelecido, uma vez que a grande transformação neste sentido se deu após o nascimento do primeiro filho. Quanto ao domínio ambiental, as múltiparas referiram uma menor capacidade de realizar essa gestão, comparativamente à vivência após o nascimento do primeiro filho. Além da mudança exponencial nas rotinas diárias e no relacionamento entre parceiros e familiares comuns a todas as

mães que vivenciam o pós-parto, existem demandas adicionais para as múltiparas que enfrentam uma organização familiar mais complexa e exigente. Apesar dos desafios descritos, o nascimento do segundo filho, trouxe consigo uma maior satisfação para as múltiparas, uma vez que serviu de confirmação e validação das competências e habilidades maternas pré-existentes. Este estudo reflete que a experiência de maternidade anterior dotou as mulheres de recursos e estratégias psicológicas para lidar com os desafios inerentes à chegada de um RN, sem interferir negativamente no seu bem-estar psicológico. Ficam, contudo, por aprofundar a resposta materna aos contextos, social, ambiental e clínico. De acordo com a investigação de Canário & Figueiredo (2017), os casais múltiparos apresentam no período entre os 3 e os 30 meses após o parto mais sintomas de ansiedade e depressão do que os casais primíparas. As mulheres múltiparas são ainda quem evidencia o maior aumento destes sintomas no respetivo período. O estudo quantitativo de Silva, Demitto, Agnolo, Torres, Carvalho, Pelloso (2017), reforça a noção da multiparidade como fator de risco para a ocorrência de sintomas de depressão, fadiga e raiva para a mulher no pós-parto. O estudo prospetivo de Mori, Tsuchiya, Maehara, Iwata, Sakajo, Tamakoshi, (2017) caracterizou para as mães japonesas, e contrariamente ao objetivado até aqui, que as primíparas têm maior dificuldade em prever e antecipar os desafios do pós-parto manifestando índices superiores de fadiga e maior risco de depressão neste período. Os achados documentados evidenciam que o grupo de primíparas não está preparado para antever o impacto global da vivência do pós-parto, (cuidados ao RN, privação de sono, sobrecarga diária e fadiga emocional). O grupo de múltiparas estudado apresentou maiores níveis de confiança e satisfação, como consequência positiva de uma experiência anterior de maternidade.

O estudo quantitativo e correlacional de Doi et al (2021), estudou a influência da paridade e da idade das crianças sobre a eficácia materna, a perceção de apoio social, e os sintomas de ansiedade e de depressão durante os 6 meses após o parto de 561 mães canadianas. Este estudo evidencia novamente o grupo de mulheres múltiparas como mais eficazes no papel materno, e menos predispostas ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão. Este estudo perspetiva que a ocorrência de sintomas depressivos ou ansiedade na múltipara, são potenciados pela ausência de apoio/preparação adequados à realidade familiar, com impacto negativo nos conceitos de autoeficácia e individuação materna. Importa aqui refletir, que o olhar sobre a temática em estudo face à evidência enunciada, é disperso e com enfoque diminuto na transição para a maternidade no segundo filho. O conceito de multiparidade assumiu por isso o protagonismo na senda da caracterização da vivência materna após o nascimento do segundo filho, uma vez que poucos são os estudos que objetivam esta realidade. Da observação e reflexão proporcionadas pela revisão primária e pela RS, compreende-se que este tempo único, apresenta uma pluralidade de desafios, com eco em diferentes dimensões do estar materno. A par da experiência materna pessoal e única, os achados da evidência científica objetivam que durante este período, a vivência materna do puerpério do segundo filho é acompanhada de transformações em diversas áreas que condicionam a transição para a parentalidade do segundo filho. Com o intuito de explorar esta temática em campo e após análise, julgamento e reflexão críticas

sobre a literatura consultada, categorizei os domínios que influenciam a vivência materna no puerpério do segundo filho nas dimensões pessoal, física, emocional, ambiental, social relacional e clínica. O desenvolvimento desta temática à luz do âmbito de atuação do EESMO é um compromisso que se inicia desde o período pré-natal, em que através do reconhecimento de determinada realidade familiar, o EESMO se emparceira e favorece intervenções e processos responsáveis por uma transição positiva à parentalidade do segundo filho. A minha reflexão pessoal sobre as competências do EESMO, acredita e verifica que em todos os seus domínios de atuação, é o seu olhar provido de reflexão e conhecimento, que contribui para individualizar a sua práxis, estabelecer planos de cuidados diferenciados e processos de educação para a saúde pertinentes.

2.2. Recolha de dados: narrativa escrita

Como forma de responder à questão de pesquisa previamente formulada optei por realizar um estudo de abordagem qualitativa, com o intuito de compreender e explorar holisticamente as vivências maternas no puerpério após o nascimento do segundo filho, uma vez que “a investigação qualitativa centra-se no modo como os seres humanos interpretam e atribuem sentido à sua realidade subjetiva” (Vilelas, 2017, p.202). A estratégia de narrativa escrita, é uma ferramenta poderosa e um meio eficaz na abordagem qualitativa da compreensão da experiência humana, pois permite que os participantes reflitam no que desejam partilhar, recontem e reconheçam as suas vivências (Streubert, Carpenter, 2013). O objeto de estudo da pesquisa narrativa são as histórias contadas ou escritas, que objetivam aceder e entender a experiência humana vivida. Através de uma narrativa pessoal, o indivíduo é percebido na relação consigo próprio e na relação com o seu contexto, determinando-se a sua experiência como o fenómeno de investigação. A abordagem da narrativa, não se limita a um instrumento tipo de colheita de dados fechado, uma vez que a complexidade dos panoramas investigados, demandam ao investigador criatividade na forma de aceder e compreender a experiência humana. (Clandinin, Connelly, 2011). Importa salientar que este tipo de pesquisa pela sua profundidade e abrangência solicita ao investigador que apesar do seu foco e objetivo iniciais, este se proponha a uma reflexão contínua, uma vez que a partilha narrativa dos participantes pode contribuir com outras perspetivas dando um novo rumo à investigação (Clandinin, Connelly, 2011). A diminuta produção científica produzida sobre o tema em investigação aqui objetivada, contribuiu para que durante a elaboração do instrumento de colheita de dados da narrativa escrita (APÊNDICE VII), sentisse necessidade de estabelecer um domínio sem atribuições, que designei por dimensão pessoal. Este campo, pretendeu estabelecer um espaço e momento narrativo, onde de forma livre a mãe de segundo filho, pôde explorar, o que foi para si este período, acrescentando novos aspetos que possam não só adentrar o tema, enriquecer a prática de cuidados no pós-parto, mas também subsidiar novos desenvolvimentos na disciplina de Enfermagem. O instrumento elaborado para a colheita de dados, pretendeu não só suscitar a partilha própria (dimensão pessoal) da vivência materna durante o puerpério do segundo filho, mas também clarificar outras dimensões deste período (física, emocional,

ambiental, social, relacional e clínica) já caracterizadas pela literatura. A seleção dos participantes foi *intencional*, uma vez que este tipo de amostra permite a escolha de indivíduos, cuja narrativa pode contribuir com o máximo de informação para a compreensão do fenómeno em estudo (Streubert, Carpenter, 2013) (Vilelas, 2017). De acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, os participantes foram as mães de segundo filho saudáveis, com mais de 18 anos, cuja gravidez, parto e puerpério decorreram sem complicações, e cujo recém-RN nasceu de termo e saudável. Ao longo dos diversos contextos de aprendizagem selecionei 10 mulheres que se enquadravam nos critérios definidos. Decidi aplicar o instrumento de colheita da narrativa escrita fora do contexto de ensino clínico (EC), através do contato por email, pela limitação temporal à sua aplicabilidade em campo, pelo desfasamento da vivência materna face ao período em estudo, e pela comodidade para as mães de segundo filho na gestão da sua participação num tempo tão exigente. Esta decisão permitiu-me aproveitar os contextos de aprendizagem para estabelecer com as participantes, uma relação rica em escuta, proximidade, empatia e confiança, indispensável ao acolhimento e partilha da sua narrativa escrita pessoal *à posteriori*. O tempo de EC foi ainda essencial ao proporcionar tempo para justificar, esclarecer e elucidar as mães de segundo filho sobre a pertinência do tema em investigação e assim obter o seu consentimento livre, informado e esclarecido (Apêndice VIII). A exploração da temática foi norteada a cada etapa, pela realização de projetos de aprendizagem com objetivos e atividades próprios, e desenvolvida através da análise, reflexão e avaliação das competências adquiridas com todos os intervenientes no meu percurso formativo.

2.2.1. Apresentação dos dados

“Não existe um único estilo de comunicar os resultados de uma investigação qualitativa” (Sandelowski, 1998, p.376). Nesta etapa, compete ao investigador qualitativo, recordar a finalidade do seu estudo, com o intuito de selecionar a qualidade e a forma dos dados a apresentar. A orientação do investigador, passa pela compreensão e interpretação da narrativa escrita, de forma a representar e iluminar o fenómeno em estudo. “A análise de dados pode ser descrita como o coração da investigação qualitativa”, “em que o investigador tem a oportunidade de colocar em palavras as suas conceptualizações das experiências partilhadas” (Streubert, Carpenter, 2013, p.52). Desta forma, e em resposta à subjetividade e cariz exploratório do tema, irei apresentar os dados obtidos, na forma de citações formais, obtidas pela reflexão escrita das participantes sobre a sua experiência. A identificação da narrativa escrita foi feita através da sigla (NE) e numerada de acordo com a ordem de cronológica de participação, com o intuito de sustentar e garantir a confidencialidade e anonimato de todas as participantes.

Tabela 1 – Apresentação dos dados obtidos através do instrumento de colheita de dados – Narrativa escrita

Dimensão pessoal	NE1: “O pós-parto do segundo filho foi mais difícil”; “eu não estava preparada”; NE2: “Foi muito diferente”; “um grande desafio”; NE3: “Exigente”; “tempo muito solitário”; “A dinâmica familiar foi profundamente alterada”; NE4: “Muito melhor”; “Estivemos numa bolha do amor em ambas vezes que fui mãe”; NE5: “Experiência única!”; “Tive que aprender a dividir-me e a multiplicar-me...”; NE6: “Foi desafiante, aliás ainda é”; “havia coisas práticas que eu já sabia, mas outras que não me lembrava”; “mais madura como mãe”; NE7: “Costumo dizer que dentro daquela bolha de amor, houve muito cansaço”; “O desgaste no pós-parto é grande, pela privação do sono, o foco nas necessidades do bebé”; “muita coisa depende só de nós”; NE8: “Senti-me muito exausta”; “Pensava que iria ser diferente, que já estava mais preparada depois do primeiro filho”; “afinal foi muito mais cansativo, acho que me ajustei mais rápido”; NE9: “Houve aspetos muito gratificantes e felizes”; “Maior autonomia e confiança no meu papel”; “emocionalmente houve mais desafios”; “luto do papel de mãe de um filho muito difícil”; NE10: “Período muito ambíguo”; “Estava feliz e mais segura, mas a gerir muita coisa em simultâneo”;
Dimensão física	NE1: “mais cansada por não dormir e com mobilidade muito reduzida devido à sutura do períneo”; NE2: “Sentia-me muito bem, não houve nada de novo”; “a amamentação foi mais fácil, já sabia como fazer”; NE3: “Exausta. Ansiava por umas horas de sono.”; “Foi muito stressante”; NE4: “Tive mais sono”; “Não tive dores, o parto foi natural e sem a episiotomia recuperei melhor.”; NE5: “Mais debilitada fisicamente, bem mais cansada.”; NE6: “Mais cansada e dorida” NE7: “Mais debilitada e cansada”; “Não conseguia descansar pelos cuidados e responsabilidades com o filho mais velho”; NE8: “Sentia uma exaustão enorme pelo facto de ter de dar atenção aos dois filhos.”; “O descanso torna-se diferente no segundo filho, o pouco que dormimos parece que não tem tanta qualidade”; NE9: “Com mais energia e o corpo a recuperar mais rapidamente.”; NE10: “Sentia-me fisicamente muito bem”; “o parto não deixou complicações”;
Dimensão emocional	NE1: “Mais angustiada, e por vezes arrependida de ter tido um segundo filho “; “muitos momentos de desespero e exaustão”; “fui diagnosticada com depressão, tive que fazer medicação” NE2: “Bem mais triste”; “tive dificuldade em me envolver com a minha filha mais velha”; “senti-me muitas vezes culpada e arrependida”; NE3: “Deprimida. Com a sensação de ser uma péssima mãe que não consegue dar o básico ao bebé e ao meu filho mais velho”; NE4: “muito feliz”; NE5: “mais debilitada e fragilizada emocionalmente.”

	NE6: “Mais tranquila sobre os cuidados ao bebe e a amamentação”; “Mais ansiosa quanto à gestão de tempo para os dois filhos”; NE7: “Emocionalmente mais fragilizada”; “chorei muito”; “muita culpa por não ter tempo para me dedicar como antes ao filho mais velho”; “Emagreci muito”; NE8: “Um misto de emoções. Sentia-me feliz, mas ao mesmo tempo tinha uma tristeza muito grande, porque não podia dedicar-me de igual forma ao filho mais velho.” NE9: “Mais segura e experiente em tudo o que implica cuidar de um recém-nascido”; NE10: “Maior segurança no meu papel de mãe que me deu maior tranquilidade e serenidade”; “ambiguidade de sentimentos” “momentos de frustração e tristeza”; “sensação de que estava a falhar enquanto mãe aos meus dois filhos”;
Dimensão relacional	NE1: “Tive muito receio que o meu primeiro filho se sentisse excluído da nossa relação”; “houve uma regressão nalguns comportamentos do meu primeiro filho, acho que eram chamadas de atenção”; “tinha menos tempo para o bebé”; “tinha que me dividir”; “foi duro para todos”; “tinha muitas discussões com o meu marido, achei que ele falhava no apoio que me dava”; “tínhamos dificuldade em gerir tudo”; “pensei em separar-me, muitas vezes.” NE2: “falta de paciência e tempo para a minha filha mais velha”; “ela fez mais birras”; “dediquei-me menos à bebe”; “tinha mais tempo para a bebe quando a irmã estava na escola”; “sinto-me incompreendida pelo meu marido”; NE3: “O meu filho mais velho queria participar muito”; “Magoava o irmão, sem querer”; “quis voltar a usar chucha”; “tentava dar mimo aos dois”; “havia coisas que não tinha tempo para fazer com o mais velho como antes”; “quem ia ao parque era sempre o pai, eu estava cansada e aproveitava para dormir”; “Após o nascimento do primeiro filho, não notei alterações na vida conjugal”; após o segundo filho, as alterações foram radicais.”; “momentos de tensão”; “a intimidade desapareceu”; NE4: “criei um tempo único para a filha mais velha”; “preocupei-me sempre em manter uma relação saudável com a filha mais velha, mas descansava muito menos”; “senti-me mais apta a cuidar da bebe”; “achei mais fácil cuidar da segunda filha”; “o pai tornou-se mais presente”; “sinto mais ajuda, partilha e cumplicidade com o meu marido”; NE5: “Não senti alteração com a minha filha mais velha, ela compreende a dependência da mana à mãe”; “com a bebé foi uma relação de amor sempre, foi uma bebé menos difícil”; “no segundo filho a relação conjugal sofreu mais”; “discussões pela baixa tolerância e pelo cansaço às frustrações do dia a dia”; NE6: “Senti um maior distanciamento na relação com o filho mais velho”; “tive que dividir o meu tempo”, “o bebe precisava de mim”; “demorava muito a amamentar”; “aproveitava o bebé aos bocadinhos”; “relação com o pai pautada pela divisão de tarefas”; “maior distanciamento conjugal”; “instalou-se a falta de intimidade”; NE7: “Senti que não conseguia dedicar o mesmo tempo e atenção ao meu filho mais velho”; “o meu filho mais velho aceitou bem”; “foi mais fácil os cuidados básicos”; “desfrutei mais do bebe”; “não compliquei tanto”; não senti alterações na vida conjugal, mantivemos o mesmo carinho e cumplicidade”; “encontramos tempo para estar só os dois”; NE8: “Senti que a relação com o meu primeiro filho ficou mais cúmplice”; “A falta de descanso deixava as minhas emoções desequilibradas”; “não tinha paciência, nem disponibilidade emocional para o pai.”; NE9: “Dificuldade em ter momentos entre mãe e filha”; “a minha filha mais velha passou a exigir mais de mim, ficou mais desafiante e rejeitou a figura paterna”; “a bebe chorava muito, não se acalmava”; “cada bebe é um bebé”; “se a primeira filha tivesse sido assim não tinha tido esta”; “dificuldade em dedicar tempo à relação de casal”; “mais momentos de tensão conjugal”; NE10: “Tentei manter a relação que tinha com o meu primeiro filho, de muita proximidade e mimo.”; “Esforço pessoal muito grande”; “momentos de birras como chamadas de atenção que me deixavam ainda mais cansada e triste”; “consegui ter tempo de qualidade com o bebé quando o irmão estava na escola”; “o bebe em si tem sido mais fácil”; “maior distanciamento conjugal, pelas questões práticas”; “a relação de casal tem vindo a melhorar, depois do primeiro mês”;
Dimensão ambiental	NE1: “dores físicas que me condicionaram a mobilidade”; “desenvolvi uma depressão pós-parto medicada”; “dificuldade na conjugação das tarefas domésticas, com as exigências conjugais e familiares”; “perda de emprego do meu marido e diminuição dos rendimentos”;

	NE2: “dificuldade em encontrar tempo para mim e para o meu marido”; “tentei não descuidar a relação com a minha filha mais velha”; NE3: “Falta de tempo para os dois filhos; “sentimentos de culpa em relação aos dois filhos”; “descontrolo total da vida de casa e familiar”; NE4: “Preocupação em manter as rotinas da filha mais velha”; “gestão familiar”; “menos disponibilidade para a filha mais velha por causa da amamentação”; NE5: “Instituir rotinas ao recém-nascido”; “não ceder ao cansaço extremo (privação de sono)”; “gerir a atenção e os afetos aos dois filhos”; NE6: “Ter tempo para o primeiro filho, a gestão da casa e conseguir tratar de mim”; NE7: “A gestão das responsabilidades com o meu filho mais velho”; NE8: “Conseguir DESCANSAR”; NE9: “Gerir a atenção, dedicação e cuidados de duas crianças”; NE10: “Gerir a atenção entre os dois filhos.”;
Dimensão social	NE1: “A nossa família está longe”; “Tive algum apoio moral, por parte dos avós maternos”; “Éramos nós para tudo”; NE2: “O meu maior apoio foi a minha psicóloga”; “falava com a minha psicóloga sobre o que sentia”; “isso ajudava”; “muita falta de apoio”; NE3: “No primeiro filho o apoio foi enorme.”; “Do segundo filho, 4 anos depois, as pessoas tinham outros compromissos e já não havia tanta disponibilidade”; “senti-me muito sozinha”; NE4: “Da minha primeira filha tive a ajuda da família”; “ficamos sem rede de apoio”; “somos os dois para tudo”; NE5: “Senti-me mais apoiada pela família e amigos após o nascimento do primeiro filho”; “a disponibilidade não é a mesma.”; NE6: “Não tivemos grande apoio familiar”; “as pessoas no segundo filho pensam que já sabemos tudo”; “que não precisamos”; “mas é duro, diferente, mas duro”; NE7: “Éramos só nós”; “ligavam para saber como estávamos, mas nunca perguntaram por mim sequer, o foco era o bebe”; “não houve ajuda, prática”; NE8: “Um acompanhamento muito diferente do que senti no nascimento do primeiro filho”; “as pessoas pensam que não é preciso”; “houve muito contato telefónico, mas não tinha com quem realmente falar ou contar”; NE9: “A família deu bastante apoio nas primeiras semanas, nos cuidados ao bebe, para eu poder dedicar-me à primeira filha”; “isso foi importante”; NE10: “Os avós paternos, mantiveram-se muito presentes tal como após o nascimento do nosso primeiro filho”; “foram uma ajuda preciosa”; “sem eles seria muito mais difícil”;
Dimensão clínica	NE1: “A enfermeira de família foi um apoio muito importante” “já nos conhecíamos há algum tempo e durante as consultas do bebe eu falava do que sentia; “ouvia-me”; “foi através do centro de saúde que tive consulta com o psicólogo e com o psiquiatra,”; “era importante haver acompanhamento mais especializado “; “no meu caso ajudava ter preparado melhor o que ia acontecer no pós-parto”; NE2: “pouca empatia”; “senti-me muitas vezes julgada, há coisas que queremos falar sem nos sentirmos criticadas”; “as consultas são muito rápidas”; “o acompanhamento de enfermagem especializado era importante”; “deveria ser obrigatório ter acompanhamento psicológico, incluindo para o pai”; NE3: “O acompanhamento especializado é muito importante”; “apoiaram-me nas questões de saúde do bebé e na amamentação”; “maior apoio psicológico”; “dever de alertar”; NE4: “Não senti grande apoio por parte dos enfermeiros”; “há muito desconhecimento sobre como ajudar após o nascimento do segundo filho”; “sem dúvida que o acompanhamento especializado é importante”;

	“ajudar a família a adaptar-se à nova realidade”; “não praticar a abordagem tradicional dos cuidados ao recém-nascido”; “ajudar a fazer uma gestão familiar eficaz”; “gestão realista das expectativas”; “necessidade de comunicar em verdade as necessidades da nova família”; “estratégias que facilitem a dinâmica da família”; NE5: “O contributo dos profissionais de saúde foi inferior”; “assume-se que não haverá tanta necessidade de capacitar a família”; “ouvi muitas vezes que – eles já sabem”; “acompanhamento especializado é obrigatório”; “Fazer um <i>follow up</i> telefónico após a alta ou visita domiciliar conforme a necessidade de cada família”; “preparar o pós-parto”; NE6: “O acompanhamento do enfermeiro especializado é essencial”; “o pós-parto do segundo filho é todo um novo mundo de coisas para a mãe e para a família”; “foi importante ter uma aula no curso de preparação para o parto sobre o nascimento do segundo filho, clarificou algumas ideias, lembrei-me do que falamos, das estratégias”; “poderia continuar a haver consultas próprias, antes e depois do nascimento ou visitas domiciliárias semanais” NE7: “O contributo dos profissionais de enfermagem foi péssimo”; “não senti que houve espaço para falar do que sentia”; “senti-me desvalorizada”; “deveria haver sim acompanhamento especializado”; “cada família é uma família”; NE8: “No geral senti que os profissionais de saúde que se cruzaram comigo tiveram pouca sensibilidade para esta fase”; “abordaram temas gerais e pouco específicos à nossa realidade”; “abordagem rápida, como se já soubéssemos”; “o acompanhamento especializado seria valioso”; “foi muito importante ter uma aula sobre o pós-parto do segundo filho,”; “trouxe-me estratégias, sobre como reagir ao comportamento do irmão mais velho, integrá-lo e como melhorar a gestão”; “essa partilha foi um alerta”; “lembrei-me muitas vezes”; NE9: “Fui mais respeitada nas minhas decisões como mãe”; “o acompanhamento especializado seria importante, principalmente para a mãe”; “ter com quem falar sobre como se sente, “os seus sentimentos menos bons”; “senti-me sozinha e pouco validada”; NE10: “O acompanhamento dos enfermeiros durante as consultas, foi muito prático”; “Seria importante haver acompanhamento mais específico antes e depois do segundo filho nascer”; “Apoio na gestão emocional e na conciliação familiar”; “a realidade familiar muda completamente”;
--	--

2.2.2 Discussão dos dados

A compreensão da singularidade deste fenómeno através do olhar materno, bem como a perceção dos diferentes graus de solicitação, desafio e exigência são objetivadas de forma transversal nas diferentes dimensões abordadas. A consecução da identidade materna após o nascimento do segundo filho (Mercer, 2004), pauta-se por uma ambivalência de sentimentos, cuja aceitação, validação e consciencialização pontuam uma construção positiva e segura. As evidências consultadas, a par das descrições maternas objetivadas na *dimensão pessoal*, denunciam o puerpério do segundo filho como um acontecimento distinto do experienciado anteriormente e por si só gerador de desequilíbrio familiar com impacto multifocal para a figura materna (Krieg, 2007) (Vivian, 2010) (Rodrigues, Rebelo-Botelho, 2020).

