



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

**Contributo da visita domiciliária pelo enfermeiro
obstetra na promoção do aleitamento materno
exclusivo**

Ana Lúcia Ferreira Pereira Vitorino



**Lisboa
2023**



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

**Contributo da visita domiciliária pelo enfermeiro
obstetra na promoção do aleitamento materno
exclusivo**

Ana Lúcia Ferreira Pereira Vitorino



Professora Maria Helena Bértolo Pereira Gomes Ferreira



**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Mother’s milk is soul food for babies. The babies of the world need a
lot more soul food.”

(Ina May Gaskin, 2009, p.279)

AGRADECIMENTOS

Quero deixar um agradecimento especial à Sr.^a Professora Maria Helena Bértolo, pelos seus ensinamentos, pela sua orientação no meu percurso, mas também pelo apoio contínuo, força e motivação que me transmitiu para que conseguisse concluir este percurso da melhor forma.

Agradeço à minha família:

Aos meus pais, que sempre se fizeram presentes e me apoiaram, fazendo inúmeras viagens para que, durante as práticas pudesse manter a amamentação do meu bebé, por cuidarem dele e de todos os meus filhos nas minhas longas ausências.

Ao meu marido, pelo companheirismo, cumplicidade, paciência e amor que nos uniu e continua a unir, apesar dos desafios que este percurso nos proporcionou enquanto casal, enquanto pais, enquanto família.

Aos meus filhos, por suportarem as minhas ausências, as brincadeiras mais rápidas, o cansaço e por vezes a falta de paciência. Vocês foram a minha força e inspiração nos momentos mais desafiantes.

Um agradecimento também a todas as colegas supervisoras clínicas, que me orientaram, guiaram e tanto ensinaram ao longo das práticas clínicas. Tive a sorte de vos conhecer e de “beber” da vossa experiência, da vossa sensibilidade e dos vossos ensinamentos. Sem dúvida que a vossa presença marcou positivamente o meu processo de aprendizagem.

Por último, e não menos importante, obrigada às minhas colegas do 13º CMESMO. Foram colegas fantásticas, partilhamos momentos únicos, especiais e sobretudo desafiantes. Desejo-vos o melhor e muito sucesso para o vosso percurso profissional.

RESUMO

Atualmente, reconhece-se que o leite materno é o melhor alimento para a promoção e proteção da saúde dos bebês. São amplamente reconhecidos os vários benefícios nutricionais, imunológicos, cognitivos, económicos e sociais (Carvalho et al, 2018). Pelas suas características e pelos seus benefícios, a OMS estima que com a prática universal de aleitamento materno se possam prevenir, a cada ano, a morte de 823.000 crianças e de 20.000 mães (Carvalho et al. 2018).

Para o sucesso da amamentação, devem conjugar-se três fatores: o desejo e a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte à amamentação (Levy e Bértolo, 2012). Neste contexto, os profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, têm um papel privilegiado pela sua interação com a mulher/casal e recém-nascido, durante todo o período perinatal.

Este relatório tem como objetivo geral: refletir sobre o contributo da visita domiciliária, pelo EEESMO, na promoção do aleitamento materno exclusivo. Orientada pela questão de pesquisa “Qual o contributo da visita domiciliária do EEESMO na promoção do aleitamento materno exclusivo?”, foi realizada uma revisão *scoping*, que procurou mapear a evidência já existente acerca desta temática. Para dar resposta à questão de pesquisa, realizou-se um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa, recorrendo à entrevista semiestruturada efetuada a seis mulheres que amamentam ou amamentaram e tiveram uma visita domiciliária efetuada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Cumpriram-se os pressupostos éticos para a sua realização.

As experiências maternas demonstram que o apoio ao domicílio pelo EEESMO, constituiu uma estratégia positiva e promotora do AME. Deste estudo emergiram as seguintes categorias: a importância da visita domiciliária na promoção do aleitamento materno exclusivo; dificuldades na amamentação após a alta hospitalar; vantagens do ambiente domiciliário; aspetos positivos na visita domiciliária pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; continuidade dos cuidados.

O referencial teórico de enfermagem de Kristen Swanson, esteve presente ao longo de todo o percurso de aquisição de competências descrito neste relatório.

Desejo que a abordagem desta temática possa contribuir para que se sensibilize a comunidade profissional para a importância da continuidade dos cuidados e da visita domiciliária, enquanto estratégias facilitadoras e promotoras da manutenção do AME, contribuindo, em última análise, para uma melhoria na prática de cuidados.

Palavras-chave: Aleitamento materno exclusivo; visita domiciliária; Enfermeiro obstetra

ABSTRACT

Currently, it is noted that breast milk is the best food for promoting and protecting the health of babies. The various nutritional, immunological, cognitive, economic and social benefits are widely recognized (Carvalho et al, 2018). Due to its characteristics and benefits, the WHO estimates that with the universal practice of breastfeeding can prevent, each year, the death of 823,000 children and 20,000 mothers (Carvalho et al. 2018).