A *dimensão física* está caracterizada por sensações que vão desde o bem-estar físico e autonomia, até sensações de dor, dificuldade na mobilização, privação de sono, fadiga e cansaço extremo, em resposta ao manejo das rotinas específicas de cada filho e da nova realidade familiar.

A *dimensão emocional*, foi caracterizada maioritariamente pelas mães participantes, por sentimentos de tristeza, culpa, arrependimento, desespero e ansiedade. As partilhas nesta dimensão, evidenciam que as mães ouvidas se sentem emocionalmente mais fragilizadas, ao descrever e comparar a sua experiência ao puerpério do primeiro filho. De acordo com o estudo de Singh, Kaur, Singh (2015), o aumento da paridade influencia negativamente a qualidade de vida da mulher no pós-

parto, com impacto manifesto nas áreas física, mental e emocional. A literatura previamente consultada valida não só a intensidade do reajuste emocional materno durante este período, mas também a prevalência de emoções negativas e a ambivalência de sentimentos durante esta transição (O'Reilly, 2004) (Moura-Ramos, Canavarro, 2009). Algumas partilhas na dimensão emocional, utilizam não só o termo depressão, mas também descrevem alguns sintomas que a delimitam, pelo que não havendo espaço para generalizações, deve esta possibilidade estar na perspetiva dos profissionais de saúde que acompanham a mãe no puerpério do segundo filho. Alguns estudos, corroboram a ideia da multiparidade como fator de risco à ocorrência de depressão, ou sintomas que lhe estão associados durante o pós-parto (Figueiredo, Conde, 2011) (Canário, Figueiredo, 2017) (Silva, et al 2017). A propósito desta dimensão, importa ainda salientar algumas partilhas das participantes sobre a sensação de bem-estar emocional, capacitação e validação do desempenho prático materno, proporcionadas pela experiência de maternidade anterior. De acordo com Mori et al (2017), e no âmbito da população japonesa, demonstrou-se que as múltiparas apresentam no pós-parto maiores níveis de confiança e satisfação no desempenho do seu papel. O estudo de Bassi et al, (2017) caracteriza que após o nascimento do segundo filho, as mães experimentaram no puerpério e face às competências e habilidades previamente adquiridas, uma legitimação do seu estar. O estudo de Doi et al (2021), valida a atribuição de maior eficácia materna à múltipara, sendo esta experiência qualitativamente potenciada pela preparação prévia do pós-parto e o tipo/qualidade de apoio experimentado neste período.

A *dimensão relacional*, foi descrita pelas participantes através de modificações complexas e profundas para com os seus intervenientes (Oliveira, Lopes, 2010). A evidência consultada no âmbito do enquadramento da temática, acompanha a intensa transformação descrita pelas participantes na gestão da relação com o primeiro filho (Esteves et al, 2013). A descrição de comportamentos dependentes e desafiantes, é envolta nas partilhas maternas, por sentimentos de culpa, medo e arrependimento (Kojima et al, 2005). A gestão subjacente e caracterizada pelas mães participantes, desenrola-se à custa de muito esforço, adiamento do descanso e reajustes específicos a cada realidade familiar. De um modo geral e apesar de temporalmente penalizada segundo algumas descrições, a relação materna com o segundo filho, reveste-se de concretização face aos cuidados práticos, facilitando a sua consecução. O olhar materno sobre a conjugalidade após o nascimento do segundo filho, descreve um tempo de desafios, com repercussão para o casal nos conceitos de parceria, proximidade e intimidade, em resposta ao acréscimo de tarefas e responsabilidades parentais. A evidência científica previamente mobilizada, valida os descritivos analisados, caracterizando para as múltiparas uma diminuição da satisfação conjugal associada à exigente demanda familiar (Krieg, 2007) (Sokol, Batle, 2015) (Nadia et al, 2020).

Na *dimensão ambiental* e procurando objetivar as maiores dificuldades sentidas pela mãe de segundo filho no puerpério, as descrições atribuem maior significado à nova gestão familiar. A partilha das participantes caracteriza este tempo, como um período de desequilíbrio, intensificado pelo acréscimo de responsabilidades maternas nos contextos doméstico, relacional e conjugal. Krieg (2007)

valida a singularidade da maternidade no segundo filho, através de desafios e exigências únicos, que inspiram a que no puerpério a mãe possa experienciar stress parental. À exigente demanda na reorganização familiar, podem associar-se estados físicos e emocionais maternos debilitados (caraterizados previamente nas dimensões *física* e *emocional*), que influenciam e interferem na qualidade da resposta materna a este tempo de transição. O estudo de Bassi et al (2017) demonstra que as exigências adicionais para a múltipara na gestão do pós-parto, estão relacionadas com as intensas mudanças nas relações intrafamiliares e com a complexidade das novas rotinas familiares. O estudo de Chapman & Hart (2017), verifica a preocupação e apreensão maternas face ao impacto do nascimento do segundo filho nas relações, dinâmica e competências familiares.

Na *dimensão social*, as partilhas das mães participantes demonstram mais frequentemente uma mudança e empobrecimento global no tipo de apoio experienciado após o nascimento do segundo filho. Esta concretização vai ao encontro do objetivado por Salari et al, (2013), que caraterizou para o seu grupo de múltiparas uma diminuição da sensação de apoio experienciado durante o período de pós-parto. O tipo de apoio, bem como a sua qualidade, diferenciação e adequação às necessidades específicas experienciadas pela mãe após o nascimento do segundo filho, influenciam e determinam a vivência de um processo de transição positivo para toda a família (Pereira, Piccinini, 2007) (Barnes, 2013) (Walker, Rossi & Sander, 2019) (Rodrigues & Rebelo-Botelho, 2020).

A *dimensão clínica* das vivências maternas no puerpério do segundo filho, foi maioritariamente caraterizada pelas participantes como empobrecida e inespecífica face às necessidades do novo ecossistema familiar. Esta partilha, é objetivada no estudo de Salonen et al, (2014), que carateriza aos olhos da múltipara uma redução no tipo e qualidade de apoio prestado pelos enfermeiros. Quando existente o apoio pelo enfermeiro é valorizado, e a sua diferenciação considerada essencial a esta transição. As participantes descrevem a necessidade de intervenções concertadas em saúde, que apoiem uma vivência psico-emocional saudável, e uma gestão realista das expectativas durante este período. A solicitação das participantes a uma abordagem clínica personalizada e diferenciada durante este período, confirma os resultados de Salonen et al, (2014), que caracterizam os desafios da múltipara durante o pós-parto, através de uma ressignificação e construção positivas da sua identidade materna.

A abordagem de temas que coliguem a saúde integral da mulher durante o puerpério, potencia o acolhimento e a validação das suas reais necessidades, e possibilita uma transição para a maternidade sustentada e conciliadora (Corrêa et al, 2017) (Walker, Rossi, Sander, 2019) (Barateri, Natal, 2019). A mitigação das dificuldades descritas pela evidência e pelas partilhas das participantes, ocorre através do envolvimento empático e diferenciado do EESMO, que alicerçado pelo melhor conhecimento científico, suporta no âmbito da sua atuação, um processo de transição familiar realista e positivo (Corrêa et al, 2017).

A paisagem desenhada pelas descrições maternas durante o puerpério do segundo filho, objetiva que este assunto vai muito além das questões biológicas, envolvendo-se de outras dimensões

que completam, acrescentam e revestem de complexidade este tempo. No âmbito desta discussão, importa aqui salientar a relação que se estabelece entre cada uma das dimensões acima descritas, e o seu impacto e influência na vivência materna durante o puerpério do segundo filho. A exploração desta temática, pode contribuir para que se subsidiem e galvanizem os cuidados de saúde à puérpera após o nascimento do segundo filho, respeitando a complexidade deste fenómeno familiar.

2.3. – Prática baseada na evidência – competências do EESMO no cuidar da mulher que vivência o puerpério do segundo filho

A exploração desta temática, convocada pela vivência de uma prática de enfermagem avançada, proporcionou-me a capacidade e sensibilidade de reconhecer momentos e oportunidades únicos de melhoria e transformação ao longo dos diversos contextos de aprendizagem. De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), é-lhe atribuída a responsabilidade ética, profissional e legal de contribuir para a melhoria da gestão e qualidade dos cuidados prestados. A própria função do enfermeiro especialista dentro da grande equipa multidisciplinar, reveste-se de uma relevância iluminada por saberes próprios e competências diferenciadas que apoiam a mudança dos seus pares e a transformação dos seus contextos de atuação. Desta forma e ao longo dos diversos episódios de aprendizagem procurei contribuir através do meu estar, para uma mudança nos cuidados à mulher que vivencia o puerpério de segundo filho. Ao longo do EC II - contexto de puerpério, observei a partilha de desagrado que algumas enfermeiras sentiam face às solicitações de apoio da mãe de segundo filho. Durante a transmissão de ocorrências, os pedidos das múltiparas eram descritos como desnecessários e/ou inconvenientes face à experiência de maternidade anterior. Consciente dos aduentos e desafios próprios que o nascimento de um segundo filho pode ocasionar para a mulher e família, não pude deixar de partilhar a minha opinião, cientificamente fundamentada pela exploração concomitante do tema. As competências gerais e específicas atribuídas ao EESMO a par do enriquecimento científico atribuído pelo grau de Mestre, validam a responsabilidade de desenvolver, renovar e acrescentar identidade à disciplina que advoga. O tempo de debate em equipa, alimenta profícuas reflexões, necessárias à transformação dos cuidados que se prestam pelo que esta consciencialização profissional das diferenças na transição para a maternidade do segundo filho, justificam uma abordagem particular, que considera esta realidade e permite novas intervenções, tomadas de decisão e processos de educação para a saúde. Ainda neste contexto de aprendizagem tive oportunidade de acompanhar desde o acolhimento e até ao momento da alta, quatro puérperas que após o nascimento do seu segundo filho foram admitidas no serviço de internamento. O momento de acolhimento pontuou o início de uma relação profissional de confiança e empatia, onde se permitiu explorar a representação desta nova experiência materna. Na prestação de cuidados, optei por dedicar igual tempo na validação e capacitação das competências parentais das mães de segundo filho. Apesar de previamente adquiridas, houve sempre oportunidade de contribuir

com novas recomendações, recapitulando maioritariamente aspetos práticos inerentes aos cuidados ao RN e ao processo de amamentação. A consecução do papel materno teorizada por Mercer (1995), descreve um processo expansivo, estimulado pelas subseqüentes gestações e nascimentos, pelas características de cada bebé e família e pelos contextos que o acompanham. A escuta empática da narrativa pessoal das mães de segundo filho, permitiu-me conhecer as principais preocupações face à continuidade de cuidados após a alta hospitalar, sendo a alteração do comportamento do filho mais velho, e a gestão do tempo e atenção materna, duas temáticas transversalmente abordadas. Em resposta a esta necessidade e subsidiada pela exploração do fenómeno, elaborei um panfleto, denominado PAIS OUTRA VEZ E AGORA? (APÊNDICE IX), sob a supervisão da docente e orientadora clínica. Este documento objetivou validar as vivências maternas após o nascimento do segundo filho e o seu impacto no ecossistema familiar, mas também reunir estratégias facilitadoras a uma transição familiar positiva e sustentável. Senti que a abordagem através de um documento físico, permitia na sua transmissão e através do diálogo, explorar particularmente cada contexto materno e familiar, e desta forma proporcionar meios válidos e significativos à sua gestão. A criação deste documento acrescenta ao serviço de internamento um novo recurso, que procura apoiar, esclarecer e abranger outros contornos do processo de transição para a parentalidade. No decurso do EC III – contexto de cuidados de saúde primários, tive oportunidade de desenvolver e participar em dois cursos de preparação para o nascimento. Em resposta à complexidade de desafios vivenciados pela mãe de segundo filho durante o puerpério, a evidência recomenda uma preparação educativa prévia, que valide e apoie a construção de um novo *ser* materno (Gameiro et al, 2009). De entre as atividades desenvolvidas neste contexto de aprendizagem, senti o momento do curso de preparação para a parentalidade, como um tempo privilegiado para gerar a reflexão e empoderar a mulher/casal. Pretendi ao longo de três sessões de educação para a saúde em grupos distintos, com representatividade *à posteriori* para o puerpério do segundo filho, partilhar evidência científica relevante, construir expectativas realistas e preparar uma vivência materna/familiar positiva do pós-parto do segundo filho. A sessão de educação para a saúde que denominei – VAMOS SER PAIS OUTRA VEZ E AGORA? (APÊNDICE X) foi previamente planeada (APÊNDICE XI) e pretendeu sistematizar conteúdos científicos relevantes e pertinentes à preparação desta etapa familiar. Foi extremamente gratificante validar no tempo de partilha e avaliação a pertinência do tema para a mãe/casal que espera o segundo filho. O reconhecimento da pluralidade de focos de atenção das vivências maternas no puerpério do segundo filho, é indissociável de uma abordagem sistémica ao ecossistema familiar. A continuidade deste tema em sede do curso de preparação para a parentalidade, foi assegurada pela EESMO orientadora do EC, que validou o interesse e o contributo da abordagem da temática, ambicionando uma transição familiar para a parentalidade positiva. Compete ao EESMO, apropriar-se de conteúdos que favoreçam no âmbito da sua intervenção, a homeostasia, a capacitação e o empoderamento familiar face às suas reais necessidades (Barker et al, 2017).

3. TRAJETO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE E DA ESPECIALIDADE

De acordo com as recomendações descritas no Decreto-lei nº65/2018 apresenta-se o desenvolvimento de um “estágio de natureza profissional a ser objeto de relatório final” (p. 4151) a par da sua “orientação profissionalizante” (p. 4151) como uma das possibilidades para a obtenção do grau académico de mestre. A esta atribuição estão conotados deveres profissionais que englobam a continuidade e o desenvolvimento dos saberes previamente adquiridos e a sua operacionalização em contexto de investigação. Ao profissional detentor do grau de mestre, é atribuída a responsabilidade de aplicar o seu conhecimento e integrar o seu juízo crítico, para a melhor tomada de decisão na resolução de novos e complexos problemas. O desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação oral e escrita também ele objetivado neste documento, contribui para que o profissional detentor do grau de mestre, esteja habilitado à partilha clara do conhecimento, e dos seus processos autónomos de aprendizagem (Decreto de Lei n.º 65/2018). A maturidade e evolução profissionais inerentes a este nível de atribuição académica, exigiu-me um atento e permanente olhar sobre o meu estar em enfermagem, buscando uma prática especializada cada vez mais e melhor sustentada pela evidência atual. Caracterizo o meu percurso formativo, como um processo proactivo e contínuo de observação, reflexão e experimentação dos momentos de aprendizagem em cada contexto, com o intuito de transformar, melhorar e evoluir no âmbito das minhas competências. A gestão dos cuidados de enfermagem prestados nos diversos contextos de aprendizagem, foi concebida através da operacionalização do processo de enfermagem, desde a avaliação da pessoa, contexto e situação, passando pela formulação de diagnósticos, planeamento e implementação de intervenções adequadas. O espírito crítico e reflexivo subjacente à diferenciação dos cuidados, proporcionou um campo de sugestionamento, melhoria e revisão dos diferentes domínios do processo de enfermagem, com o intuito de obter os melhores resultados para cada mulher/casal. Considero que envolvi as dimensões ética e deontológica nos processos de tomada de decisão, promovendo o acesso equitativo à qualidade dos cuidados que prestei, e assegurando os aspetos de parceria, autonomia, vontade e liberdade de cada mulher/casal. O aprofundamento do domínio de intervenção do EESMO, em consonância com a atribuição do grau académico de mestre, pressupõe o reconhecimento e aplicação dos conceitos, teorias e fundamentos que sustentam a disciplina e que foram alvo de apreciação, exploração e validação ao longo do meu percurso académico. Por último incluir este documento, expresso em relatório como a voz descrita de um percurso formativo, científico e emotivo. Considero que a energia, e a intencionalidade que lhe emprego, estimulam um novo olhar sobre a vivência materna do puerpério do segundo filho e a forma como compete ao ESMO atentar e cuidar neste tempo. Ambiciono que as considerações sobre o fenómeno em estudo aqui reunidas, subsidiem novas abordagens no acompanhamento e vigilância da saúde da mulher no pós-parto. Acredito que a exploração da temática

nos diversos contextos de EC, bem como a sua partilha no âmbito das equipas multidisciplinares, proporcionou o envolvimento, a apreciação e o seu reconhecimento, pelo que o caminho que se exhibe pretende sinalizar novas e necessárias direções de melhoria no âmbito dos cuidados de saúde à mulher/família.

A atribuição do título de enfermeiro especialista compreende o reconhecimento e a validação de um conjunto de competências profissionais devidamente regulamentadas em território nacional (Regulamento n.º 140/2019). Esta certificação contempla um corpo de qualidades e habilidades, cuja mobilização e entrega em contexto clínico determinam um estar diferenciado. Os domínios regulamentados no documento supracitado são transversais a todos os enfermeiros detentores do título de especialista e englobam as áreas de responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Como forma de delimitar o campo de atuação do EESMO, estão caracterizadas as suas competências específicas em regulamento próprio (Regulamento n.º 391/2019), no qual a Mulher no decurso do seu ciclo reprodutivo, representa o alvo de cuidados de enfermagem. Importa ainda caracterizar que na vivência do EESMO estão incluídas intervenções autónomas na vigilância de saúde de baixo risco e/ou interdependentes nas situações de vigilância de saúde de médio ou alto risco. As competências específicas, compreendem áreas de atividade de intervenção para o EESMO que englobam o planeamento familiar e preconcepcional, o período pré-natal, o trabalho de parto e o parto, o período pós-natal, o climatério, e os processos de saúde ou doença ginecológica (Regulamento 391/2019). A filosofia de cuidados subjacente à prática do EESMO, determina um cuidado centrado na mulher, através de um olhar compreensivo e holístico da pessoa que se apresenta através de valores, crenças, expectativas e representa um passado e um contexto. A intervenção do EESMO, assenta no envolvimento e acessibilidade, adequando as suas intervenções às reais necessidades da mulher, apoiando escolhas informadas e permitindo a eficácia clínica e a continuidade de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Evidente para o EESMO, deve ser o horizonte que distingue e determina a atual filosofia de cuidados obstétricos, das intervenções desnecessárias, não informadas ou consentidas, à grávida e ao RN. O conceito de violência obstétrica é caracterizado pelo desrespeito à Mulher através de intervenções desnecessárias ou não fundamentadas, expresso de forma verbal, física ou sexual, com impacto negativo na sua autonomia, corpo físico e/ou emocional (Palma, Donelli, 2017). De entre as orientações emanadas pela OMS (2015) relativamente às metas em saúde para 2020, é atribuída a classe profissional de enfermagem e muito particularmente ao EEESMO um papel vital chave nos esforços que as sociedades desenvolvem para enfrentar os atuais desafios da saúde pública, com o intuito de prestar cuidados de saúde de qualidade, seguros, eficazes e eficientes. Internacionalmente o papel do EESMO é reforçado e enriquecido pela filosofia de cuidados da *International Confederation of Midwives* (2014), cujo âmbito visa de um modo geral promover e proteger a saúde e os direitos da mulher e do recém-nascido, respeitar e confiar nas capacidades da mulher durante o trabalho de parto e parto, minimizar intervenções, promover o parto fisiológico, proporcionar cuidados e informação

adequados às necessidades da mulher, recém nascido e família, empoderar e responsabilizar a mulher pela participação no ato do nascimento, prestar cuidados em parceria com outros profissionais e em diferentes contextos de saúde, e desenvolver uma prática clínica baseada e sustentada na melhor evidência científica disponível, contribuindo no todo para o progresso e melhoria dos cuidados de saúde.

Em seguida irei apresentar e refletir sobre o processo de aquisição de competências e aprendizagens desenvolvidos ao longo dos diferentes contextos de EC. A organização da minha partilha, será representada à luz dos domínios de competência regulamentados e supracitados. Segundo Benner (2001), o processo de aquisição de competências constitui um processo de aprendizagem dinâmico, onde compete ao enfermeiro, desenvolver a diferenciação no cuidar consertando o conhecimento teórico previamente adquirido, à sua experiência e intuição profissionais. A mesma autora caracteriza este trajeto de progressão na prática clínica de enfermagem, ao longo de cinco níveis distintos que acompanham evolutivamente um estar profissional iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Considero que o percurso académico desenvolvido, me coloca atualmente num nível iniciado avançado, uma vez que se desenrolou num âmbito totalmente diferente da minha história e realidade profissionais, mas foi profícuo em novos significados e vivências clínicas relevantes à minha individuação como EESMO. No Anexo I apresento de forma sumariada o registo expresso em números das experiências e atividades desenvolvidas.

3.1. Cuida a mulher em idade fértil, inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, no climatério e durante os períodos preconcecional e pré-natal

Em resposta à abrangência da competência supracitada, considero que tive oportunidade de desenvolver, experienciar e alongar aptidões enquanto futura EESMO nos seguintes contextos: cuidados de saúde primários (CSP), medicina materno fetal (MMF) e serviço de urgência ginecológica e obstétrica (SUGO). As orientações emanadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) (2008), validam a pertinência do acompanhamento da saúde reprodutiva da mulher ao longo do seu ciclo vital, gerando a oportunidade de prevenir e resolver problemas com impacto positivo na preconceção, sexualidade, fertilidade, gravidez e parto, na prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e na melhoria dos desfechos maternos e neonatais. Considero que tive oportunidades privilegiadas de aprofundar conhecimentos teóricos e práticos, bem como experienciar e desenvolver atitudes e comportamentos inerentes a uma prática especializada. A vivência no âmbito dos CSP, foi a que mais subsidiou a minha aprendizagem e proporcionou a operacionalização de competências gerais e específicas atribuídas ao EESMO. A OMS (2008), admite e reconhece o válido contributo dos CSP na progressão e melhoria dos cuidados de saúde à população. A sua relevância pauta-se pela influência positiva nos processos de proteção e promoção da saúde, prevenção da doença, e salvaguarda da continuidade de

cuidados no seio da comunidade. A partilha que passo a refletir foi fruto de um vivência profissional consciente e sedimentada, selecionada em virtude da síntese e pertinência para a avaliação da minha individuação como futura EESMO.

3.1.1. Planeamento familiar

A realização de consultas de planeamento familiar representou a cada contato um momento privilegiado para estimular a adoção informada de estilos de vida saudáveis, contribuindo desta forma para a melhoria do bem-estar e qualidade de vida da mulher/casal. A relação estabelecida em consulta permitiu de um modo geral, apoiar e promover a saúde sexual da mulher/casal, através de processos educativos e de aconselhamento, na abordagem de temas como a contraceção, infeções sexualmente transmissíveis, ciclo menstrual, intimidade e conjugalidade.

O ambiente criado durante as consultas de enfermagem permitiu-me aprimorar os princípios inerentes ao aconselhamento, procurando empaticamente reconhecer as necessidades e os conhecimentos pré-existentes, transmitir informação adequada, validar a compreensão e a apropriação da minha partilha e fornecer o método escolhido de forma livre e esclarecida pela utente (DGS, 2008). A interação em consulta, desenrolou-se através dos momentos de acolhimento, anamnese, avaliação dos parâmetros vitais e cálculo do índice de massa corporal, bem como da contextualização da consulta e sua continuidade, observação de exames e análises de rotina, e encaminhamento para um nível diferenciado de acompanhamento se necessário (DGS, 2008) (World Health Organization, 2018).

Na abordagem dos conteúdos sobre contraceção, verifiquei a demanda de algumas mulheres pelo que designaram como “contraceção natural” - sic. Nos últimos anos, tem havido uma maior procura de formas mais naturais de contraceção pelas mulheres em idade fértil devido ao receio dos efeitos colaterais associados ao uso de hormonas (Witt, McEvers, Kelly, 2013). A exploração e o aprofundamento deste método, está caracterizada nos documentos que norteiam a vigilância da saúde reprodutiva e planeamento familiar (DGS, 2008) (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa da Contraceção, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2020), e engloba os métodos de conhecimento do período fértil ou de auto-observação e naturais respetivamente, nas suas possíveis variantes. Os métodos contraceptivos naturais pressupõem a capacidade de a mulher identificar, perceber e interpretar as variações em alguns indicadores do ciclo, tais como: data da menstruação, temperatura basal e muco cervical (Urrutia et al, 2018). A discussão gerada no seio da equipa multidisciplinar, gerou a partilha de sentimentos de desconhecimento e descrença na abordagem dos profissionais de saúde ao método supracitado.

O enfermeiro, considera-se o profissional de saúde mais próximo da mulher/casal, com acesso privilegiado para a construção de uma relação de confiança que permita informar, esclarecer e ensinar a envolvimento da contraceção natural (Fehring, 2004). Em resposta a uma diáde de necessidades elaborei um panfleto (Apêndice XII), denominada contraceção natural, que foi apresentado

informalmente à equipa e constituída ferramenta de trabalho que sinaliza e sintetiza as boas práticas na abordagem da contraceção natural. A OMS adverte que uma atitude motivadora e o acompanhamento efetivo por um profissional de saúde diferenciado, influencia a aceitação e uso adequado dos métodos contraceptivos naturais (World Health Organization, 2018).

3.1.2. Período preconcepcional

O consenso global para os cuidados de saúde na área da preconceção (World Health Organization, 2013), objetiva a importância deste tempo preparatório na prevenção e redução da mortalidade e morbilidade materna e infantil. O programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco (DGS, 2015), caracteriza a consulta preconcepcional, como um passo antecipatório ao planeamento de uma gravidez, que pretende envolver a mulher/casal ativamente no seu processo de construção parental, identificar precocemente fatores e variáveis de risco pessoal ou familiar, e transmitir informação adequada. Contudo, e apesar da importância deste âmbito de cuidados e de acordo com a experiência que vivenciei no contexto de aprendizagem de CSP verifiquei a fraca adesão a esta consulta. Esta observação foi corroborada pelos elementos da equipa que assumem este programa. De acordo com uma revisão sistemática de Goossens et al (2018), é documentada entre outras, como barreira à adesão à consulta preconcepcional, a falta de conhecimento da mulher/casal sobre a validade e pertinência dos cuidados preconcepcionais. Desta forma senti que os contactos durante a consulta de planeamento familiar, se apresentaram como momentos chave para alertar, clarificar e elucidar sobre a necessidade de cuidados preconcepcionais promotores de uma vivência saudável e positiva da gravidez e parentalidade

3.1.3. Período pré-natal

O programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco (DGS, 2015), determina o acompanhamento sistematizado e especializado da grávida e feto através de um conjunto de orientações e de uma rede de referência e continuidade de cuidados entre os CSP e os cuidados hospitalares. Compete ao EESMO, o cuidar da “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”. (Regulamento n.391/2019, p. 13562). Este acompanhamento especializado da mulher/casal que planeia ou vivencia uma gravidez, é suportada por uma filosofia de cuidados centrada na mulher que assume o lugar de parceira e responsável pelo seu estado de saúde e continuidade ao longo do ciclo de vida. A vigilância da gravidez de baixo risco procura de um modo geral promover os processos de saúde durante a gravidez, identificar fatores de risco gravídico/fetal, preparar o parto, e apoiar a transição para a parentalidade. A gravidez representa assim, uma oportunidade única de intervenção em saúde, cujo impacto, abrangência e investimento vão muito além dos seus intervenientes diretos. De acordo com o documento supracitado (DGS,

2015), as consultas de vigilância de gravidez de baixo risco devem iniciar-se “o mais precocemente possível e até às 12 semanas” (p. 37), totalizando ao longo da gravidez cerca de 10 consultas.

No EC de CSP tive oportunidade de desenvolver, implementar e sistematizar as orientações e recomendações da DGS (2015), através da realização de consultas de enfermagem no âmbito da vigilância da gravidez de baixo risco. Considero que a par do aprofundamento pessoal e profissional inerentes a um estar especializado, tenho vindo a desenvolver competências e habilidades comunicacionais que me permitem estabelecer uma relação empática e de confiança com a mulher/casal. O acompanhamento em consulta de mulheres com distintas idades gestacionais permitiu-me desenvolver competências no âmbito da mobilização e articulação do saber, de forma a individualizar as intervenções para cada mulher/casal. Os temas abordados em consulta procuraram responder aos objetivos de cada consulta, mas também as necessidades e expectativas da mulher/casal. Desta forma tive oportunidade de realizar a avaliação física e a colheita de dados pessoais, obstétricos e familiares, avaliar a pressão arterial de forma a despistar eventuais desvios da normalidade, avaliar a progressão ponderal de acordo com o índice de massa corporal (IMC), medir a altura uterina, avaliar o risco dinâmico na gravidez de acordo com a tabela de Goodwin modificada, auscultar os batimentos cardíacos fetais (ABCF), avaliar o estado vacinal, e elucidar sobre a vigilância clínica pré-natal (DGS, 2015). Através da abordagem de educação para a saúde, o tempo em consulta, explorou os temas relacionados com as adaptações físicas e emocionais da grávida, a prevenção de toxinfecções, a sexualidade e a intimidade do casal, os sinais e sintomas de alerta durante a gravidez, a implementação de hábitos, comportamentos e estilos de vida saudáveis e as questões laborais e de proteção social (DGS, 2015). Na expectativa de um processo de construção, abordei a identidade do plano de parto, como um documento de intenções escritas ou pensadas da mulher/casal, sobre as vivências durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Os registos no boletim de saúde da grávida, permitiram-me conhecer e familiarizar com o documento, bem como reconhecer a sua validade e pertinência na garantia da transmissão de informação e continuidade de cuidados. No contexto da consulta e âmbito de atuação procurei, apoiar de forma individual a elaboração do plano de parto, facilitando o acesso a informação cientificamente fundamentada, e reconhecendo o projeto de parentalidade de cada mulher/casal grávidos (Ordem dos enfermeiros, 2015). Acompanhando a exploração do tema em investigação já apresentado, tive oportunidade de em tempo de consulta, validar o impacto do nascimento do segundo filho, nas sensações, expectativas e responsabilidades familiares, durante a gravidez, bem como apoiar a preparação da sua chegada através capacitação, reconhecimento e partilha de estratégias e informações válidas em determinado contexto familiar. Enquanto especialista sinto que me compete desenvolver um olhar gradualmente mais complexo e refinado perante o objetivável sobre cada grávida/casal. A abordagem centrada na pessoa, baseia-se na premissa de cada ser humano é único, capaz de atribuir significados pessoais, subjetivos e culturalmente influenciados à sua experiência de doença. Cabe ao enfermeiro desenvolver competências que lhe permitam escutar

ativamente os relatos de quem cuida, comunicar adequadamente e compreender a perspetiva, interpretação e impacto pessoais inerentes a cada narrativa (Brink & Skott, 2013).

De acordo com a regulamentação e legislação que modelam o perfil de competências do EESMO, é da sua responsabilidade a preparação das mulheres/casais para o parto, puerpério e exercício da parentalidade através da implementação, supervisão e avaliação dos programas de preparação para o parto e parentalidade responsável (Lei n.º 9/2009) (Regulamento n.º 391/2019). Importa salientar o parecer n.º 123/2007 do Conselho Jurisdicional que atribui explicitamente ao EESMO, as competências para desenvolver os cursos de preparação supracitados, e a Lei n.º 110/2019 que atribui a responsabilidade legal aos serviços de saúde que acompanham a vigilância da gravidez no período pré-natal, de implementar este tipo de programas. No âmbito do contexto de CSP, participei ativamente em seis sessões presenciais e expositivas do curso de preparação para o nascimento, abordando as seguintes temáticas: direitos da mulher na gravidez e no parto, trabalho de parto, a dor – medidas não farmacológicas e farmacológicas, massagem perineal, episiotomia e aleitamento materno. A par do estudo e aprofundamento teórico e prático de todos os temas, procurei expor com clareza e adequação todos os conteúdos e responder a dúvidas individuais partilhadas pelas grávidas/casal. Acompanhando a evolução do paradigma de cuidados em obstetrícia, procurei através da minha partilha, comportamento e atitude, contribuir para estabelecer uma relação de confiança quer nos profissionais quer no sistema de saúde, e promover escolhas conscientes e empoderadas. A vivência positiva do nascimento, caracterizada pela OMS (2018), através das suas recomendações, objetiva uma prática de cuidados sustentada, pela humanização, respeito e participação informada da mulher/casal em todas as suas etapas.

Apesar de considerar que a minha passagem pelo SUOG teve uma curta expressão temporal e um empobrecimento no ganho de autonomia, face aos objetivos específicos do contexto de bloco de partos, sinto sempre como uma mais valia todos os momentos de atuação e mobilização do saber, bem como as oportunidades de desenvolver competências técnicas práticas, humanas e relacionais inerentes a um estar avançado. Durante o período de aprendizagem que decorreu no SUOG, tive oportunidade de observar a utilização do método de triagem de *Manchester* no âmbito da prática obstétrica, e contatar com alguns dos protocolos em vigor. A prestação de cuidados pelo EESMO no SUOG contempla intervenções autónomas, como a anamnese, a avaliação dos sinais vitais, a observação física da grávida, a realização das manobras de Leopold, e a avaliação do bem-estar materno e fetal, através da ABCF e da realização e avaliação da cardiotocografia (CTG). Durante a minha permanência no SUOG, prestei cuidados a duas grávidas que recorreram ao serviço de urgência devido a desconfortos da gravidez, tais como: náuseas e vômitos, e infeções genitais causadas por fungos respetivamente. A par da terapêutica instituída para melhorar e tratar os sintomas supracitados, procurei aproveitar o contato estabelecido, para através da educação para a saúde, esclarecer e elucidar sobre os cuidados que pudessem minimizar ou debelar a ocorrência de sintomas ou doença. Pretende-se do EESMO, uma abordagem holística com ênfase na promoção de uma vivência saudável da

gravidez. A prestação de cuidados de enfermagem no contexto de urgência obstétrica, é influenciada por um estado emocional gravídico próprio. A falha na transmissão de informação adequada aquando da vigilância pré-natal, potencia as sensações de preocupação e insegurança sentidas pela mulher/casal/família, e fomenta a demanda e utilização supérfluas dos serviços de urgência hospitalar (Brilhante, Vasconcelos, Bezeera, Lima, Castro, Fernandes, 2016). Uma das causas mais frequentes de ida ao serviço de urgência obstétrica é a ocorrência de hemorragia vaginal durante a gravidez (Moura, 2017), pelo que durante a minha permanência no SUOG tive oportunidade desenvolver competências e saberes na abordagem desta queixa, estabelecimento da sua causa e respetivo diagnóstico de *abortamento em evolução*. A mulher/casal que vivencia o término de gravidez de forma espontânea ou induzida, previamente ao tempo de gestação considerado nacional e internacionalmente para a viabilidade fetal (Moura, 2017) (OMS, 2013), permitiu-me refletir sobre a necessidade de reforçar o estabelecimento de uma relação próxima, empática e integrativa das diversas dimensões de cuidado que esta vivência acarreta. A informação que transmiti foi feita num ambiente privado e seguro e procurou ser clara e mediada pelas necessidades expressas pela mulher e casal e pelo acolhimento das suas emoções e expectativas. Esta partilha foi envolvida em tempo e permitiu compreender e reconhecer o significado pessoal desta vivência para o casal (Koch, 2014). De acordo com o protocolo institucional decidiu-se por uma atitude conservadora e expectante face ao desfecho que foi devidamente contextualizada e posteriormente aceite pelo casal. Foram validados os sinais, e sintomas de alerta em ambulatório, normalizada a exigência emocional deste tempo e programado o seguimento de cuidados no âmbito da vigilância de saúde da mulher na comunidade. Apesar do diagnóstico inicial em contexto do serviço de urgência obstétrica, compete ao EESMO, na continuidade de cuidados à mulher/casal que vivencia o luto, apoiar a integração positiva e saudável deste evento no ciclo de vida pessoal e familiar (Koch, 2014). A evidência consultada, objetiva que os cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o processo de abortamento detêm a sua tónica nos aspetos clínicos, e são empobrecidos em acolhimento e humanização (Strefling, Lunardi Filho, Demori, Sares, Santos, 2015). A reflexão que aqui partilho, assumiu a mesma expressão no respetivo contexto de aprendizagem, envolveu informalmente a equipa multidisciplinar e permitiu explorar o significado deste campo de cuidados para os profissionais presentes. A capacitação dos profissionais que acompanham a mulher/casal que vivencia o processo de abortamento, fomenta o desenvolvimento de competências e contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde de acordo com os padrões e as normas nacionais.

Por último e ainda no âmbito da vigilância pré-natal, pretendo caracterizar a amplitude de experiências desenvolvidas no âmbito de prestação de cuidados à grávida/ casal em situação de risco materno-fetal, motivado por patologia associada ou concomitante à gravidez. As competências desenvolvidas permitiram-me prestar cuidados culturalmente significativos através da produção, planeamento, execução e avaliação de intervenções autónomas e interdependentes, em articulação com o contexto de cuidados e a equipa multidisciplinar. O desempenho concretizado, foi acompanhado por

um pensamento crítico e reflexivo permanentes e objetivou aprofundar e transladar o conhecimento a uma prática especializada. A gestação é habitualmente um evento natural e fisiológico, onde ocorrem intensas transformações físicas e emocionais adaptativas a uma nova condição da mulher (Vieira, Barreto, Marquete, de Souza, Fischer, Marcon, 2019). Contudo o decurso de algumas gestações é acometido de risco, devido a características individuais, condições culturais ou sociodemográficas, à história reprodutiva anterior, ao desenvolvimento de patologia materna/fetal durante a gravidez, ou a problemas específicos da gestação que podem afetar a mãe ou o feto (DGS, 2015). Esta avaliação de risco na gravidez é dinâmica e apoiada pela aplicação da tabela de Goodwin modificada. O acréscimo de risco e consequente vulnerabilidade da gravidez, solicita uma vigilância diferencial e uma monitorização ampliada de todas as dimensões de saúde mãe e do bebé, com o intuito de melhorar globalmente os *outcomes* maternos e fetais. Prestar cuidados neste contexto foi reconhecer o que está além dos diagnósticos que justificaram o internamento no serviço de medicina materno-fetal (MMF), pelo que desenvolvi intervenções que respondessem não só aos aspetos clínicos, mas também à demanda emocional e adaptativa desta situação. A existência de um diagnóstico de risco ou patologia associado à gravidez, com necessidade de hospitalização, representa um elemento adicional gerador de questões emocionais complexas e sentimentos negativos (Azevedo, Hirdes, Groff, 2020). A prestação de cuidados pelo EESMO no contexto do internamento de MMF, deve ser alicerçada pela paisagem de uma emotividade materna acrescida, que carece de acolhimento numa relação de confiança, empatia e compreensão (Azevedo, Hirdes, Groff, 2020). Procurei desta forma, conhecer o significado e a representação atribuídos pelas grávidas/casais/famílias ao momento vivenciado, e fomentei positivamente processos adaptativos de resiliência e aceitação, através da presença, escuta ativa, esclarecimento e educação para a saúde. Prestar cuidados segundo o modelo holista em enfermagem envolve reconhecer o todo da pessoa, e promover processos informados, autónomos e responsáveis de cooperação com o intuito de criar e manter a saúde e o bem-estar. Transversalmente tive oportunidade de desenvolver habilidades que me permitiram vigiar sinais e sintomas de risco e/ou de melhoria ou agravamento da condição clínica, desenvolver a aplicação e avaliação do CTG e integrar outros dados clínicos e físicos à prestação de cuidados à grávida/feto com risco acrescido. O cuidar em contexto da MMF, impõe não só conhecimento teórico sobre a patologia e sua envolvência, mas também o reconhecimento e a aplicação de medidas e protocolos institucionais de atuação concreta face a determinado diagnóstico ou sintoma (exames de diagnóstico, análises clínicas, terapêutica específica: corticoterapia, tocolise, anti hipertensora, antidiabética, antibiótica e anticonvulsivante). A frequente realização, observação, leitura e avaliação do CTG segundo as orientações da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), permitiu-me não só desenvolver a técnica e o raciocínio que lhe são subjacentes, mas também relacionar o seu resultado a determinada condição clínica, gravídica e/ou idade gestacional (Ayres-de-Campos, Spong, Chandrachan, 2015). A ocorrência de situações desviantes, suspeitas ou patológicas durante a realização do CTG foi prontamente comunicada à equipa multidisciplinar e permitiu-me desenvolver e otimizar as intervenções autónomas e

interdependentes de reanimação fetal externa. A tomada de decisão e juízo clínicos, representaram-se de forma evolutiva ao longo do EC e contribuíram para a adequação das minhas intervenções e construção da minha abordagem como futura EESMO. De um modo crítico, transversal e reflexivo, considero que tive oportunidade de desenvolver competências e aprofundar conhecimentos teóricos e práticos na prestação de cuidados à grávida/casal/família com o diagnóstico de: placenta prévia, ameaça de parto pré-termo, diabetes gestacional, restrição de crescimento intrauterino, hipertensão induzida pela gravidez e pré-eclâmpsia. A realidade dos contextos de aprendizagem que descrevi acalentou o meu saber ser e estar e foi profícua na maturação da minha identidade como EESMO e no desenvolvimento de competências à mulher no âmbito do planeamento familiar, preconceção e pré-natal.

3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do trabalho de parto

De acordo o descritivo no regulamento das competências específicas do EESMO, e no âmbito dos cuidados à mulher em trabalho de parto, inserida na família e comunidade, pretende-se o desenvolvimento global de habilidades que otimizem a saúde da parturiente num ambiente seguro e promovam a adaptação do RN à realidade extrauterina (Regulamento nº391/2019). O processo de aprendizagem que passo a refletir, decorreu essencialmente em contexto de bloco de partos e pontualmente em contexto de SUOG, ao longo do período de tempo preconizado no respetivo documento académico orientador.

A definição de trabalho de parto, compreende um conjunto de eventos fisiológicos que desencadeiam a dilatação do colo uterino, e promovem a progressão do feto ao longo do canal de parto até à sua expulsão (Fatia, Tinoco, 2016). Este processo contempla na literatura, quatro momentos cronologicamente distintos, descritos respetivamente como: primeiro estágio, que acompanha a extinção e dilatação completa do colo; segundo estágio ou período expulsivo, que se inicia com a dilatação completa e termina com o nascimento do RN, o terceiro estágio ou dequitação, que compreende o tempo entre o nascimento do feto e a expulsão da placenta/membranas fetais, e o quarto estágio ou puerpério imediato que compreende as duas primeiras horas após o parto (Fatia e Tinoco, 2016). Compete ao EESMO, através da avaliação e juízo clínicos e da articulação de saberes científicos e técnicos, estabelecer planos de cuidados individualizados e intervir de forma autónoma ou interdependente, para a vivência de um trabalho de parto fisiológico e seguro, minimizando intervenções desnecessárias e prevenindo complicações para a mulher e RN. (Regulamento nº391/2019) (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A admissão da grávida no bloco de partos onde desenvolvi o respetivo EC é motivada pela rutura prematura de membranas, pela contratilidade regular e dolorosa, e pela prévia indução do trabalho de parto ou descompensação patológica no âmbito do internamento no serviço de MMF. Mediante a proveniência da parturiente é mantida ou atualizada a

cuidadosa colheita de dados, que se obtém através da entrevista, consulta dos registos no boletim de saúde da grávida, exames pré-natais e respetivo processo clínico se previamente existente. A colheita de dados que realizei regeu-se pela pertinência e adequação perante a situação de cada mulher, mas pretendeu transversalmente documentar os antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos, bem como contextualizar física e emocionalmente a atual gestação e processo de preparação para o nascimento de cada mulher/casal. Importar aqui lembrar a realidade e influencia do contexto pandêmico na experiência de aprendizagem desenvolvida, uma vez que de acordo com os protocolos hospitalares de mitigação pandémica, foi minimizado o tempo e consequente presença do acompanhante durante o trabalho de parto.