For breastfeeding to be successful, three factors must come together: the desire and decision to breastfeed, the establishment of lactation and breastfeeding support (Levy and Bértolo, 2012). In this context, health professionals, namely obstetric nurse, have a privileged role due to their interaction with the woman/couple and newborn, throughout the perinatal period.

This report has the general objective: to reflect on the contribution of home visits, by obstetric nurse, in promoting exclusive breastfeeding. Guided by the research question "What is the contribution of obstetric nurse home visits in promoting exclusive breastfeeding?", a scoping review was carried out, which showed that it mapped existing evidence on this topic. To answer the research question, we carried out an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, using a semi-structured interview carried out with six women who are breastfeeding or breastfed and had a home visit by an obstetric nurse. The ethical assumptions for its implementation were met.

Maternal experiences demonstrate that obstetric nurse home support was a positive strategy that promoted exclusive breastfeeding. The following categories emerged from this study: the importance of home visits in promoting exclusive breastfeeding; difficulties in breastfeeding after hospital discharge; advantages of the home environment; positive aspects in the home visit by the obstetric nurse; continuity of care.

Kristen Swanson's theoretical nursing framework was present throughout the skill acquisition journey described in this report.

I hope that the approach to this theme can contribute to raising awareness among the professional community of the importance of continuity of care and home visits, as

strategies that facilitate and promote the maintenance of exclusive breastfeeding, ultimately contributing to an improvement in care practice.

Keywords: Exclusive breastfeeding; home visit; obstetric nurse

Lista de siglas e abreviaturas

ABCF – Auscultação dos batimentos cardíofetais

ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists

AE – Aborto espontâneo

AM – Aleitamento materno

AME – Aleitamento materno exclusivo

APPT – Ameaça de parto pré-termo

BP – Bloco de partos

bpm – Batimentos por minuto

BSG – Boletim de saúde da grávida

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

COSI – Childhood Obesity Surveillance Initiative

CPPP – Cursos de preparação para o parto e parentalidade

CSP – Cuidados de saúde primários

CTG – Cardiotocografia

DG – Diabetes gestacional

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FCF – Frequência cardíaca fetal

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HPV - Papiloma Vírus Humano

HTA – Hipertensão

ICM – International Confederation of Midwives

IMC – Índice de massa corporal

IMG – Interrupção médica da gravidez

ITP – Indução de trabalho de parto

IVG – Interrupção voluntária da gravidez

JBÍ – Joanna Briggs Institute

MMF – Medicina materno-fetal

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC – População, conceito e contexto

PE – Pré-eclampsia

PTGO – Prova de tolerância à glucose

RN – Recém-nascido

RS – Revisão *Scoping*

SNS – Serviço nacional de saúde

SUOG - Serviço de urgência obstétrica e ginecológica

TA – Tensão arterial

TPP – Trabalho de parto pré-termo

UC – Unidade Curricular

VD – Visita domiciliária

Índice

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	17
1.1. Aleitamento materno exclusivo e os seus benefícios.....	17
1.2. Aleitamento materno em Portugal	18
1.3. Visita domiciliária.....	19
1.4. Referencial teórico de enfermagem – teoria dos cuidados de Kristen Swanson.....	20
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	22
2.1. Revisão <i>scoping</i>	22
2.1.1. Questão e objetivo da pesquisa.....	23
2.1.2. Critérios de inclusão e de exclusão.....	23
2.1.3. Estratégia de pesquisa.....	24
2.1.4. Achados da pesquisa.....	25
2.2. Estudo acerca dos contributos da VD pelo EEESMO na promoção do AME	26
2.2.1. Tipo de estudo	26
2.2.2. Seleção de participantes e critérios de inclusão/exclusão.....	27
2.2.3. Instrumento e colheita de dados	28
2.2.4. Análise e discussão dos achados	30
2.3. Considerações e procedimentos éticos	36
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE.....	38
3.1. Competências do grau de mestre	38
3.2. Competências comuns e específicas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	39
3.3. Percurso para aquisição de competências: Análise Crítica e reflexiva.....	41
3.3.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional.....	42
3.3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	45
3.3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	56
3.3.4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pós-parto	72

3.3.5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	83
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	89
5. LIMITAÇÕES AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM	91
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de atenção dos cuidados pós-natais (OMS, 2022).....	74
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Categorias da análise de conteúdo	31
---	----

INTRODUÇÃO

A unidade curricular (UC) Estágio com Relatório, está inserida no plano de estudos do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), e tem como objetivos adquirir, desenvolver e consolidar competências científicas, relacionais e técnicas, que promovam a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstétrica. Encontram-se assim contempladas as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) indicadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela *International Confederation of Midwives* (ICM). Foi aperfeiçoado e implementado o projeto individual intitulado “Contributo da visita domiciliária pelo enfermeiro obstetra na promoção do aleitamento materno exclusivo”, incluindo a investigação, após a realização de uma revisão scoping e de um estudo empírico exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa.