A Lei n. º110/2019, que estabelece os princípios, direitos e deveres aplicados entre outros à matéria do nascimento, reconhece à mulher o “direito de acompanhamento durante todas as fases do trabalho de parto, incluindo partos por fórceps, ventosas e cesarianas, por qualquer pessoa por si escolhida, exceto se razões clínicas ou a segurança da parturiente e da criança o desaconselharem” (p.95). A OMS (2018) de entre as recomendações emanadas para uma experiência de parto positiva, reitera a presença do acompanhante durante as suas várias etapas como uma peça fundamental a esta. Desta forma procurei sempre fomentar e incluir a presença do acompanhante, esclarecendo sobre os procedimentos, e otimizando recursos para a presença do mesmo de acordo com as regras institucionais. Na sua ausência e em parceria e relação com a parturiente, foi acolhido, e respeitado o plano de parto, como a representação do ser e estar da mulher/casal. O plano de parto constitui um documento legal (Lei n. º110/2019) onde a mulher e o casal refletem sobre as suas intenções, necessidades e expectativas pessoais no momento do nascimento e na adaptação à parentalidade. Este testemunho verbal ou escrito é preconizado pela OMS (2018) e deve ser elaborado e discutido pela mulher/casal em parceria com o EESMO, no âmbito da vigilância pré-natal e no decurso do trabalho de parto, sustentando uma abordagem centrada e empoderada da mulher/casal (Mouta, Silva, Melo, Lopes, Moreira, 2017). Considero que o reconhecimento, e a implementação do plano de parto, que muitas vezes se apresentou apenas na forma verbal, me permitiram conhecer o querer individual de cada mulher/casal, mas também mediar positiva e cientificamente os reajustes inerentes à imprevisibilidade do momento do nascimento. A literatura documenta os inúmeros benefícios da utilização do plano de parto na prática obstétrica, promovendo o seu reconhecimento, um maior envolvimento da mulher/casal com o processo do nascimento e uma melhoria na humanização dos cuidados obstétricos e dos *outcomes* maternos e neonatais (Medeiros, Figueiredo, Correa, Barbier, 2019). Tecnicamente e ainda no momento da admissão tive oportunidade de desenvolver competências e habilidades no âmbito da vigilância, registo e documentação do bem-estar materno e fetal, através da avaliação dos parâmetros vitais, dor realização de CTG, avaliação do índice de Bishop e das características do líquido amniótico, e realização do toque vaginal. O acompanhamento da mulher/casal no primeiro estadió do trabalho de parto, foi uma vivência frequente neste contexto, que me permitiu desenvolver competências muito concretas no desenrolar deste momento. Norteada pela informação

vinculada no plano de parto, ou quando inexistente pela partilha verbal de expectativas, medos e orientações da mulher, pude desenvolver uma relação de confiança e proximidade que sustentou e fundamentou a minha abordagem e intervenção. Ao primeiro estadio, atribuí o tempo, o espaço e a privacidade que lhe são indispensáveis, mantendo uma atitude vigilante face à monitorização do bem-estar materno e fetal, e acompanhando este percurso pela partilha de informação científica e adequada ao melhor desfecho. A partir do primeiro contato com a mulher, e reconhecendo as suas necessidades e expectativas, procurei construir uma relação terapêutica, que subsidiasse não só a sua autonomia e participação, mas também contribuísse para minimizar as inseguranças inerentes a esta vivência. Neste contexto de aprendizagem a realização de CTG é frequentemente contínua durante a fase ativa do primeiro estadio do trabalho de parto e/ou mantida sempre que é realizada alguma intervenção como (analgesia loco regional, rutura artificial da bolsa amniótica, perfusão ocitócica) ou história de cesariana anterior no passado obstétrico. A OMS (2018), não recomenda a utilização de uma monitorização contínua em gravidezes saudáveis, cujo trabalho de parto se desenvolve espontaneamente, como forma de verificar o bem-estar fetal. Contudo e apesar de reconhecer a recomendação, a realização contínua do CTG permitiu-me treinar o olhar, e desenvolver sabedoria e competência na sua avaliação. Sempre que o CTG se apresentou normal, de acordo com a nomenclatura FIGO (Ayres-de-Campos, Spong, Chandrharan, 2015) procedi à sua desmonitorização, objetivando responder a necessidades específicas da mulher ou facilitar a sua participação ativa no desenrolar do trabalho de parto (deambulação, verticalidade, técnicas não farmacológicas de alívio da dor). A monitorização contínua do CTG, permitiu-me também verificar com frequência alterações ao seu registo, nomeadamente: baixa variabilidade, desaceleração da frequência cardíaca fetal, bradicardia ou taquicardia fetal, condicionando o tipo e a frequência destas ocorrências, numa categorização suspeita ou patológica do CTG (Ayres-de-Campos, Spong, Chandrharan, 2015). A observação das alterações descritas, permitiu-me no decurso do EC, desenvolver competências, e operacionalizar o conhecimento científico para a melhor gestão materna e fetal de cada situação. Perante o diagnóstico das situações acima descritas, procurei intervir de forma autónoma na prevenção ou reversão da sua ocorrência (administração prévia à analgesia loco regional de Lactato de Ringer, estimulação vibro acústica, alternância de decúbito ou decúbito de 4 apoios, administração de dextrose por soroterapia ou oral, interrupção de uterotónicos, e realização de tocólise) (Graça, 2017). Ainda relativamente à monitorização da frequência cardíaca fetal, tive oportunidade de em duas situações distintas, e motivada por dificuldades na sua captação externa, colocar uma monitorização fetal interna, sendo que apesar de alguma dificuldade na percepção e adaptação ao escalpe fetal, na segunda oportunidade a aplicação foi bem-sucedida. A realização do toque vaginal foi também uma técnica presente na prestação de cuidados à mulher durante o primeiro estadio do trabalho de parto, sendo motivada e justificada quer pela interpretação do CTG, quer pela necessidade de acompanhar a evolução e/ou progressão do trabalho de parto. Esta intervenção requereu sempre o consentimento informado da mulher, considerou a situação que a justificava e respeitou a rotina de observação

médica obstétrica, com o intuito de minimizar desconfortos à parturiente e de despoletar processos infecciosos. O toque vaginal foi realizado de acordo com as recomendações da OMS (2018) no acompanhamento do primeiro estadio do trabalho de parto de baixo risco e permitiu-me desenvolver esta competência técnica, através da validação das características “observadas” com a enfermeira orientadora. Esta reflexão mútua subsidiou ao longo do EC, a minha evolução e autonomia no acompanhamento do curso do trabalho de parto, e ilustrou um mapa de representações mentais das diversas variáveis a caracterizar aquando da realização do toque vaginal (posição, consistência, apagamento e dilatação do colo e altura e variedade da apresentação). A experiência de aprendizagem em bloco de partos é iluminada pela vivência da mulher através da dor. A dor no trabalho de parto apresenta-se como um fenómeno único, positivo e fisiológico, mas representativamente subjetivo e influenciado por uma multiplicidade de aspetos pessoais, sociais e culturais (Ferreira, Giaxa, Popim, Meneguim, 2017). A minha abordagem inicial procurou sempre acolher o significado da dor para a mulher e reconhecer as suas preferências descritas oralmente ou no seu plano de parto. Concomitantemente à evolução do trabalho de parto e sempre que aceite e valorizado pela mulher, privilegiei a promoção e aplicação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (OMS, 2018). A utilização destes métodos atua não só na diminuição da dor, mas também na mitigação do medo e da ansiedade que lhe estão associados. O relaxamento físico e emocional proporcionado, detém efeitos positivos na sensação de autoconfiança e de empoderamento da mulher, bem como na progressão e desfecho do trabalho de parto (Santos, Nascimento, Campos, Sousa, 2021). Compete ao EESMO pela sua proximidade e qualificação, apoiar, incentivar e orientar a parturiente através de processos de educação para a saúde, na escolha e utilização destes recursos não farmacológicos (Dias, Ferreira, Martins, Nunes, Alves, 2018). De entre as estratégias não farmacológicas para alívio da dor utilizadas, destaco o papel da hidroterapia, respiração, musicoterapia e deambulação pelo positivo reconhecimento, impacto e validade que lhes foram atribuídos pelas parturientes de quem cuidei. Neste contexto de aprendizagem a utilização de hidroterapia foi feita no chuveiro, com recurso à aspersão/passagem/queda de água aquecida nas zonas do corpo acometidas pela dor ou desconfortos durante ou após a contração. O contributo da hidroterapia na supressão da dor em trabalho de parto, é verificado, pela vasodilatação e minimização da resposta do sistema nervoso simpático, motivando um relaxamento muscular e promovendo a dilatação cervical (Bastos, Glécias, Voltarelli, Pinheiro de Moraes, Sakman, 2020). A respiração promove uma maior proximidade e consciência dos processos inerentes ao trabalho de parto e parto vivenciados, diminuiu o risco de traumatismo perineal e melhora o aporte de oxigénio ao binómio mãe-RN (Camacho, Teixeira, Gusmão, Carmo, Cavalcante, Silva, 2019). Inúmeras foram as vezes em que junto da parturiente relembrei os benefícios da respiração, e com ela respirei, motivando a sua concentração, o seu relaxamento e o reconhecimento do seu poder pessoal em cada momento vivenciado. A utilização da bola suíça, e a deambulação foram frequentemente solicitadas pela parturiente e integradas por mim na dança participativa de cada trabalho de parto. Ambas as técnicas, auxiliam e apoiam, quer pela ação da gravidade, quer pela

anatomia dinâmica da pélvis, a descida, acomodação e o correto posicionamento do feto durante o trabalho de parto. A deambulação promove ainda a eficácia das contrações uterinas, diminui o tempo de trabalho de parto e aumenta os níveis de tolerância à dor (Camacho et al, 2019). Desta forma e acrescentando a musicoterapia e a aromoterapia às estratégias não farmacológicas descritas, acredito que pude desenvolver competências neste âmbito e proporcionar uma experiência de parto positiva, segura e humanizada. A continuidade de cuidados face à gestão da dor, incluiu sempre que equacionado pela mulher, o recurso à analgesia locoregional, ou analgesia endovenosa se clinicamente necessário. A leitura transversal dos trabalhos de parto acompanhados, demonstra que maioritariamente as parturientes pretenderam em determinado momento analgesia locoregional, sendo a técnica e protocolo utilizados (sequencial, subaracnoideu), selecionados pelo anestesista de acordo com fase do trabalho de parto. A prestação de cuidados à mulher/casal no segundo estágio do trabalho de parto, permitiu-me explorar em parceria, as diversas formas de posicionamento e/ou verticalidade da parturiente neste momento, com o intuito de o favorecer positivamente. Durante o período expulsivo, encorajei a parturiente a adotar a posição que preferisse (FIGO, 2012) e esclareci sobre os benefícios da posição materna, e sua relação com as características da pelve e estática fetal avaliada (Mineiro, Rito, Cardoso, de Sousa, 2016). A literatura consultada enaltece o impacto positivo das posições verticais, na satisfação materna, no encurtamento do período expulsivo, na diminuição de ocorrência de distócia e de lacerações, e na realização de episiotomia (Torres, Vinagre, Godinho, Casal, Pereira, 2018). De acordo com as experiências de aprendizagem desenvolvidas posso caracterizar que as parturientes que acompanhei adotaram no período expulsivo: a posição de gatas, litotomia modificada, cócoras e decúbitos laterais. A prestação de cuidados durante o período expulsivo, sustentou-se na relação previamente estabelecida e na criação de um ambiente seguro e acolhedor, com significado para a nova família (luminosidade, música, odor). Durante o período expulsivo e de acordo com as recomendações da OMS (2018), para o despiste precoce de desvios à sua normalidade, mantive a monitorização do bem-estar fetal, avaliei a adequação da dinâmica uterina, vigiei sinais e sintomas de alerta, e a progressão da apresentação ao longo do canal de parto de acordo com a leitura dos planos de Hodge (Prada, Rafael, 2016). No anexo I estão documentadas de entre outras, as atividades práticas realizadas em contexto de bloco de partos, sendo tive oportunidade de assistir a 41 partos eutócicos, de entre os quais ocorreram 13 lacerações perineais de grau I, 8 lacerações perineais de grau II, e 19 períneos íntegros, e realização de 1 episiotomia. A não recomendação de realização de episiotomia de rotina pela OMS (2018), motivou uma atitude seletiva face ao *comportamento* do períneo aquando da coroação fetal. Nesta etapa de aprendizagem e consciente da pluralidade de complicações inerentes ao trauma perineal, procurei realizar intervenções que eliminassem ou minimizassem a sua ocorrência e/ou gravidade (Santos, Riesco, 2017), pelo que procurei capacitar a parturiente a reconhecer no momento da contração, uma oportunidade de realizar os seus esforços expulsivos, em detrimento do meu *comando*. Frequentemente, apliquei compressas mornas e realizei a massagem do períneo, e a manobra de Ritgen modificada com o intuito de tal como

descrito na literatura, prevenir ou minimizar a ocorrência de lacerações perineais (Aasheim, Nilsen, Reinart, Lukasse, 2017). Não posso deixar de partilhar sobre o tanto que representou pessoal e profissionalmente as vivências em cada nascimento. A consciência de um percurso científico, honesto e sempre respeitado, contribuiu para uma experiência segura e memorável para todos os seus intervenientes, pelo que apesar da reflexão aqui documentada, muito ficará para cogitar através de memórias e histórias de vida pessoais e profissionais. No período expulsivo, após a extração dos ombros, sugeri à mulher se pretendia “vir buscar o seu filho”, sustentando nas suas mãos a saída do resto do corpo. Consciente das recomendações da OMS (2018) sobre a clampagem tardia do cordão umbilical em RN saudáveis, e caso a mulher/casal não se manifestassem previamente sobre este cuidado, foi explicado aos progenitores os benefícios desta opção e cumprida a clampagem tardia. Este momento acompanhava a transição do RN à vida extrauterina, através da realização do contato pele a pele, sempre que o seu estado o permitisse e a mãe/casal o desejasse. Os benefícios da realização do contato pele a pele, contínuo e prolongado, durante a primeira hora de vida do RN, tal como preconizado pela OMS (2018), incluem a curto prazo, o favorecimento do início e manutenção do aleitamento materno exclusivo, a transição do RN à vida extrauterina (termorregulação, regulação cardiorrespiratória, metabólica e emocional), a promoção do processo de vinculação (Moore, Bergman, Anderson, Medley, 2016), e a redução da ocorrência de hemorragia no pós-parto, pelo estímulo ocitócico (de Sá, Rabelo, 2021). A condição do RN ao nascimento era avaliada pela relação do índice de APGAR atribuído, com a informação da gestação e do processo de nascimento conhecidas, e vigiada por mim durante a reparação perineal, se necessária, ou pelo casal à posteriori e de acordo a capacitação na observação sobre sinais e sintomas de alerta. A administração da vitamina K intramuscular para a prevenção da doença hemorrágica do RN, foi realizada após o consentimento informado dos pais e maioritariamente em contato pele a pele, com o intuito de minimizar o desconforto para o RN.

Durante este momento e tal como protocolado institucionalmente, foram colocadas as pulseiras de identificação e eletrónica ao RN, após explicação da necessidade das mesmas, e validação dos dados pelos progenitores. O início do aleitamento materno foi promovido durante este tempo, reconhecendo na primeira hora de vida, uma oportunidade de *ouro*, na sensibilização sensorial e instintiva do RN para a vivência deste processo (Widström, Brimdyr, Svensson, Cadwell, Nissen, 2019). A observação do comportamento e disposição do RN, permitiu se iniciasse a amamentação durante a primeira hora de vida, maioritariamente nas posições de back lying, e de side lying. A par do conforto e posicionamento maternos, esclareci a mulher/casal sobre a importância da posição do RN, da identificação dos sinais precoces de fome e da realização de uma pega adequada na continuidade do processo de amamentação. A prestação de cuidados no momento do nascimento, permitiu-me ainda por duas vezes, desenvolver competências na abordagem da distócia de ombros. Considerada uma emergência obstétrica, pela sua associação ao aumento da morbilidade e mortalidade perinatal (Afonso, Fonseca, Clode, Graça, 2017), a distócia de ombros caracteriza-se, segundo a American

Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), pela necessidade de usar manobras obstétricas adicionais, na exteriorização dos ombros, aquando do nascimento (Sokol, Blackwell, 2003). Nas duas situações vivenciadas o diagnóstico de distócia ditou-se, pela constatação do *sinal da tartaruga*, descrito na literatura como a retração da cabeça fetal contra o períneo materno (Ayres de Campos, 2011). Em ambas as situações, foi mencionado a todos os profissionais de saúde presentes, o diagnóstico da situação, de forma a consciencializar, otimizar e gerir recursos e intervenções necessárias à sua resolução (Ayres de Campos, 2011). A resposta em ambos os casos, resumiu-se à utilização concomitante da manobra de McRoberts, e pressão suprapúbica, sem verificação de complicações maternas ou neonatais. De acordo com Afonso et al, (2017) a realização das duas manobras descritas, é frequentemente eficaz na resolução da distócia de ombros, e responsável por minimizar as complicações neonatais.

A prestação de cuidados durante o terceiro estadio do trabalho de parto, permitiu-me desenvolver competências no âmbito da avaliação dos sinais e tipo de descolamento da placenta, bem como na inspeção da placenta e respetivas membranas. Em todos os partos assistidos o nascimento da placenta aconteceu de forma espontânea, e eu adotei inicialmente uma atitude expectante e posteriormente ativa, respeitando os *timings* considerados para esta etapa. Tal como recomendado (Fatia, Tinoco, 2016) (OMS, 2018), realizei a tração controlada do cordão, a administração profilática de oxitocina de acordo com o protocolo institucional, e a verificação do globo de segurança de Pinard para a prevenir a hemorragia no pós-parto. Finalmente e durante o quarto estadio de trabalho de parto, ou puerpério imediato (Fatia, Tinoco, 2016), tive oportunidade de monitorizar os parâmetros vitais e sinais e sintomas de alerta, bem como avaliar a presença do globo de segurança de pinard e quantificar as perdas vaginais. Sinto necessário caraterizar a ocorrência de um episódio de hemorragia no pós-parto, no contexto de atonia uterina, cuja vivência me permitiu não só intervir, mas também treinar o meu raciocínio e julgamento clínicos, e colaborar no âmbito da equipa multidisciplinar na sua eficaz resolução. A reflexão sobre este episódio foi realizada sobre o formato de jornal de aprendizagem que partilho no Apêndice XIII. Ainda durante este período realizei a reparação perineal quando necessário, otimizando sempre que solicitado o controlo da dor ou desconfortos subjacentes. A realização da sutura perineal foi uma das intervenções onde senti um franco desenvolvimento ao longo do EC, com uma crescente progressão de competências na sua execução técnica e visual. Durante todo o puerpério imediato mantive uma atitude vigilante e presente, face a todos os intervenientes, apoiando inteiramente o nascimento de cada uma das famílias que acompanhei, através de processos de educação para a saúde que objetivassem a continuidade de cuidados maternos e neonatais (Santos, Baptista, 2016). Resgatar a percepção de cada mulher/casal face à experiência vivenciada, foi um cuidado frequente, uma vez que desta partilha emergiram importantes aprendizagens e reflexões profissionais. Após as duas horas que caraterizam o quarto estadio do trabalho de parto, e sempre que não houvessem complicações maternas ou neonatais, acompanhei a puérpera e o RN ao serviço de internamento onde permaneceriam até à alta hospitalar em alojamento conjunto. Aquando desta

transferência, realizei transmissão de informação clínica e não clínica que considerei relevante e pertinente para a continuidade de cuidados personalizados e respeitados. Por último importa-me caracterizar a utilização no partograma, tal como recomendado pela OMS (2018), da progressão do trabalho de parto durante a fase ativa, como forma de monitorizar e detetar precocemente desvios da sua normalidade. A utilização desta ferramenta em todos os trabalhos de parto, permitiu-me flexibilizar o meu olhar sobre os contornos de cada processo, registar as minhas intervenções e promover a continuidade e segurança dos cuidados prestados (Medeiros, Freire, Santos, Silva, Batista, Menezes, 2020).

A vivência no SUOG permitiu-me desenvolver competências referentes à avaliação da grávida em trabalho de parto, bem como associar os sinais e sintomas descritos aos critérios de diagnóstico de verdadeiro trabalho de parto. De acordo com Fatia & Tinoco (2016), o início do trabalho de parto, caracteriza-se por “contrações uterinas regulares e com sensação dolorosa, em frequência e intensidade, ao mesmo tempo que se dá a extinção cervical, iniciando a dilatação” (p.308). Sempre que de acordo com a avaliação no SUOG não existissem critérios clínicos e/ou físicos para internamento no bloco de partos, desenvolvi processos de educação para a saúde com o intuito de capacitar a grávida a identificar o verdadeiro trabalho de parto, compreender as características da fase latente, identificar sinais e sintomas de alerta, ou o controlo não farmacológico da dor. Nas situações descritas, o enfoque das minhas intervenções procurou minimizar a ansiedade e o desconhecimento da mulher e potenciar a sua autonomia e responsabilidade na condução do trabalho de parto. Das aprendizagens desenvolvidas no âmbito do SUOG e no contexto da prestação de cuidados à mulher em trabalho de parto, não posso deixar de refletir sobre os cuidados prestados no decurso de uma perda gestacional. Enquanto profissional e como mãe e mulher, reflito no profundo impacto emocional que esta vivência acarreta. Acredito que é através da reflexão sobre o nosso estar em relação a vivências tão pessoais e únicas, que podemos encontrar recursos, permanecer e acompanhar de forma empática e diferenciada momentos tão significativos. Reconheço que a minha bagagem profissional, pela experiência e perícia desenvolvidas ao longo de 12 anos da prestação de cuidados ao doente crítico, me favoreceram a construção de estratégias de reconhecimento e aproximação aos processos de luto e perda, pela recorrência e necessidade implícitas no meu passado profissional. A literatura consultada, documenta a falta de preparação dos profissionais de saúde, bem como desvalorização e o não reconhecimento sociais da perda gestacional (Alves, Araújo Celestino 2020). A situação que acompanhei, acometeu uma gravidez de baixo risco, com 33 semanas e 4 dias, vigiada no SNS. No domicílio a grávida percecionou a diminuição dos movimentos fetais e reconhecendo este sinal de alerta recorreu ao serviço de urgência, onde se tentou detetar, sem sucesso, a frequência cardíaca fetal, e seguidamente se realizou ecografia abdominal que confirmou a morte fetal. A perda fetal é considerada pelas mulheres que a vivenciam como uma experiência dolorosa e avassaladora, com impacto multidimensional nos seus intervenientes (Miranda, Zangão, 2020).

O acolhimento desta grávida no bloco de partos para a indução do trabalho de parto por

prostaglandinas, tal como protocolado, foi realizado por mim, tendo tido o cuidado de a acomodar no quarto mais distante dos ocupados por mulheres em trabalho de parto, com o intuito de minimizar a sua percepção de outros nascimentos. O pai do bebé e como solicitado pela grávida, foi incluído neste processo deste o acolhimento, e após resultado negativo para a COVID-19, face à realidade do momento pandémico. O comportamento inicial da grávida foi alternando entre o choro copioso e o silêncio. Posteriormente e durante o meu turno, a informação foi transmitida na medida das solicitações da mulher/casal, incluindo sempre espaço e tempo necessários à expressão e validação de emoções que a/os acometiam. Procurei reconhecer o feto como Pessoa, atribuindo-lhe o nome escolhido e um significado único e especial na sua breve vida. Perante a complexidade deste evento, compete ao EESMO prestar cuidados cientificamente fundamentados e de qualidade, envoltos numa esfera de proximidade e empatia, com o intuito de desenvolver estratégias adaptativas, positivas e terapêuticas (Miranda, Zangão, 2020). Durante a minha prestação de cuidados, o trabalho de parto não se iniciou, contudo, e com o intuito de continuar e promover cuidados personalizados, durante a transmissão de ocorrências, partilhei com a equipa de enfermagem, os desejos e intenções do casal previamente identificados e promotores de uma experiência significativa.

3.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no período pós-natal

O desenvolvimento de competências na prestação de cuidados no período pós-natal, aconteceu no contexto de bloco de partos, como previamente descrito, e ainda no internamento de obstetrícia e ginecologia, cuja ocupação contempla o puerpério e durante o curso de recuperação pós-parto, realizado no contexto de cuidados de saúde primários. As aprendizagens desenvolvidas nestes contextos, foram galvanizadas pelo significado e interesse pessoais que atribuo a esta área, mediando positiva e objetivamente a minha identidade como EESMO. A pertinência de cuidados durante este período, é imbuída em complexidade e acréscimo de vulnerabilidade materna e neonatal (World Health Organization, 2015) o que legitima uma abordagem especializada e multidisciplinar. O parecer nº 21/2017 sobre as dotações seguras em obstetrícia (Ordem dos Enfermeiros, 2017), refere que a prestação de cuidados nos serviços de internamento de puerpério deve ser assegurada exclusivamente pelo EESMO, atribuindo a este, um conjunto próprio de saberes científicos, técnicos e humanos, indispensáveis a esta área da especialização. A prestação de cuidados no período pós-natal, objetiva apoiar globalmente a transição e adaptação à parentalidade e é assente em processos de educação para a saúde, que visam prevenir complicações e promover o bem-estar, a autonomia e os cuidados à mulher/RN/família na comunidade (Santos, Baptista, 2016). Desta forma e durante o contexto de internamento, tive oportunidade de desenvolver competências na avaliação física e psico-emocional da puérpera, na capacitação das competências parentais nos cuidados ao RN, e na vigilância do seu estado de saúde. As necessidades da mulher/família em contexto de puerpério,

debruçaram-se maioritariamente sobre temas como o controlo da dor, o aleitamento materno e o choro do RN. A experiência de dor durante o pós-parto, compreende um fenómeno multidimensional com um significado próprio para cada mulher, em resposta ao trauma abdominal ou perineal induzido pelo processo de nascimento, bem como pelos processos fisiológicos de involução uterina, reajuste postural, e adequação da pega do RN durante a amamentação (Guerra, 2016) (Brito, Caldeira, Salvetti, 2021). A experiência de dor durante este período, pode influenciar negativamente a recuperação, o bem-estar e a qualidade de vida maternos, dificultar os cuidados e vinculação ao RN, e potenciar a ocorrência de depressão pós-parto (Pereira, Souza, Beleza, 2017). O reconhecimento e a avaliação da dor pelo enfermeiro no puerpério, são fundamentais, na materialização de intervenções de enfermagem eficazes e adequadas ao seu alívio (Guerra, 2016), à prevenção de complicações e à promoção de processos adaptativos de transição para a parentalidade (Brito et al, 2021). Tal como preconizado pela DGS (2003), durante a observação da puérpera era incluída a caracterização e avaliação da dor, através do método da escala numérica, previamente explicada e validada. De acordo com a localização e determinação da dor, as intervenções planeadas incluíam uma pluralidade de medidas farmacológicas e não farmacológicas, carentes de acompanhamento e reavaliação, objetivando o controlo da dor. O tema do aleitamento materno foi amplamente explorado no contexto de cuidados em pós-parto. Tal como descrito no regulamento de competências específicas do EESMO (Regulamento 391/2019), é da sua responsabilidade intervir e capacitar a mulher/família na promoção, adesão e manutenção do aleitamento materno (AM), sempre que este seja reconhecido no projeto de maternidade de cada família. A diferenciação de cuidados prestados pelo EESMO, representa um valioso recurso com impacto determinante na implementação de práticas promotoras do AM, quer no seio das equipas profissionais em que exerce, quer diretamente no contato com as famílias (Miranda, Zangão, Risso, 2017). As políticas de saúde atuais, reconhecem na prática do AM em exclusivo até aos seis meses de vida, e em complementaridade com outros alimentos até aos dois anos de idade ou mais, uma premissa valiosa com impacto positivo no desenvolvimento global do RN, na saúde da mãe e na sustentabilidade do planeta (World Health Organization, 2003) (McFadden et al, 2016) (Victora et al, 2016). Como mãe, mulher e profissional estou muito consciente da pluralidade de desafios que o AM pode acarretar, pelo que estes contextos de aprendizagem me permitiram não só constatar o impacto físico e emocional desta escolha para cada mulher/família, mas também exercitar e desenvolver competências práticas e relacionais no apoio ao AM. Em complementaridade a este feito, pude aprofundar saberes e polir intervenções, através da realização no âmbito da unidade curricular – Opção I – da formação de 45h em Aconselhamento em Aleitamento Materno (Apêndice XI). A realização de formação específica sobre o tema descrito, contribui para que o enfermeiro renove conhecimentos, treine competências e haja como dinamizador dos seus pares numa abordagem holística, qualificada e comprometida com as várias dimensões do AM (Almeida, Barros, Luz, Ued, 2015). Importa-me aqui caracterizar a aprendizagem desenvolvida durante a prestação de cuidados a uma família, após o nascimento do seu segundo filho. A existência

de uma história negativa de amamentação anterior, favoreceu o aparecimento de dúvidas do pai face a esta opção, ansiedade e insegurança da mãe quanto ao seu papel, e no seu conjunto, cisão e desunião do casal. Objetivando ultrapassar as dificuldades deste processo a puérpera tinha previamente realizado o curso de preparação para o parto e atentado no tema da amamentação, contudo a vivência do choro do segundo filho resgatou em ambos memórias de intranquilidade face ao projeto de amamentação. A par de uma presença e intervenção prática durante o internamento, e reconhecendo a importância do apoio familiar e da comunidade na manutenção do aleitamento materno após a alta hospitalar, procurei inicialmente dar voz a ambos, para que verbalizassem positivamente os seus medos e necessidades em resposta ao que estavam a viver. A mãe caracterizou a necessidade de se sentir apoiada e elogiada pelo pai quanto à decisão de amamentar, em detrimento da desconfiança sobre a qualidade e quantidade do seu leite. A partilha do pai, descreveu o medo que sentia, de que o RN não estivesse a ser alimentado convenientemente, que perdesse peso e não pudessem ter a alta dentro do tempo previsto. Posteriormente capacitei e tranquilizei o casal pela partilha em linguagem adequada de evidência que esclarecesse alguns aspetos sobre o AM. Recordei aspetos objetivos do RN (comportamento, sinais precoces de fome, frequência das eliminações), que podem após a alta hospitalar, contribuir para a validação da sua saciedade. Relembrei os *timings* de vigilância da saúde do RN após a alta, e da regular observação física e pesagem semanal por um profissional de saúde como forma de acompanhar, despistar e intervir se ocorrer algum desvio da normalidade. Caracterizei como a comunicação pelo choro do RN pode ser multifatorial, pelo que a sua leitura não deve ser taxativa e meramente correlacionada à fome, mas associada conscientemente a outras possibilidades (ambiente, stressores, desconfortos, insegurança, aconchego). Por último, assinalo o papel determinante do pai, na continuidade do AM, através de uma postura confiante, positiva e acolhedora das partilhas maternas. As dificuldades singulares atribuídas à amamentação, podem desencadear sentimentos de ansiedade e insegurança face às competências maternas, pelo que um apoio profissional contínuo, diferenciado e personalizado, contribui para o sucesso e manutenção do AM, tal como preconizado pela OMS (World Health Organization, 2003) (Lima, Lucas, 2016). Ao refletir sobre a minha abordagem na situação acima descrita, pretendo caracterizar o olhar microscópico que norteia as intervenções do EESMO, e maximizar um estar holístico que integra o passado relevante e aposta numa transformação positiva e pertinente para cada ecossistema familiar. No puerpério inicia-se um tempo privilegiado de construção e aprofundamento da relação entre os progenitores e o RN real. Compete ao EESMO, acompanhar este processo dotando os pais de informação que caracterize as competências do RN, os sinais de alerta, os cuidados práticos e seguros, e as rotinas saudáveis (Santos, Baptista, 2016). A expressão das necessidades do RN pelo choro, é algo que preocupa os pais, pelo que importa, reconhecê-lo como uma importante ferramenta de interação e conhecimento. Durante os cuidados à mulher/família que vivenciam o puerpério, tive oportunidade de explorar as múltiplas causalidades do choro e respetivas estratégias de resposta e atenção. A importância da disponibilidade, do aconchego, do colo, do contato e da tranquilidade no

manejo do choro, coliga-se a uma outra necessidade essencial a este tempo, a do descanso parental, da delegação de tarefas e forte enfoque na dinâmica do núcleo familiar. A preparação para a alta hospitalar acontece através de processos de educação para a saúde verbais e práticos, e desde o primeiro contacto estabelecido de acordo com as orientações institucionais e as necessidades expressas pela família. A reflexão conjunta com a mulher/família sobre a realidade após a alta hospitalar, permite que se considerem previamente recursos, opções e estratégias que facilitem e descomplicuem este tempo.

A importância da continuidade de cuidados na comunidade, permite acompanhar o projeto de parentalidade de cada mulher/família à luz de um novo contexto, de novos estímulos e desafios próprios (Cabrera, 2018), pelo que foi muito positivo perceber a importância e validade atribuídas pelas puérperas ao curso de recuperação pós-parto no EC de cuidados de saúde primários. A participação no contexto do grupo, objetiva não só estimular a construção de uma rede de apoio e partilha entre mães que vivenciam um momento semelhante, mas também continuar a aquisição de competências, vigiar a saúde o bem-estar da mulher/família e prevenir e detetar precocemente complicações. A vigilância e capacitação sobre o estado emocional da mãe/família quer durante o período de internamento, quer na prestação de cuidados na comunidade, assumiu a par das intervenções já descritas o seu protagonismo. Apesar da amplitude na sua prevalência (Norhayati, Hazlina, Asrenee, Emilin, 2015) os aspetos emocionais associados ao pós-parto são frequentemente subvalorizados e influenciados por fatores obstétricos, psicológicos e sociodemográficos. A depressão pós-parto, influencia negativamente a qualidade de vida materna, o processo de vinculação, e o desenvolvimento intelectual, afetivo e emocional da criança, pelo que a sua deteção e diagnóstico precoce, subsidiam uma sucessão de ganhos em saúde (Arrais, Araujo, Schiavo, 2018). Em cada oportunidade de cuidados no pós-parto e apoiada numa relação de confiança, empática e segura, explorei o tema das vivências emocionais no pós-parto de forma dual, seus sinais e sintomas de alerta, aponte os recursos na comunidade, e apliquei a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo tal como preconizado para a vigilância da gravidez de baixo risco (DGS, 2015), com o intuito de capacitar a mulher para os seus processos emocionais, de detetar precocemente alterações e referenciar para o profissional de saúde mais habilitado.

3.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

As aprendizagens desenvolvidas no contexto de cuidados de ginecologia, permitiram-me desenvolver competências à mulher que vivencia processos de saúde/doença, quer no âmbito das consultas quer, quer no âmbito do internamento. No contexto de internamento de ginecologia, acompanhei o acolhimento e colheita de dados, bem como a preparação pré-operatória, recuperação pós-operatória e alta para a comunidade de uma utente submetida a laqueação por via laparoscópica. A

abordagem global do processo de enfermagem no internamento, permitiu-me não só estabelecer uma relação de proximidade e confiança, como também planear intervenções personalizadas e adequadas às reais necessidades da mulher submetida a cirurgia ginecológica programada. As particularidades do plano de cuidados para o doente cirúrgico, apresentam durante as etapas de diagnóstico, intervenção, implementação e avaliação, claros contributos na diminuição de riscos e minimização de stressores face à atual vivência (Galvão, 2002). O cuidado centrado na pessoa, constitui, um marco indelével da qualidade dos cuidados que se prestam. “Colocar o paciente no centro dos cuidados, significa respeitar as suas preferências, necessidades e autonomia, bem como envolvê-lo nas decisões de saúde de acordo com as suas escolhas.” (Laranjo, 2015, p.372). A evolução cronológica do conceito de cuidado centrado na pessoa, é caracterizada em termos práticos, segundo McComark & McCance, (2017), por quatro constructos: os *pré-requisitos*, que correspondem aos atributos e competências de quem presta cuidados, o *ambiente de cuidados*, relacionado com o contexto de prestação de cuidados, o *processo centrado na pessoa*, que engloba as atividades desenvolvidas, e os *resultados*, cuja operacionalização, concretiza a prática de cuidado centrado na pessoa. As actuais políticas de saúde institucionais, sustentam-se numa prática de cuidados holísticos e centrados na pessoa, como forma de maximizar globalmente a experiência do cliente, a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados (McComark, McCance, 2017). Desde o início da minha formação profissional que o conceito de *cuidar* surge como uma das competências essenciais do *ser* enfermeiro. Pelo o cuidar como EESMO neste contexto assume representatividade através de um fenómeno intencional, que decorre do encontro entre enfermeiro e doente/família, envolvendo uma atitude consciente e complexa assente em pressupostos éticos, os melhores conhecimentos científicos e uma clara contribuição para a satisfação das necessidades do doente/família. Apesar dos cuidados cirúrgicos não serem novidade pela minha história profissional, aprendi sobre a prática da analgesia multimodal, como forma de abordar e controlar a dor aguda no pós-operatório. A analgesia multimodal ou balanceada tem vindo a ser utilizada na profilaxia e tratamento da dor pós-operatória. Consiste na administração simultânea de uma combinação de analgésicos, opióides e não-opióides que ao atuarem em locais distintos do sistema nervoso (periférico e central), melhoram e prolongam o controlo da dor e apresentam menos incidência dos efeitos secundários (Sarmiento et al, 2013). Ao acompanhar uma outra utente submetida a histerectomia por via laparoscópica e durante a avaliação dos sinais vitais e realização do penso cirúrgico, observei alguma apreensão quanto às consequências da cirurgia realizada. Proporcionei um ambiente seguro e adequado à verbalização das suas dúvidas: corri a cortina individualizando o nosso espaço, respeitei e mantive o meu tom de voz (quase em segredo) idêntico ao seu e olhei nos seus olhos. A utente tinha receio que a cirurgia condicionasse a vivência da sua sexualidade. Após o meu esclarecimento, clarificação e validação da informação transmitida, senti que a linguagem não verbal da utente relaxou e houve uma tranquilização perante a questão. O cuidado é individualizado, requer empatia, transcendência e é valorizado por quem o recebe (Vale, Pagliuca, 2011) Em enfermagem o ato de cuidar “...promove e restaura o bem-estar físico, psíquico e social...”, revelando-se através de

“...um conjunto de ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que transcendem o tempo da própria ação” (Souza et al, 2005, p. 266). No ambiente da consulta tive oportunidade de participar em diferentes contextos de atuação, pelo que aprofundei as competências do EESMO face à gestão e funcionamento das consultas de ginecologia e obstetrícia. Tem à sua responsabilidade a gestão dos recursos humanos, materiais e técnicos, bem como a operacionalização e o encaminhamento de emails sobre diversas temáticas no âmbito da consulta. Compete-lhe também supervisionar o trabalho da equipa de enfermagem e auxiliar que prestam apoio à consulta médica em ginecologia, e a otimizar as relações interprofissionais. No âmbito da consulta de patologia do colo tive oportunidade de realizar diversas observações ginecológicas através do colposcópio, o que me permitiu observar a reação da mucosa à aplicação do ácido acético diluído, como forma de identificar e distinguir a presença de áreas patológicas, das não patológicas. Realizei duas citologias de rastreio para o papiloma vírus humano (HPV) para as quais manipulei e coloquei o espécúlo, sendo que tive alguma dificuldade em encontrar e posicionar o colo do útero. Os fragmentos colhidos seguem em meio húmido para a anatomia patológica, tal como preconizado pelo consenso sobre infeção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014), devido à diminuição dos falsos negativos quando enviados em meio seco (lâmina). De acordo com Sellors e Sankaranarayanan (s.d), cabe ao enfermeiro explicar o procedimento à mulher, com intuito de favorecer a sua compreensão, tranquilização e participação para que o sucesso do exame. O objetivo da histeroscopia é observar a cavidade uterina e/ou tratar a sua patologia benigna. Durante os exames em que participei houve resseção de pólipos endometriais, miomas submucosos e exploração da cavidade uterina para realização de biópsia. Para mim, tem especial interesse refletir sobre o desempenho do enfermeiro que presta apoio ao médico durante a realização da histeroscopia. Cabe-lhe verificar, preparar e montar o histeroscópio, prestar apoio emocional à mulher que sente dor e vulnerabilidade, fazer os ensinamentos antes, após o exame e quais os sinais de alerta para recorrer ao serviço de urgência e ainda realizar um follow up telefónico nas 24h posteriores ao procedimento. De acordo com a International Confederation of Midwives (2019), é da responsabilidade do enfermeiro obstetra, ministrar educação para a saúde, de elevada qualidade e culturalmente sensível com objetivo de promover uma vida familiar saudável.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A profissão de enfermagem detém a sua autorregulação definida tanto pelo Código Deontológico, quanto pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Ordem dos Enfermeiros, 2005) (Lei nº. 156/2015) (Lei nº. 161/96). Estes referenciais caracterizam as regras, e os princípios éticos e deontológico a obedecer no exercício de todas as áreas da profissão, na qual se insere a investigação. Nacionalmente o acervo de competências comuns descritos para o enfermeiro especialista, acentua a sua responsabilidade profissional, numa prática sustentada pelos pressupostos já descritos (Regulamento nº 140/2019). O respeito e reconhecimento dos direitos e deveres profissionais, acompanha a realização e o cumprimento dos princípios éticos para a profissão. A jornada de aprendizagem que aqui traduzo, foi norteada pelos pressupostos mencionados, indissociáveis a todas as relações, métodos e intervenções desenvolvidos para a obtenção do grau académico de mestre e título de especialista. O meu estar pontuou um percurso cientificamente sustentado, e objetivou em todos os momentos contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, e estabelecer uma relação de total respeito pelos direitos da mulher/família.