O percurso ocorreu de setembro de 2022 a julho de 2023, existindo um período de prolongamento de 4 semanas, devido a situações imputadas a um dos serviços no qual decorreu a prática clínica. No total a UC compreendeu um período total de 1500 horas, distribuídos em práticas clínicas, em diferentes contextos, práticas laboratoriais simuladas de média e alta-fidelidade, orientações tutoriais e seminários para desenvolvimento do projeto individual e do estudo autónomo.

O aleitamento materno (AM) constitui uma área de interesse pela qual nutro um especial apreço, não apenas pelo que ele representa para a humanidade enquanto fator edificador de saúde, mas também pelo que representa para mim, enquanto mulher e mãe. A sua escolha fez-me sentido, uma vez que o cuidado às famílias e o AM, sempre estiveram presentes na minha jornada profissional. Realizei uma pós-graduação em Enfermagem de Saúde Familiar, fiz formação em AM, com as orientações da OMS/Unicef, e participei ainda em vários eventos científicos alusivos ao tema. Isto resultou da necessidade constante de conhecimento científico e atual, de forma a agregar valor à prática, fomentando uma evolução profissional e uma Enfermagem Avançada.

Constante do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (2019), este cuida a mulher no sentido de potenciar a saúde desta e do recém-nascido. Esta agrega

em si, diferentes áreas de competência, às quais estão indicados como critérios de avaliação, que o EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio e medidas corretivas ao processo de AM (Regulamento nº391/2019).

Todo o trabalho desenvolvido e agora apresentado neste relatório, tem como finalidade a obtenção do título profissional de enfermeiro especialista e do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, de acordo com o Decreto-Lei n. 65/2018 de 16 de agosto. Nele consta a descrição e análise reflexiva do percurso realizado para aquisição e consolidação de competências comuns e específicas de EEESMO, bem como a integração de cuidados protetores e promotores do AME. Defini como objetivo geral refletir sobre o contributo da VD, pelo EEESMO, na promoção do AME. Como objetivos específicos: mapear a evidência científica sobre o contributo da VD, pelo EEESMO, na promoção do AME; identificar a percepção materna acerca VD, realizada pelo EEESMO, como promotora da manutenção do AME; desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar a díade (mãe-RN), através da promoção da manutenção do AME, enquanto cuidado promotor de uma vivência positiva da maternidade; refletir sobre as competências comuns e específicas no âmbito da especialidade em saúde materna e obstétrica. Pretendo assim, contribuir para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem através da investigação e disseminação de conhecimento, conforme regulamentado para as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, p.4744).

É pertinente que o EEESMO faça verdadeiramente da mulher, do recém-nascido (RN) e da família o foco da sua atuação e dos seus cuidados, no sentido de promover o seu bem-estar. Neste sentido, baseei-me na Teoria do Cuidar, de Kristen Swanson (1991), para orientar o este relatório de estágio, bem como as práticas realizadas ao longo da UC.

Seguidamente constam seis capítulos, nos quais se abordará, respetivamente: a descrição de conceitos, bem como uma revisão da literatura atual e pertinente sobre a temática e a teórica de enfermagem; a descrição detalhada da metodologia utilizada para o desenvolvimento do projeto de estágio, nomeadamente a revisão *scoping* (RS) e o estudo empírico; a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos; a reflexão acerca do percurso realizado no desenvolvimento de competências, bem como as

atividades desenvolvidas; a identificação das limitações ao processo de aprendizagem; as considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste capítulo é apresentada uma revisão da literatura atual e pertinente, abordando os principais conceitos, acerca da temática deste relatório. É também apresentada a Teoria do Cuidar, de Kristen Swanson, enquanto suporte e orientação à prática e ao desenvolvimento de todo o trabalho.

1.1. Aleitamento materno exclusivo e os seus benefícios

É conhecido que o leite materno é o melhor alimento para a promoção e proteção da saúde dos bebés. São amplamente “reconhecidos os diversos benefícios nutricionais, imunológicos, cognitivos, económicos e sociais” (Carvalho et al, 2018, p.67). A opinião dos especialistas é unanime, a prática do AME é a melhor forma de alimentar o bebé durante os seus primeiros 6 meses de vida. Estes determinam ainda que o AME, consiste em alimentar o bebé apenas com leite materno, não oferecendo qualquer outro alimento ou líquido, como forma de alimentação.

Existem benefícios descritos quer para a saúde do bebé, quer para a saúde da mãe, mas também vantagens sociais, económicas e até ecológicas para as sociedades que promovem o AM. Alguns dos mais importantes, para o bebé, são a prevenção de infeções, proteção para o surgimento de alergias, nomeadamente de cariz alimentar, e ainda a prevenção a longo prazo contra o desenvolvimento de diabetes mellitus e obesidade (Victora, et al., 2016). Já no que se refere às vantagens maternas, a curto prazo facilita a involução uterina e