Nos diversos contextos de aprendizagem, dignifiquei a pessoa humana, respeitei os seus valores universais (igualdade, verdade, justiça, liberdade, altruísmo e solidariedade), e incorporei-a sempre que necessário ou manifesto no seu plano de cuidados, através da informação e respetivo consentimento. O código deontológico (Lei nº. 156/2015), advoga não só a defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana, mas também a do enfermeiro no exercício das suas funções. Os processos de aprendizagem e de investigação desenvolvidos, observaram na sua dinâmica e metodologia, os princípios bioéticos para a prática da Enfermagem, nomeadamente: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Em resposta aos princípios supracitados, considero que durante a minha abordagem, caracterizei o meu estar como aluna da especialidade; transmiti informação adequada e pertinente às tomadas de decisão; solicitei o consentimento prévio a cada intervenção; respeitei o sigilo profissional em todas as intervenções académicas e profissionais (escritas/orais); fomentei a privacidade e construí uma relação de confiança e parceria, com enfoque na autonomia beneficência e responsabilização da mulher/família face à sua situação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O epítome deste percurso académico, assume-se pela entrega, apresentação e discussão públicas deste relatório. A reflexão aqui partilhada caracteriza um tempo de profunda transformação, pelo que não posso deixar de acolher a forte onda de energia que a minha experiência de maternidade, gerou na ressignificação do meu sentido profissional. O trajeto de aquisição de competências como EESMO, foi imbuído na minha forma consciente e única, de ser e estar como pessoa no mundo, contribuindo para acrescentar e renovar a identidade da Enfermagem. As vivências descritas nos diversos contextos, foram sustentadas pela filosofia de cuidados obstétricos, que reconhece e acolhe o protagonismo da mulher ao longo das diversas etapas do seu ciclo reprodutivo (Ordem dos Enfermeiros, 2015). As competências e saberes atribuídos ao EESMO contribuem significativamente para uma experiência positiva da mulher/família, promovendo a sua saúde, homeostasia e bem-estar, prevenindo complicações e detetando precocemente desvios à sua normalidade. Consciente da minha responsabilidade profissional, a jornada de aprendizagem foi a cada momento académico e clínico, envolvida em compromisso, estudo e prática, contribuindo para a compreensão dos fenómenos e conceitos, aperfeiçoamento técnico e melhoria progressiva da qualidade dos cuidados prestados. Sinto que esta nova identidade será eternamente inacabada, face à permanente necessidade de atualização e cuja maturação se impõe ao longo deste novo desenho profissional. A aquisição de competências gerais e específicas, acompanhou o desenvolvimento inerente à obtenção do grau académico de mestre, através dos processos de problematização, fundamentação científica, juízo crítico e tomada de decisão. A escolha do tema em investigação - Nascimento do Segundo Filho: Vivências Maternas no Puerpério, - Competências do Enfermeiro Obstetra, é sustentada pela pertinência previamente inferida à luz da revisão sistemática de literatura apresentada, representa um olhar mais amplo e abrangente das variáveis de cada mulher/família, e simboliza o envolvimento para com o progresso da disciplina da Enfermagem. Acompanhar a consecução do papel materno, à luz da teoria de médio alcance de Ramona Mercer, é galvanizar uma prestação de cuidados consciente, científica e modelada, que compreende holisticamente os processos de desenvolvimento materno e o seu impacto na transição familiar. A crença de que o nascimento do segundo filho corresponde a um processo facilitado é aqui iluminada, pelos novos desafios que se impõem à mulher e família, apesar da experiência de maternidade anterior. Esta adaptação é complexa, e carece de um olhar próprio e empático, uma vez que exige uma reorganização de papéis e competências parentais, uma transformação dos relacionamentos e interações com vista à harmonia e equilíbrio familiar. A chegada de um novo membro à família, acarreta desafios e necessidades pessoais e familiares únicos, que devem ser considerados pelos profissionais de saúde intervenientes. O presente trabalho não pretende afunilar ou absolutizar a vivência materna no puerpério do segundo filho, mas sim, abrir caminho ao debate e reflexão profissionais, e potenciar a mudança criativa para novas intervenções e abordagens à mulher/família. Deixo como reflexão e sugestão aprofundar esta temática num contexto académico

superior e a realização de uma consulta nos períodos pré e pós-natal com o intuito apoiar as idiossincrasias desta transição familiar, rica em complexidade e campo de ação/intervenção. A educação para a saúde realizada desde a pré conceção e durante todo o ciclo de transformação familiar incluindo o puerpério, representa uma forma positiva e oportunidade eficaz de contribuir para ganhos globais na saúde da mulher/família. O apoio de um profissional de saúde diferenciado durante este período traduz-se numa forma privilegiada de acompanhar a mulher na sua jornada de individuação materna. O reconhecimento desta realidade familiar, permite que se construam planos de cuidados transacionais, integrais e únicos, favorecedores da adaptação materna e familiar. Considero que a partilha e a reflexão, aqui objetivadas, acompanham a consecução dos objetivos a que me propus, e espelham um percurso de formação avançada, sustentado pela aquisição de competências atribuídas ao EESMO, e legitimado pela obtenção do grau académico de mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. Reinar, L. Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 6. Art. No.: CD006672. [DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3)
- Adams, W. (1985). The missing triad: The case of two child: families. *Family process*. 24. 409-413
- Afonso, M. C., Fonseca, A. Clode, N. Graça, L. M. (2017). Distócia de ombros: manobras obstétricas e morbilidade associada. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 11(1), 28-33.
- Almeida, J.M., Barros, S.A., Luz, A.B., Ued, F.V. (2015) Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Paulista de Pediatria*. (33). 355-356.
- Alves, R. S. S., de Araújo Celestino, K. A. (2020). De braços vazios, nos braços da dor: Perda gestacional e neonatal. *Research, Society and Development*, 9(11), e5459119804-e5459119804.
- Andrade, M., Demitto, M., Dell Agnolo, C. M., Torres, M., Morbin, Carvalho, M. D., Pelloso, S. M. (2017). Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (18). 8-13
- Arrais, A. D. R., Araujo, T. C. C. F. D., Schiavo, R. D. A. (2018). Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38, 711-729.
- Armstrong R., Belinda J. Hall, Doyle J., Waters E., (2011) ‘Scoping the scope’ of a cochrane review, *Journal of Public Health*, 33, 147–150,
- Aston, M., Price, S., Etowa, J., Vukic, A., Young, L., Hart, C., MacLeod, E., Randel, P. (2015). The power of relationships: exploring how public health nurses support mothers and families during postpartum home visits. *J. Fam. Nurs.* 21, 11–34. [DOI:10.1177/1074840714561524](https://doi.org/10.1177/1074840714561524)
- Ayres de Campos, D. (2011). Distócia de Ombros. In D., Ayres de Campos, I., S., Silva, F., G., Costa (Coords). *Emergências Obstétricas* (p.31-44). Lisboa: Lidel.

Ayres-de-Campos, D., Spong, C.Y., Chandrachan, E. (2015). FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *Int J Gynaecol Obstet*. Oct;131(1):13-24.

[DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.06.020](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020)

Azevedo, C. C. S., Hirdes, A., Groff, V. (2020). “Repercussões emocionais no contexto da gestação de alto risco”, *International Journal of Development Research*, 10, (09), 40216-40220

Baratieri, T., Natal, S. (2019). Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciências & Saúde Colectiva*. 24(11). 4227-4238

Barker, J., Daniels, A., O’Neal, K., Van Sell, S. L. (2017). Maternal-newborn bonding concept analysis. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*. 4(229), 1-6.

Barnes, M. W. (2013). Having a first versus a second child: Comparing women’s maternity leave choices and concerns. *Journal of Family Issues*, 34(1), 85–112.

Bassi, M., Delle Fave, A., Cetin, I., Melchiorri, E., Pozzo, M., Vescovelli, F., Ruini, C. (2017). Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. *Journal of reproductive and infant psychology*. 35(2), 183–195.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1290222>

Bastos, S. C., Glécias, M. R., Voltarelli, A., Pinheiro de Moraes, S. R., Sakman, R. (2020). Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal. *Global Academic Nursing Journal*, 1(1), 1-6. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200002>

Biroli, F. (2014). Família: novos conceitos. São Paulo: *Fundação Perseu Abramo*

Baratieri, T., Natal, S., (2019). Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciências & Saúde Colectiva*. 24(11). 4227-4238

Benner, P. (2001) - De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Ed. comemorativa. Coimbra: Quarteto Ed., 2001. 294, [1] p. ISBN 972-8535-97-X

- Brilhante, A. F., Vasconcelos, C. T. M., Bezeera, R. A., Lima, S. K. M., Castro, C. M. B., Fernandes, A. F. C. (2016) Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. *Rev Rene*. Fortaleza/Ceará. 17. n. 4, p. 569-75.
- Brink, E., Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 3, 563–567.
- Brito, A. P. A., Caldeira, C. F., Salvetti, M. D. G. (2021). Prevalência, características e impacto da dor no período pós-parto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55.
- Brower, E. J., Nemec, R. (2017). Origins of Evidence-Based Practice and What it Means for Nurses. *International Journal of Childbirth Education*, 32(2), 14-18.
- Cabrera, J. P. (2018). Maternal Role Attainment Theory: Promoting Maternal Identity and Family Health. *International Journal of Childbirth Education*, 33(2), 21–23.
- Camacho, E., Teixeira, W., Gusmão, A., C., Carmo L. F., Cavalcante, R. L., Silva, E., F. (2019). Conhecimento e aplicabilidade dos métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros obstetras para alívio da dor no trabalho de parto. *Nursing (São Paulo)*. 22(257), 3192–3197. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i257p3192-3197>
- Canário, C., Figueiredo, B. (2017). Anxiety and depressive symptoms in women and men from early pregnancy to 30 months postpartum. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(5), 431–449. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1368464>
- Chapman, J., Hart, S. (2017). The transition from mother of one to mother of two: mother's perceptions of themselves and their relationships with their firstborn children. *Infant Mental Health Journal*, 38(4), pp.475-485.
- Clandinin, D. J., Conelly, F., M. (2011) Pesquisa narrativa: experiências e história na pesquisa qualitativa. Tradução: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEL/UFU. Uberlândia: EDUFU.
- Corrêa, M. S. M., Feliciano, K. V. O., Pedrosa, E. N., Souza, A. I. (2017). Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad. Saúde Pública*. 33 (3). 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136215>

- Decreto Lei nº 65/2018 (2018). Artigo 15º: Grau de Mestre. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República, 1ª série* (n.º 157 de 16-08-2018), p. 4162-4165
- de Sá, P. L. C., Rabelo, E. M. (2021). Contato pele-a-pele mãe/filho na primeira hora de vida: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(35).
- Dessen, M.A. (1997). Desenvolvimento familiar: transição de um sistema triádico para poliádico. *Temas em Psicologia*, 5(3), 51-61.
- Dessen. M.A., Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria. e Pesquisa*. (16), n.3, pp.221-231.
- Dias, E. G., Ferreira, A. R. M., Martins, A. M. C., Nunes, M. M. J., Alves, J. C. S. (2018) Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. *Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem*. 9(2).
- Direção-geral de Saúde. (2003). Circular. Normativa n.9/DGCG. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa. Direção Geral de Saúde.
- Direção-geral da Saúde. (2008). Saúde reprodutiva e planeamento familiar. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Direção-geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direção-geral da Saúde
- Doi, J., Richardson, B., Grant, A., Aston, M., McMillan, D., Tomblin Murphy, G., Campbell-Yeo, M. (2021). Influence of parity and infant age on maternal self-efficacy, social support, postpartum anxiety, and postpartum depression in the first six months in the Maritime Provinces, Canada. *Birth*.48(3). 438–447. <https://doi.org/10.1111/birt.12553>
- Esteves, C. M., Sonogo, J. C., Lopes, R. D. C. S., Piccinini, C. A. (2013). A gestação do segundo filho: sentimentos e expectativas da mãe. *Psico*.44(4), 542-551.4
- Fatia, A., Tinoco, L. (2016). Fisiologia do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques, M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.321-323). Lisboa: Lidel.

- Fehring, R. (2004) The future of professional education in natural family planning. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33 (1): 34-43.
- Ferreira, A.F. (2016). Fisiologia do Puerpério. In M. Néné, R. Marques, M., A., Batista (Coords), Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438-442). Lisboa: Lidel
- Ferreira M., Giaxa, T., Popim R.T., Meneguim S. (2017) Dor como motivo de busca para assistência ao trabalho de parto hospitalar. *Rev. Eletr. Enferm.* 19. 1-8 Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/41332>
- FIGO (2012). Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. Management of the second stage of labor. *Int J Gynaecol Obstet.* 119(2):111-116.
- Figueiredo, B., Conde, A. (2011). Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects, *Journal of Affective Disorders*, 132, 146-157, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.007>.
- Fryer, J., Weaver, J. J. (2014). Should a postnatal birth discussion be part of routine midwifery care? *Br. J. Midwifery.* 22. 118–123. doi:10.12968/bjom.2014.22.2.118.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., Rossi, L. A. (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev. Latino-am. enfermagem*, 10(5), 690-695.
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, M.C. (2009). Maternal adjustment to the birth of a child: Primiparity versus multiparity. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 269–286.
- Graça, L. M. (2017). Parto pré-termo. In Graça, L. M., *Medicina Materno-Fetal* (p.333-348). Lisboa:Lidel.
- Goossens, J., De Roose, M., Hecke, A., V., Goemaes, R., Verhaeghe S., Beeckman, D., (2018) Barriers and facilitators to the provision of preconception care by healthcare providers: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies.* 87. 113- 130. ISSN 0020-7489. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.009>.

- Graça, P. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco
- Guerra, A., (2016). A Dor em Obstetrícia. In M. Néné, R. Marques, M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.408-410). Lisboa: Lidel.
- Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., Cesar, J. A. (2017). Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*. 33 (9). p.1-10.
- Hung, C. H. (2007). The psychosocial consequences for primiparas and multiparas. *The Kaohsiung journal of medical sciences*. 23(7).352–360.
- International Confederation of Midwives. (2014). Philosophy and Model of Midwifery Care. Acedido a 20-09-2021. Disponível em <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/philosophy-and-model-of-midwifery-care.html>
- International Confederation of Midwives. (2019). Essential competencies for Midwifery practice. Acedido a 13-05-2021. Disponível em <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essentialcompetencies-for-midwifery-practice.html>
- International Confederation of Midwives. (2021). ICN Report. 74th World Health Assembly Nursing action & impact in global health policy Acedido a 28-07-2021. Disponível em <https://www.icn.ch/publications>
- Joanna Briggs Institute (2020). *JBİ manual for evidence synthesis: 2020 Edition*. Australia: jbi. global. DOI: doi.org/10.46658/JBİMES-20-12.
- Krieg, D. B. (2007) Does Motherhood Get Easier the Second Time Around? Examining Parenting Stress and Marital Quality Among Mothers Having Their First or Second Child. *Parenting: Science and Practice*. 7(2). 149-175
- Koch, M. C. (2014). Ultrapassar a Perda Involuntária da Gravidez: um Modelo de Intervenção de Enfermagem. [Em linha]. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. [Acedido. 2021-08-12]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/27967>

- Kojima, Y., Irisawa, M., Wakita, M. (2005). The impact of a second infant on interactions of mothers and firstborn children. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 23:1.103-114. [DOI:10.1080/02646830512331330910](https://doi.org/10.1080/02646830512331330910)
- Laranjo, L. (2015). Cuidados de saúde centrados na pessoa e tecnologias de informação e comunicação: perspetivas atuais e futuras. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. (31).372–374
- Lei n.º 9/2009 (2009) Transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Diretiva n.º 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de novembro, que adapta determinadas diretivas no domínio da livre circulação de pessoas. Assembleia da República. Diário da República.1ª série. Nº44. 1466-1530. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/9-2009-604779>
- 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. 156/2015. (2015). Diário da República, 1ª série (Nº181 de 16-09-2015), p. 4454–4458. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Lei n.º 110/2019 (2019). Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Assembleia da República. Diário da República. 1ª Série. 94-101. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/110-2019-124539905>
- Lima, M.G., Lucas, I. (2016). Decidir amamentar: a importância das boas práticas do EESMO na adesão à amamentação. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. (8). 35-49.
- Lowdermilk, D. L. (2008). Anatomia e Fisiologia da Gravidez. In D., L., Lowdermilk, S., e., Perry. Lusodidacta (Ed). *Enfermagem na Maternidade* (pp.222-244). Loures: Lusodidacta.
- Martínez-Galiano, J.M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., Gómez-Salgado, M., Gómez-Salgado, J., (2019). Relationship between parity and the problems that appear in the postpartum period. *Sci Rep* 9, 11763. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-47881-3>

- Mazzo, M. H. S., Brito, R., Souza, N. L., Gama, A. P. (2012). Taking care of the puerpera after hospital discharge: A literature review. *Journal of Nursing UFPE online*. 6(11). 2823-2829. DOI: [10.5205/reuol.2185-16342-1-LE.0611201227](https://doi.org/10.5205/reuol.2185-16342-1-LE.0611201227)
- Mazzo, N. M. H., de Brito R. S. I. C., Feitosa, M., de Lima M. S., Silva E. C. (2018). Percepção das puérperas sobre seu período pós-parto. *Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 20(2). doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-2.ppsp>
- McCormack, B., McCance, T. (2017). *Person-centred Nursing and Health Care – Theory and Practice*. Oxford: Wiley Publishing
- McFadden, A., Mason, F., Baker, J., Begin, F., Dykes, F., Grummer-Strawn, L., Renfrew, M. J. for The Lancet Breastfeeding series group (2016). Breastfeeding achieving the new normal. *The Lancet* 387
- Medeiros, R., Figueiredo, G., Correa, Á. Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 40(1), p.1-12. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>.
- Medeiros, A. B. D., Freire, I. L. S., Santos, F. R. D., Silva, B. C. O. D., Batista, G. F. D. M., Menezes, M., M., D., (2020). Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. *rev. cuid. (Bucaramanga. 2010)*, e1046-e1046.
- Meighan M.M (2004) in Tomey, A. M., Alligood, M. R. (coords) *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência, 301-333.
- Mercer, R.T., (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nurs. Res.* 30, 73–77.
- Mercer, R.T., (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nurs. Res.* 34 (4), 198–203.
- Mercer, R.T., (1990). Predictors of parental attachment during early parenthood. *J. Adv. Nurs.* 15 (3), 268–280.
- Mercer, R.T., Ferketich, S.L, (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nurs. Res.* 43 (1), 38–43

- Mercer, R.T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., de Sousa, C., (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.335-347). Lisboa: Lidel.
- Miranda, L., Zangão, O., Risso, S. (2017). O Papel Do Enfermeiro No Sucesso Para O Aleitamento Materno: Revisão Da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. (3). 854-868.
- Miranda, A. M. C., Zangão, M. O. B., (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referência*, (3).
- Moore, E. R., Bergman N., Anderson G. C., Medley N., (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 11. Art. No.: CD003519. [DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4).
- Mori, E., Tsuchiya, M., Maehara, K., Iwata, H., Sakajo, A., Tamakoshi, K. (2017). Fatigue, depression, maternal confidence, and maternal satisfaction during the first month postpartum: A comparison of Japanese mothers by age and parity. *International Journal of Nursing Practice*, 23(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.12508>
- Moura, L.P. (2017). Hemorragias do primeiro trimestre. In Graça, L. M., *Medicina Materno Fetal* (p.294-299). Lisboa: Lidel.
- Moura-Ramos, M. (2006). Adaptação materna e paterna ao desenvolvimento de um filho: Percursos e contextos de influência. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Coimbra, Coimbra
- Mouta, R.J.O., Silva, T.M.A., Melo, P.T.S., Lopes, N.S., Moreira, V.A. (2017). Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Rev Baiana Enferm.* 31(4). doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275>.

- Munhoz, N.T., Schmdt, K.T., Fontes, K.B., (2015). Dificuldades vivenciadas por puérperas no cuidado domiciliar com o recém-nascido. *Journal of Nursing UFPE online*. 9(3). 7516-7523.
- Nadia, J., Parvaneh, M., Amal, S., Nahid, J., (2020). Relationship Between Marital Satisfaction with Maternal infant Attachment and Breastfeeding Self-efficacy in Primiparous and Multiparous Nursing Mothers. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 8 (1). 68–72.
- Norhayati, M., N., Hazlina, N., H., Asrenee, A., R., Emilin, W., M. (2015) Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord*. 175. 34-52
- Oliveira, D., Lopes, R. (2010). Implicações emocionais da chegada de um irmão para o primogênito: Uma revisão da literatura. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 97–106.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código deontológico do enfermeiro – Dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial de Saúde. (2008). Relatório Mundial de Saúde Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais que nunca.156.
- Organização Mundial de Saúde (2013). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde – 2ª ed. 123. ISBN 978 92 4 854843 7
- Organização Mundial de Saúde (2015). Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde.
- O'Reilly, M. M. (2004). Achieving a New Balance: Women's Transition to Second-Time Parenthood. *Clinical Research*, 33 (4), 455-462

- Palma, C.C. Donelli, T. M. S. (2017) Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*, Porto Alegre, v. 48, p. 216-230.
- Parecer n.º 123/2007. Sobre a possibilidade de os cursos de preparação para o parto serem ministrados por enfermeiros sem especialidade na área da saúde materna e obstétrica. 1-2.
- Parecer n.º 21/2017 (2017). Dotações seguras. Ordem dos Enfermeiros. Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Pereira, C. R. R., Piccinini, C. A. (2007). O impacto da gestação do segundo filho na dinâmica familiar. *Estudos de psicologia*. 24(3).385-395.
- Pereira, T. R. C., Souza, F. G., Beleza, A. C. S. (2017) Implications of pain in functional activities in immediate postpartum period according to the mode of delivery and parity: an observational study. *Braz J Phys Ther*. 21(1):37-43. [doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.bjpt.2016.12.003](http://dx.doi.org/10.1016/j.bjpt.2016.12.003)
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., McInerney, P., Khalil, H., Parker, D. Soares, C. B. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris, E. & Munn, Z. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute.
- Piccinini, C., Pereira, C., Marin, A., Lopes, R. (2007). O nascimento do segundo filho e as relações familiares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 253–261.
- Prada, F., Rafael, M., (2016). Partograma. In M. Néné, R. Marques, M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.348-352). Lisboa: Lidel.
- Reddy, N. (2012). A Comparative Study to Assess the Level of Perception on Postnatal Nursing Care between Primiparous and Multiparous Mothers at Selected Postnatal Wards Hassan. *International Journal of Nursing Education*, 4(1), 21-24. Retrieved from: <http://www.i-scholar.in/index.php/ijne/article/view/46208>
- Regulamento n.º140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série (N.º 26 de 06-02-2019), p.4744-4750. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Regulamento nº 391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário de República, 2ª série (N.º 85 de 03-05-2019), p.13560-13565. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Rodrigues, J. R. G. V., Rebelo-Botelho, M. A. (2020). Transição para o Segundo Filho: da Saúde às Políticas Públicas. *Ciência e Políticas Públicas*. VI (1). 139-157
- Salari, P., Nazari, S., Mazlom, S. R., Ghanbari Hashem Abadi B. A., (2013). Comparing Postpartum Stressors and Social Support Level in Primiparous and Multiparous Women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2(1):71-76.
- Salonen, A. H., Oommen, H., Kaunonen, M. (2014). Primiparous and multiparous mothers' perceptions of social support from nursing professionals in postnatal wards. *Midwifery*. 30(4), 476-485. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.05.010>
- Sandelowski, M. (1998). Writing a good read: Strategies for re-presenting qualitative data. *Res. Nurs. Health*, 21: 375-382.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199808\)21:4<375::AID-NUR9>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199808)21:4<375::AID-NUR9>3.0.CO;2-C)
- Santos, M. J. F., Baptista, M. C. D. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-Nascido. In M. Néné, R. Marques, M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.455-472). Lisboa: Lidel.
- Santos, M., Baptista, M. (2016). Necessidades em cuidados de Enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.455-472). Lisboa: Lidel.
- Santos, R. C. S. D., Riesco, M. L. G. (2017). Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 37
- Santos A., Nascimento, C. Campos, T., Sousa, N. (2021). Actuação da enfermagem no uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto/Nursing performance in the use of non-pharmacological methods for pain relief during child labor. *Brazilian Journal of Development*. 7. 9505-9515. ISSN: 2525-8761.
- Sarmento, P., Fonseca, C., Marcos, A., Marques, M., Lemos, P., Vieira, V. (2013). Recomendações

para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatório em Cirurgia Ambulatória. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 22(2), 35-43.

Sellors J.W., Sankaranarayanan, R. (s.d) - Colposcopia e tratamento da neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes. International Agency for Research on Cancer – IARC Screening Group.

Silva, M. A. P., Demitto, M., Agnolo C., Torres, M., Carvalho, M., Pelloso, S. (2017). Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (18), 8-13. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0186>

Singh, S., Kaur, R., Singh, S. (2015). Relationship of Parity and Health Related Quality of Life among women. *Human Biology Review*. 4 (2), 159-166.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2014) Consenso sobre infecção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa da Contraceção & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2020). Consenso sobre Contraceção. Estoril: Edições Frist News.

Sockol, L. E., Battle, C. L. (2015). Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Archives Of Women's Mental Health*, 18(4), 585–593

Sokol, R., J., Blackwell, S., C., (2003) ACOG practice bulletin Shoulder Dystocia Number 40 November (Replaces practice pattern number 7 October 1997). *Int J of Gynecol Obstet* 2003;80(1):87-92

Souza, M. L., Sartor, V. V. B., Padilha, M. I. C. S., Prado, M. L. (2005). O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14, 266-270

Strefling, I. S. S; Lunardi Filho, W. D., Demori, C. C., Sares, M. C., Santtos, C. P. (2015). Cuidado de enfermagem à mulher em situação de aborto: revisão integrativa. *Rev Enferm UFSM*, 5(1), 169-177

- Streubert, H., J. Carpenter, D., R.- Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2013. XVII, 474 p. ISBN 978-989-8075-34-5
- Torres, M., Vinagre, C., Godinho, A. B., Casal, E., Pereira, A. (2018). Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*.12(4), 277-283.
- Tsuchida, A., Hamazaki, K., Matsumura, K., Miura, K., Kasamatsu, H., Inadera, H., Japan Environment and Children's Study (JECS) Group (2019). Changes in the association between postpartum depression and mother-infant bonding by parity: Longitudinal results from the Japan Environment and Children's Study. *Journal of psychiatric research*. (110). 110–116. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.11.022>
- Urrutia, R. P., Polis, C. B., Jensen, E. T., Greene, M. G., Kennedy, E., Stanford, J.B. (2018) Effectiveness of fertility awareness–based methods for pregnancy prevention: a systematic review. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 00:1–14.
- Vale, E. G., Pagliuca, L. M. F. (2011). Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64, 106-113
- Victora, C. J., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Rollins, N. C. for The Lancet Breastfeeding Series Group (2016) Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *The Lancet*. 387, 475-490
- Vieira, V. C. de L., Barreto, M. da S.; Marquete, V. F., Souza, R. R. de; Fischer, M. M. J. B., Marcon, S. S. (2019). Vulnerabilidade da gravidez de alto risco na percepção de gestantes e familiares. *Rev Rene*. vol. 20. 1-9. Acedido a 20-8-2021. ISSN: 1517-3852. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324058874018>
- Vilarindo, T. L. (2018) Identificação precoce de sinais e sintomas de depressão no puerpério. (Monografia). Universidade de Brasília, Brasília
- Vilelas, J. – Investigação: o processo de construção do conhecimento. 2ª ed. rev. e atualizada. Lisboa: Edições Sílabo, 2017. 457 p. ISBN 978-972-618-901-5
- Vivian, A. (2010). Tomar-se mãe de um segundo filho: da gestação ao segundo ano de vida. Universidade Federal do Rio Grande do Sul

- Volling, B. L. (2012). Family transitions following the birth of a sibling: an empirical review of changes in the firstborn's adjustment. *Psychological bulletin*.138(3), 497–528.
- Walker, S. B., Rossi, D. M., Sander, T. M. (2019). Women's successful transition to motherhood during the early postnatal period: A qualitative systematic review of postnatal and midwifery home care literature. *Midwifery*, 79, 102552. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102552>
- Walz, B. L., & Rich, O. J. (1983). Maternal tasks of taking-on a second child in the postpartum period. *Maternal-Child Nursing Journal*, 12(3), 185–216
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192-1204
- Witt, J., McEvers, K., Kelly, P. J. (2013) Knowledge and experiences of low-income patients with natural family planning. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9 (2): 99-104
- World Health Organization (2003). Global strategy for infant and young child feeding. UNICEF
- World Health Organization. (2013). Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: World Health Organization Headquarters, Geneva, 6–7 February 2012: meeting report. World Health Organization.
- World Health Organization (2015). Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice (3rded.). Geneva, Departement of Reproductive Health and Research. World Health Organization
- World Health Organization (2018) recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization Department of Reproductive Health and Research; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs; Knowledge for Health Project (2018). Family planning: a global handbook for providers. Baltimore & Geneva: WHO.

Anexo I – Síntese de registo de atividades práticas

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion	<u>22</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman	
▪ Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100)	<u>104</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor	
▪ Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	<u>41</u>
▪ Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	<u>1</u>
▪ Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births	<u>1</u>
▪ Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	<u>13</u>
▪ Episiotomia/Episiotomy	<u>1</u>
▪ Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	<u>18</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>40</u>
▪ Trabalho de parto/Labor	<u>11</u>
▪ Puerpério/Puerperium	<u>3</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	<u>100</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy newborn (100)	<u>100</u>
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>18</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology	<u>14</u>



Assinatura do(a) Estudante/Student Signature: _____

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 ✓
- Colocação de implantes/Implants insertion practice ✓
- Observação ginecológica e colpocitologia/Gynecological observation practice and colpocytology 2-3

10. Prática Simulada/Simulated Practice

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

Lisboa, ____/07/2021

Estudante/Student

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

Apêndice I – Termos de pesquisa da revisão *scoping*

PALAVRA CHAVE/ TERMO NATURAL	TERMOS INDEXADOS		
	ACADEMIC SEARCH COMPLETE	CINHAL complete	MEDLINE Complete
Second time mother Multiparas	MULTIPARAS	Multiparas	Parity
Motherhood Experience	MOTHERHOOD LIFE change events	Motherhood Life Change Events Life Experience	Life Change Event
Postpartum Postnatal Puerperium	PUERPERIUM PUERPERIUM - Psychological aspects	Puerperium Postnatal Period	Postpartum Period

Apêndice II - Resultados da pesquisa na base de dados Academic Search Complete



Thursday, September 09, 2021 4:46:07 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S17	S4 AND S9 AND S15	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Académico Search Complete	64
S16	S4 AND S9 AND S15	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Académico Search Complete	76
S15	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Académico Search Complete	91,238
S14	DE "PUERPERIUM -- Psychological aspects"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Académico Search Complete	269
S13	DE "PUERPERIUM"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Académico Search Complete	6,224
S12	puerperium	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Académico Search Complete	13,672
S11	postnatal	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	67,254

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	
S10	postpartum	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	41,240
S9	S5 OR S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	1,030,584
S8	DE "MOTHERHOOD"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	8,636
S7	DE "LIFE change events"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	7,079
S6	experience	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	995,818
S5	motherhood	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	35,625
S4	S1 OR S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	1,420

			Base de dados - Académico Search Complete	
S3	DE "MULTIPARAS"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Académico Search Complete	203
S2	multiparas	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Académico Search Complete	1,402
S1	second time mother	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Académico Search Complete	18

Apêndice III - Resultados da pesquisa na base de dados CINHALL Complete



Saturday, September 04, 2021 6:34:13 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S18	S4 AND S10 AND S16	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	76
S17	S4 AND S10 AND S16	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	137
S16	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	53,631
S15	(MH "Postnatal Period")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	10,335
S14	(MH "Puerperium")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	791
S13	puerperium	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11,643
S12	postnatal	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	36,014

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S11	postpartum	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	30,627
S10	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	413,461
S9	(MH "Motherhood")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,768
S8	motherhood	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	22,342
S7	(MH "Life Experiences")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	29,335
S6	(MH "Life Change Events")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	8,035
S5	experience	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	390,379

			Base de dados - CINAHL Complete	
S4	S1 OR S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,221
S3	(MH "Multiparas")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	557
S2	multiparas	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,200
S1	second time mother	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	23

**Apêndice IV - Resultados da pesquisa na base de dados MEDLINE
Complete**



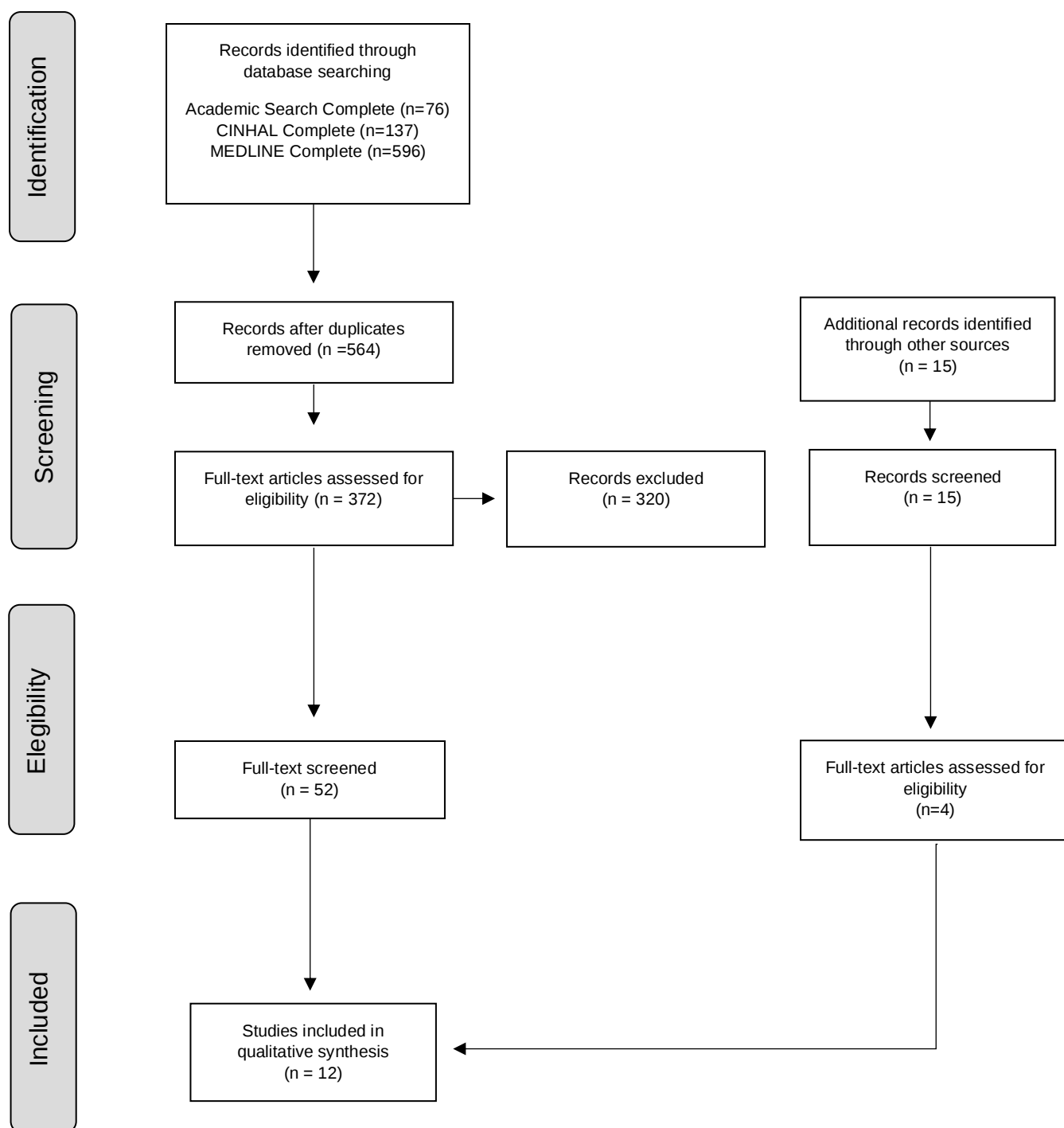
Thursday, September 23, 2021 3:10:17 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S15	S4 AND S8 AND S13	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	306
S14	S4 AND S8 AND S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	596
S13	S9 OR S10 OR S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	206,377
S12	(MH "Postpartum Period")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	27,522
S11	puerperium	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	39,239
S10	postnatal	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	148,620
S9	postpartum	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	76,711

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S8	S5 OR S6 OR S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	943,041
S7	motherhood	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	33,767
S6	(MH "Life Change Events")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	23,109
S5	experience	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	898,683
S4	S1 OR S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	26,939
S3	(MH "Parity")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	25,859
S2	multiparas	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	1,758

S1	second time mother	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - MEDLINE Complete Interface - EBSCOhost Research Databases Escrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	24
----	--------------------	---	---	----

Apêndice V – Fluxograma



Apêndice VI – Tabela de extração de resultados

Does Motherhood Get Easier the Second-Time Around? Examining Parenting Stress and Marital Quality Among Mothers Having Their First or Second Child				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2007	Krieg, D., B.	PARENTING: SCIENCE AND PRACTICE	Estados Unidos da América	Quantitativo
Objetivo(s) Fenómeno (s) de interesse	Comparar a transição para a parentalidade entre as mães de primeiro filho e as mães de segundo filho -			
Metodologia Amostra	• Aplicação de questionários no terceiro trimestre de gravidez/ um mês após o parto (Demographic questionnaire. / Parenting stress index/ Marital Activities Scale/ Scale of Intimate Relations) • 40 mães de primeiro filho • 42 mães de segundo filho			
Resultados	• Este estudo sugere que a transição para ter um segundo filho é semelhante à transição para ter o primeiro filho em termos do aumento do stress e declínios na qualidade conjugal experimentado pelas mães no pós-parto; • As principais diferenças entre as mães de primeira e de segunda vez, estão relacionadas com a diferenciação dos papéis conjugais, mais exigente para com as mães de segundo filho; • A transição para a parentalidade para os pais de segunda vez beneficiaria de intervenções focadas na resposta às necessidades de duas crianças.			

Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2011	Figueiredo, B., Conde, A.	Journal of Affective Disorders	Portugal	Quantitativo
Objetivo(s) Fenómeno (s) de interesse	Investigar os sintomas da ansiedade e depressão entre homens/ mulheres e pais de primeira e segunda vez desde o início da gravidez e até aos 3 meses após o parto -			
Metodologia Amostra	• Aplicação de escalas no primeiro, segundo e terceiro trimestre de gravidez e aos 3 meses após o parto (Edinburgh Post-Natal Depression Scale/State-Anxiety Inventory) • 260 casais			
Resultados	• Diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão desde o início da gravidez até aos 3 meses após o parto foi frequente tanto nos pais de primeira vez como nos pais de segunda vez; • Os homens apresentam menos sintomas de ansiedade e depressão do que as mulheres, mas o mesmo padrão de sintomas ao longo do tempo; • Pais de segunda vez apresentaram mais sintomas de ansiedade e depressão do que os casais nulíparos no período pós-parto.			

Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2015	E. Sockol, E., L., Battle, L., C.	Archives Of Women's Mental Health ¹	Estados Unidos da América	Quantitativo
Objetivo(s) Fenómeno (s) de interesse	Identificar a relação entre as atitudes maternas e os sintomas de depressão e ansiedade em múltiparas durante a gravidez e o pós-parto.			
Metodologia Amostra	- Aplicação da Escala Attitudes Toward Motherhood (AToM) em múltiparas - Online Interface 452 múltiparas			
Resultados	- As atitudes maternas na múltipara constituem um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos nos períodos pré-natal e pós-parto; - Múltiparas evidenciam menos satisfação com o apoio social e com a relação conjugal; - Múltiparas caracterizam as suas expectativas da maternidade como mais realistas, mas identificam maiores desafios com os parceiros e filhos; - As intervenções para prevenir/tratar a ansiedade ou a depressão na múltipara devem incluir a família e abordar não só os temas técnicos, mas também as dinâmicas interpessoais próprias de cada família.			

Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2017	Bassi, M., Delle Fave, A., Cetin, I., Melchiorri, E., Pozzo, M., Vescovelli, F., Ruini, C.	Journal of reproductive and infant psychology	Itália	Quantitativo
Objetivo(s) Fenómeno (s) de interesse	Estudar o impacto da paridade/nascimento nos sintomas da depressão perinatal e bem-estar psicológico em primíparas e múltiparas durante o pós-parto.			
Metodologia Amostra	- Aplicação de escalas (Edinburgh Post-Natal Depression/Psycological Well-being) durante a gravidez e no pós-parto 81 mulheres			
Resultados	- A ocorrência de depressão antes e após o nascimento está fortemente relacionada com o bem-estar psicológico materno; - Não foram identificadas diferenças na prevalência de sintomas de depressão entre a primípara e a múltipara; - Durante a gravidez não existiram diferenças no bem-estar psicológico entre primíparas e múltiparas; - Duranta o pós-parto, as primíparas relataram níveis progressivamente superiores de bem-estar psicológico desde a gravidez e até ao pós-parto comparativamente às múltiparas; - Após o nascimento as primíparas manifestaram mais autoaceitação, e melhor gestão do ambiente quando comparado com as múltiparas; - As múltiparas apresentem maior bem-estar psicológico, ao longo do tempo, sugerindo que este sentir advém da confirmação do seu papel materno, após a experiência de maternidade anterior;			

Maternal adjustment to the birth of a child: Primiparity versus multiparity				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2009	Gameiro, S, Moura-Ramos, M., Canavarro M.C.	Journal of Reproductive and Infant Psychology	Portugal	Quantitativo
Objetivo(s) Fenómeno (s) de interesse	Compreender as diferenças na adaptação das mães primíparas/múltiparas ao nascimento ao nascimento de uma criança; Identificar e descrever o ajuste materno da primípara e da múltipara em dois momentos diferentes: 2-5 dias após o nascimento e 8 meses pós-parto. Identificar e descrever as diferenças/semelhanças na adaptação das mães primíparas e múltiparas ao nascimento de uma criança ao longo do tempo.			
Metodologia Amostra	• Aplicação de questionários/escala (Emotional Assessment Scale/ Brief Symptom Inventory/ Perceived Stress Scale, and adjectival scales) • 179 mães (98 primíparas/81 múltiparas)			
Resultados	• Mães primíparas relatam maiores dificuldades na adaptação logo após o nascimento; • Mães múltiparas demonstram um percurso adaptativo menos positivo, que se reflete no aumento dos níveis de emoções negativas; • Mães primíparas e múltiparas apresentam diferentes trajetórias de ajuste ao nascimento de uma criança, pelo que que apresentam necessidades de educação, prevenção e acompanhamento em saúde diferenciadas.			

The transition from mother of one to mother of two: mother's perceptions of themselves and their relationships with their firstborn children				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2017	Chapman, J., K., Hart, S., L.,	Infant Mental Health Journal	Estados Unidos da América	Qualitativo
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	• Explorar a perceção das mães sobre a transição para a maternidade do segundo filho; • Desenvolver e explorar as estratégias que apoiem a transição para a maternidade do segundo filho			
Metodologia Amostra	• 57 grávidas e os seus primeiros filhos, participaram numa experiência laboratorial que simulou a partilha de cuidados maternos, após o nascimento do segundo filho. Posteriormente e durante uma visita no pós-parto, as mães descreveram por escrito as suas perceções após o nascimento do segundo filho e o contributo da experiência vivenciada nesta transição.			
Resultados	• As mães sentem-se apreensivas ao longo do processo de transição, revelando preocupação no que concerne à mudança e impacto do nascimento de um segundo filho nas relações intrafamiliares, nos papéis parentais e na implementação de estratégias adaptativas ao funcionamento da família; • Maior consciencialização e empatia materna, face às reações/comportamentos do primeiro filho, após o nascimento do segundo filho; • Reflexão prévia e precoce dos desafios próprios de cada mulher/família após o nascimento do segundo filho, permite que se minimizem os desafios pessoais e familiares inerentes a esta transição; • Validação das competências maternas na gestão da relação com o primeiro filho.			

Primiparous and multiparous mothers' perceptions of social support from nursing professionals in postnatal wards				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2014	Salonen, A. H., Oommen, H., Kaunonen, M.	Midwifery	Finlândia	Qualitativo Transversal e Correlacional
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	Avaliar a perceção das primíparas e múltiparas relativamente ao apoio dos profissionais de enfermagem no internamento de puerpério			
Metodologia Amostra	- Aplicação de questionários durante o internamento no puerpério ou até 1 semana após a alta hospitalar. 752 primíparas/múltiparas			
Resultados	- As intervenções dos profissionais de enfermagem durante o pós-parto na múltipara, devem responder não só aos temas abordados à primípara, mas abordar outros conteúdos, pertinentes e adequados à realidade da múltipara; - Os desafios sentidos pela múltipara no pós-parto, relacionam-se com o atribuir um novo significado à arte do cuidar de mais do que um filho, desenvolver positivamente a dinâmica familiar e construir a sua nova identidade materna) - Quanto maior a diferença de idades entre os dois filhos, maior a predisposição da múltipara a sentimentos de insegurança e confusão durante o pós-parto; - O grupo de múltiparas analisado considera o apoio prestado pelos enfermeiros no pós-parto, como reduzido ou insuficiente comparativamente à avaliação considerada pelas primíparas neste indicador; - A transição positiva pela jornada do pós-parto na múltipara dever ser apoiada e suportada pela comunidade (pessoas significativas; profissionais de saúde, familiares).			

Tristeza materna em puérperas e fatores associados				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2017	Silva, M., A., P., Demitto, M., Agnolo C., Torres, M., Carvalho, M., Pelloso, S.	Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.	Brasil	Transversal Quantitativo
Objetivo(s)/ Fenómeno de interesse	Identificar a presença de sintomas de tristeza materna no puerpério e os fatores que lhe estão associados			
Metodologia Amostra	Aplicação da Escala de Depressão de Edimburgo (EPDS) e a Escala de Humor Brasileira (BRAMS) a 278 mulheres durante o puerpério imediato.			
Resultados	- A multiparidade foi considerada fator de risco para o desenvolvimento de sintomas de depressão raiva e fadiga; - Outros fatores considerados relevantes no desenvolvimento de sintomas de depressão, fadiga ou raiva foram: baixo rendimento, gravidez não planeada, história de depressão anterior e distúrbio do sono. - O reconhecimento dos fatores de risco inerentes ao humor no puerpério, permitem aos profissionais de saúde responsáveis pela prestação de cuidados neste âmbito, diagnosticar e intervir precocemente, com o intuito de contribuir para uma transição positiva para a parentalidade.			

Anxiety and depressive symptoms in women and men from early pregnancy to 30 months postpartum				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2017	Canário, C., Figueiredo B.	Journal of Reproductive and Infant Psychology	Portugal	Quantitativo
Objetivo(s) Fenómeno (s) de interesse	Analisar a ansiedade e sintomas de depressão no primeiro trimestre de gravidez, 3 e 30 meses de pós-parto de acordo com o sexo e a paridade			
Metodologia Amostra	• Aplicação de questionários (State–trait anxiety/ Edinburgh Postnatal Depression Scale) • 129 casais			
Resultados	• As variáveis: sintomas de ansiedade e depressão nos homens e mulheres estão relacionados com o passar do tempo; • No primeiro trimestre de gravidez os casais múltiparos apresentavam mais sintomas de ansiedade e depressão; • As mulheres primíparas apresentaram sintomas de ansiedade e depressão no período pós-parto comparativamente as mulheres múltiparas que apresentaram sintomas mais intensos no pós-parto; • As múltiparas apresentam uma maior probabilidade de desafios psicológicos no pós-parto; • Os profissionais de saúde devem prestar mais atenção às mulheres múltiparas durante o período pós-parto, pois este grupo apresenta mais riscos para a sua saúde psicológica. • Devem desenvolver-se programas de prevenção e intervenção em saúde destinados a reduzir os sintomas de ansiedade e depressão no âmbito da transição para a parentalidade; • Os programas de educação para a saúde devem desenvolver-se desde a gravidez e ser realizados por profissionais de saúde diferenciados;			

Influence of parity and infant age on maternal self-efficacy, social support, postpartum anxiety, and postpartum depression in the first six months in the Maritime Provinces, Canada

Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2021	Doi, J., Richardson, B., Grant, A., Aston, M., McMillan, D., Tomblin Murphy, G., Campbell-Yeo, M.	Birth	Canadá	Quantitativo Correlacional
Objetivo(s) Fenómeno (s) de interesse	Investigar a influencia da paridade e da idade das crianças sobre os conceitos de autoeficácia materna, apoio social, sintomas de ansiedade e depressão, nos primeiros seis meses após o parto			
Metodologia Amostra	• Aplicação online de questionários/escalas ao longo dos 6 meses após o parto (Karitane Parenting Confidence Scale/ Scale/Multidimensional Scale of Perceived Social Support/ Postpartum Specific Anxiety • 561 mães			
Resultados	• Associação negativa entre a presença de sintomas de depressão e ansiedade no pós-parto, e a eficácia materna; • Associação entre a falta de apoio no pós-parto e a ocorrência de sintomas de depressão e ansiedade; • A paridade influenciou os conceitos de autoeficácia materna e ansiedade, o grupo de mulheres multíparas apresentou maior sensação de eficácia materna e menos sintomas de ansiedade após o parto; • Mães com crianças com menor idade perceberam maior apoio social no pós-parto; • Mulheres com filhos mais velhos, apresentaram maiores níveis de ansiedade e depressão no pós-parto;			

Comparing Postpartum Stressors and Social Support Level in Primiparous and Multiparous Women				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2013	Salari, P., Nazari, S., Mazlom, S., R., Ghanbari Hashem Abadi B., A.	Journal of Midwifery & Reproductive Health	Irão	Quantitativo Descritivo - Comparativo
Objetivo(s) Fenómeno (s) de interesse	Comparar os fatores de stress e o nível de apoio social entre a primípara e a múltipara			
Metodologia Amostra	• Aplicação de questionários (Hopkins social support questionnaire/ postpartum-stressor) entre o 8º e o 28º dia de vida do recém-nascido • 200 primíparas+ 200 múltiparas saudáveis, com recém-nascidos de termo saudáveis			
Resultados	• Os fatores de stress são diferentes para a primípara e para a múltipara; • Para a primípara o fator de stress com maior cotação está relacionado com o banho ao recém-nascido; • Quando comparada com a múltipara a primípara recebe maior apoio social no pós-parto; • No período pós-parto, o grupo de múltiparas evidencia maior necessidade de aconselhamento e apoio social			

Fatigue, depression, maternal confidence, and maternal satisfaction during the first month postpartum: A comparison of Japanese mothers by age and parity				
Ano	Autor	Publicação	País	Tipo de estudo
2017	Mori, E., Tsuchiya, M., Maehara, K., Iwata, H., Sakajo, A., Tamakoshi, K.	International Journal of Nursing Practice	Japão	Quantitativo Coorte Prospetivo
Objetivo(s) Fenómeno (s) de interesse	Avaliar a presença de fadiga, sintomas depressivos, confiança e satisfação materna durante o primeiro mês após o parto de acordo com a idade e com a paridade			
Metodologia Amostra	• Aplicação de questionários (Postnatal Accumulated Fatigue Scale, Japanese Edinburgh Postnatal Depression Scale, Postpartum Maternal Confidence Scale, and Postpartum Maternal Satisfaction Scale) • • 2854 mães Japoneses			
Resultados	• Primíparas apresentam maiores níveis de fadiga, e risco de desenvolver depressão durante o primeiro mês após o parto; • Primíparas têm maior dificuldade em prever os desafios do pós-parto (cuidados infantis, privação de sono, sobrecarga doméstica, fadiga emocional); • Primíparas com idade superior a 35 anos apresentem menores níveis de confiança e satisfação materna; • Multíparas apresentam maiores níveis de confiança/satisfação face ao seu papel materno durante o pós-parto; • Profissionais de saúde devem apoiar/preparar a antecipação das exigências/necessidades do pós-parto.			

Apêndice VII – Instrumento de colheita de dados - Narrativa escrita

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

NARRATIVA ESCRITA

Elaborado por: Ana Cristina Gouveia Pereira

Caracterização	Idade mãe: Idade gestacional: Gravidez saudável: Parto saudável: IA: Pós-parto saudável RN saudável
Dimensão pessoal	Descreva as suas vivências durante o puerpério do segundo filho.
Dimensão física	Descreva como se sentia fisicamente durante o puerpério do segundo filho.
Dimensão emocional	Descreva como se sentia emocionalmente durante o puerpério do segundo filho.

Dimensão relacional	Descreva a sua relação com o primeiro filho após o nascimento do segundo filho. Descreva a sua relação com o segundo filho durante o puerpério. Descreva a sua relação conjugal após o nascimento do segundo filho.
Dimensão ambiental	Descreva quais as maiores dificuldades sentidas durante o puerpério do segundo filho.

Dimensão social	Descreva como se sentiu apoiada durante o puerpério do segundo filho.
Dimensão clínica	Descreva de que forma o ENFERMEIRO contribuiu para as vivências do puerpério de segundo filho. Considera importante a existência de acompanhamento de enfermagem, especializado durante o puerpério do segundo filho? Se sim clarifique descreva porquê.

FIM

Obrigada pela sua colaboração



Apêndice VIII – Consentimento Informado

Estudo de Investigação Qualitativo no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e
Obstetrícia – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

O NASCIMENTO DO SEGUNDO FILHO: VIVÊNCIAS MATERNAS NO PUERPÉRIO
COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO OBSTETRA

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Diversos estudos caracterizam o nascimento do segundo filho como um acontecimento nodal que transforma e influencia a dinâmica familiar pré-existente, através de novos desafios e necessidades específicas a todos os intervenientes. Nascer mãe de um segundo filho, constitui um processo desafiante mesmo para mulheres “experientes”, e é globalmente diferente do processo de maternidade vivido anteriormente (Vivian, 2010). O puerpério compreende o tempo desde o nascimento e as seis semanas subsequentes. O domínio de atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) compreende a prestação de cuidados especializados à mulher/família e recém-nascido, durante o puerpério, contribuindo a sua prática para uma transição positiva ao nascimento do segundo filho.

Objetivos: aprofundar saberes e competências inerentes ao EESMO sobre as vivências maternas no puerpério após o nascimento do segundo filho.

Metodologia: Colheita de dados através de narrativa escrita em instrumento de registo elaborado para o efeito. As respostas são confidenciais e anónimas, e o seu tratamento será feito apenas através de citação direta no âmbito do trabalho de investigação supracitado.

Tratamento dos resultados: Os resultados obtidos serão alvo de análise do seu conteúdo, caracterizados à luz da evidência científica produzida e refletidos no documento – **Relatório de Estágio - Nascimento do Segundo Filho: Vivências Maternas no Puerpério: Competências do Enfermeiro Obstetra**, que ficará disponível para consulta no Repositório Comum e cuja discussão pública em data a definir será comunicada por email aos participantes.

Eliminação dos dados pessoais: No final do estudo todos os dados pessoais dos participantes serão eliminados.

Recusa em participar: Tem o direito de abandonar a participação no estudo em qualquer momento, se assim for da sua vontade.

O estudo não envolve qualquer risco potencial, sejam sociais, legais ou financeiros.

Se tiver qualquer questão ou apreensão com este estudo, poderá contactar a investigadora: Ana Cristina Pereira, através do email: anitaslinditas85@gmail.com

Declaro que compreendo os procedimentos acima descritos. As minhas questões foram respondidas de forma satisfatória e concordo em participar neste estudo. Foi-me dada uma cópia deste protocolo.

Obrigada pela participação e generoso contributo ao meu tema de investigação

Apêndice IX – Panfleto: PAIS OUTRA VEZ E AGORA?

SUGESTÕES DE LEITURA PARA PAIS E FILHOS



Elaborado por:
Estudante CMEESMO: Ana Cristina Pereira
sob a orientação:
Profª: Madalena Oliveira
Enfa.: Patrícia Fialho
EESMO: Ana Madeira

Contacte-nos

Serviço de Obstetrícia
Hospital de Vila Franca de Xira
Telefone: 263006500



PAIS OUTRA VEZ E AGORA?



SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA

A FAMÍLIA

O nascimento de mais um filho é um acontecimento que influencia e transforma a dinâmica familiar pré-existente.

- Reformulação do papel do pai, da mãe e do filho mais velho;
- Profunda transformação das tarefas, comportamentos e interações familiares;
- Estabelecimento de novas rotinas e regras;
- Adaptação gradual que acarreta novos desafios para todos os elementos da família.

CADA FILHO É ÚNICO

Diversos estudos demonstram a novidade, complexidade e especificidade deste processo para todos os elementos da família.

OS PAIS

- Sentimentos de culpa e incumprimento do seu papel;
- Ambivalência;
- Preocupação com a reação do irmão mais velho;
- Acréscimo de responsabilidades domésticas;
- Sensação de diminuição na quantidade e qualidade de interação com o filho mais velho.

O IRMÃO pode manifestar:

- Regressão transitória em alguns marcos do seu desenvolvimento (acordar de noite, fazer xixi na cama, falar à bebé, voltar a usar chucha);
- Sentimentos de ansiedade, agressividade e tristeza.

A idade, o sexo e o intervalo de tempo entre irmãos, podem influenciar o padrão e a intensidade das alterações comportamentais manifestadas.

ESTRATÉGIAS QUE PROMOVAM A ADAPTAÇÃO FAMILIAR

- Permitir que o irmão mais velho visite a maternidade e faça parte da história do nascimento;
- Oferecer um presente do irmão bebé para o irmão mais velho, após o nascimento;
- Incluir de forma divertida o irmão mais velho nos cuidados ao recém-nascido;
- Ser tolerante para com as "chamadas de atenção" do filho mais velho, mas firme nas regras e rotinas já estabelecidas;
- Manter uma atenção especial ao irmão mais velho, criando momentos de filho único com cada um dos progenitores;
- Recorrer à rede de apoio (família extensa, vizinhos, amigos, comunidade) para dar resposta às necessidades extra da família pelo tempo necessário.

**Apêndice X – Sessão de educação para a saúde: VAMOS PAIS OUTRA
VEZ E AGORA?**

VAMOS SER PAIS OUTRA VEZ E AGORA?



novembro
2019

Aluna EESMO: Ana Cristina Pereira
EESMO: Ana Lúcia Torgal
Docente: Maria Jolfa Freitas

**Será a adaptação ao
nascimento do segundo
filho mais *fácil*?**

A FAMÍLIA

Reformulação do papel do pai, da mãe e do filho mais velho

Estabelecimento de novos papéis e rotinas

O nascimento de mais um filho é um acontecimento que influencia e transforma a dinâmica familiar pré-existente

Profunda transformação das tensões, comportamentos e interações familiares

Adaptação gradual que acarreta novos desafios para todos os elementos da família

OS PAIS

- Sentimentos de culpa e incumprimento do seu papel;
- Maiores níveis de ansiedade e stress face à gestão da nova realidade familiar;
- Risco de depressão pós-parto;
- Alterações da conjugalidade;
- Sensação de falta de apoio;
- Preocupação com a reação do irmão mais velho;
- Acréscimo de responsabilidades domésticas;
- Sensação de diminuição na quantidade e qualidade de interação com o filho mais velho

O IRMÃO

A relação entre irmãos é a mais duradoura de toda a vida.

- Regressão transitória em alguns marcos do seu desenvolvimento (acordar de noite, fazer xixi na cama, falar à bebé, voltar a usar chucha);
- Sentimentos de ansiedade, agressividade e tristeza.

ALGUMAS ESTRATÉGIAS

- Permitir que o irmão mais velho visite a maternidade e faça parte da história do nascimento;
- Oferecer um presente do irmão bebé para o irmão mais velho, após o nascimento;
- Incluir de forma divertida o irmão mais velho nos cuidados ao recém-nascido;
- Ser tolerante para com as "chamadas de atenção" do filho mais velho, mas firme nas regras e normas já estabelecidas;
- Manter uma atenção especial ao irmão mais velho, criando momentos de filho único com cada um dos progenitores;
- Preparar o período pós-parto antecipadamente;
- Recorrer à rede de apoio (família extensa, vizinhos, amigos, comunidade) para dar resposta às necessidades extra da família pelo tempo necessário.

Sugestões de leitura para pais e filhos



**O NASCIMENTO DE
UM FILHO É ÚNICO**

momento de partilha



momento de avaliação



**Apêndice XI – Planeamento da sessão de educação para a saúde: VAMOS
PAIS OUTRA VEZ E AGORA?**

PLANEAMENTO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tema	Vamos ser Pais outra vez e agora?		
Destinatários	Mãe/Pai/Casal que teve o segundo filho		
Tempo Previsto	15 minutos		
Objetivo Geral - Apoiar a transição para a parentalidade da mãe/pai/casal que teve o segundo filho			
Objetivos Específicos - Compreender o impacto do nascimento do segundo filho nas diferentes dimensões familiares; - Partilhar estratégias facilitadoras da transição para a parentalidade após o nascimento do segundo filho.			
Pré-requisitos Sala ampla com cadeiras para todos os participantes			
Materiais e Equipamentos a utilizar Computador Projektor			
Conteúdos	Metodologia	Material/Equipamento	Tempo
Impacto do nascimento do segundo filho nas diferentes dimensões familiares	Expositiva	Computador Projektor	5minutos
Estratégias facilitadoras da transição para a parentalidade após o nascimento do segundo filho	Expositiva	Computador Projektor	5minutos
Momento de Partilha	Discussão		5minutos
Avaliação	Expositiva		5minutos
TOTAL:			20minutos

Apêndice XII – Panfleto: Contraceção Natural



NÃO PROTEGEM

CONTRA AS

INFECÇÕES

SEXUALMENTE

TRANSMISSÍVEIS

Elaborado por:

Enf.: Ana Cristina
Enf. Especialista: Luísa Vicente
Enf. Especialista: Isabel Martins

Contacte-nos

Nome da Empresa
Telefone
E-mail

CONTRACEÇÃO NATURAL

O QUE É?

A contraceção natural IMPLICA que a mulher identifique, perceba e interprete as variações de alguns indicadores do seu ciclo menstrual:

- data da menstruação
- temperatura basal
- muco cervical

A QUEM SE DESTINAM?

A todos as mulheres/casais que procuram:

- Ausência de exposição hormonal;
- Ausência de efeitos secundários;
- Conhecimento do ciclo menstrual;
- Estudo da fertilidade;
- Disponibilidade Global;
- Filosofias Naturalistas/Crenças Religiosas

MÉTODO DO CALENDÁRIO OGINO-KNAUSS

Limita a realização do ato sexual ao ciclo menstrual feminino, durante o qual o risco de concepção é menor. Comporta abstinência sexual durante cerca de 10 dias em cada ciclo.

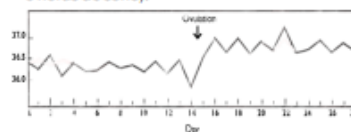
O período fértil é calculado da seguinte maneira:

- A mulher tem uma ovulação por mês, 14 dias antes da menstruação seguinte;
- O óvulo é viável cerca de 2 dias após a ovulação, e o espermatozoide pode ser fecundante 3 a 5 dias após ejaculação;
- Considerando a duração dos ciclos menstruais anteriores (pelo menos 6 ciclos), calcula-se o período fértil subtraindo 10 dias ao número de dias do ciclo mais longo e 20 dias ao número de dias do ciclo mais curto.



TEMPERATURA BASAL

Tem como fundamento o aumento da temperatura basal (pelo menos 0,5°C) após a ovulação. A relação sexual desprotegida é aconselhada após 3 dias da elevação da temperatura. avaliação A da temperatura poderá ser vaginal, oral ou retal (após 6 horas de sono).



MÉTODO SINTOTÉRMICO

Os dias férteis são identificados relacionando o método da temperatura basal e do muco cervical.

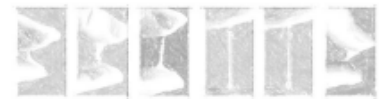
O período fértil inicia-se logo que sejam avaliadas secreções vaginais, terminando no quarto dia após a filância máxima do muco cervical e depois de ultrapassado o 3.º dia de subida de temperatura basal.

MUCO CERVICAL

Na peri-ovulação o muco cervical é mais claro, mais abundante e com maior elasticidade (filância).

Após ovulação, é mais viscoso, opaco e menos abundante.

O período fértil inicia-se no primeiro dia em que o muco se torna filante e transparente, prolongando-se pelo menos 3 dias após a filância máxima.



**Durante o período fértil
recomenda-se o uso de um
método barreira
(preservativo) ou
abstinência sexual para
evitar uma gravidez não
planeada**

Apêndice XIII – Jornal de aprendizagem – Hemorragia no pós-parto

I – JORNAL DE APRENDIZAGEM

Hemorragia Pós-parto

Assisti a puérpera M., de 32 anos de idade com o índice obstétrico de 2012 e gestação de 40s+6d a um parto eutócico com períneo íntegro e analgesia loco regional. Esta gestação decorreu sem intercorrências sendo por isso considerada de baixo risco. No boletim de saúde de grávida todas as serologias negativas, exceto para o HIV com carga viral inferior a 20. Imune à rubéola e não imune à toxoplasmose. Exsudado vaginal e retal negativo para streptococcus do grupo B. Ao nascimento a recém-nascida vinha coberta de líquido meconial espesso, com duas circulares ao pescoço não redutíveis, e em bradicardia, pelo que foi chamada a pediatra. Foi prestado à recém-nascida assistência de estimulação, permeabilização da via aérea e ventilação por pressão positiva. A recém-nascida recuperou a frequência cardíaca, o choro, o tônus e a coloração antes do 1º minuto de vida e a pediatra deu indicação para realizar contato pela a pele. A dequitação ocorreu cerca de 40 minutos após o nascimento pelo mecanismo de Duncan e com manejo ativo no 3º estágio. Fiz observação da placenta e membranas que se encontravam íntegras e aparentemente completas respetivamente. Iniciei perfusão de oxitocina 20UI em 500ml de soro fisiológico a perfundir em bomba infusora a 250ml/h de acordo com o protocolo do serviço. Observei a formação de globo de segurança de Pinard. Contudo, 20 minutos após a dequitação, ocorre hemorragia de sangue vivo em toalha pela vagina com observação de útero não contraído. Comuniquei a minha enfermeira orientadora a necessidade de administrar mais 5UI de oxitocina diretas enquanto iniciei a massagem ao útero até sentir diminuir o fluxo de sangue e o aparecimento de novo globo de segurança. A obstetra foi posteriormente alertada por mim e deu indicação para administrar 800mcg de misoprostol retal que realizei. Após melhoria da hemorragia, monitorizei os sinais vitais com avaliação da tensão arterial de 5/5 minutos e por presença de hipotensão coloquei um lactato de ringer. Realizei esvaziamento vesical com saída de cerca de 600ml de urina clara. Durante o puerpério imediato vigiei o estado hemodinâmico e os lóquios da puérpera em intervalos de tempo intermitentes e que eu fui definindo de acordo com as características do que observava. A hemorragia manteve-se presente em maior ou menor quantidade consoante o útero era ou não massajado. Chamei a obstetra que deu indicação para colocar um peso sobre o abdómen, de modo a manter a pressão uterina e induzir a sua contração. Esta técnica foi feita pela minha enfermeira orientadora com um balão de soro de 1000ml e um lençol. Posteriormente continuei a vigilância da situação, mantendo-se o quadro descrito sem melhoria cerca de 2h30 após o parto. A obstetra tomou

conhecimento e optou por encaminhar a puérpera para o bloco operatório. No bloco, foi realizada ecografia que verificou presença de “restos placentares”, pelo que se procedeu a uma curetagem com saída de coágulos. Por manutenção da hemorragia a obstetra optou por colocar um balão de Bakri com 500ml de água estéril durante as 24h seguintes. A puérpera fez repicagem do cateter epidural para realizar este procedimento e esteve hemodinamicamente estável. A recém-nascida ficou tranquila em berço e alimentada sob leite artificial, aos cuidados da equipa de enfermagem. Até ao final deste procedimento e do meu turno não foram colhidas análises para tipagem, hemograma e coagulação, mas deixei essa informação às minhas colegas que ficaram responsáveis pela puérpera no bloco operatório. Foi feito o registo no partograma de todas as intervenções à puérpera e à recém-nascida.

No decorrer da situação acima descrita, senti-me um pouco ansiosa, uma vez que considero a atonia uterina uma importante emergência obstétrica. A minha maior dificuldade teve a ver com a contabilização do volume de sangue perdido, uma vez que não sinto ter o meu olhar treinado para o que é “normal” no âmbito do pós-parto imediato. Em todos os momentos fui recorrendo à enfermeira orientadora para me clarificar o que estava a observar. Foi evidente para mim a necessidade de administrar o bôlus de oxitocina, de realizar o esvaziamento vesical e a vigilância hemodinâmica frequente. Sinto que mantive uma atitude crítica e atenta, adequadas ao quadro descrito e que dentro das minhas competências comuniquei atempadamente com a equipa para que se tomassem as devidas decisões e realizassem as intervenções necessárias. Ajudei a puérpera com a recém-nascida que não tinha acompanhante por opção: vesti-a e deixei-a a descansar na *panda warmer* a pedido da mãe e junto dela para que se sentisse tranquila sobre as necessidades da sua filha. Durante todo o processo fui explicando as minhas intervenções à puérpera e validando a sua compreensão e colaboração.

A situação descrita acima contribuiu para que na prática eu pudesse articular os meus conhecimentos prévios, os adquiridos através da leitura do protocolo vigente sobre a gestão da hemorragia pós-parto vigente serviço. Sinto que de futuro e enquanto Enfermeira Especialista em Saúde de Materna e Obstétrica irei estar mais consciente e oleada do encadeamento de intervenções necessárias para fazer face a uma hemorragia pós-parto.

Apêndice XIV – Certificado – Aconselhamento em Aleitamento Materno



CERTIFICADO

Ana Cristina Gouveia Pereira

Certificamos que realizou a unidade curricular de Opção I – Aconselhamento em Aleitamento Materno no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na ESEL, que decorreu entre 6 de dezembro de 2019 e 5 de fevereiro de 2020, em parceria com a Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés. O Curso seguiu os conteúdos programáticos preconizados pela OMS/Unicef e teve a duração de 45h (6ECTS).



João Santos
Presidente
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Novembro de 2020

Ana Jorge, Presidente
Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés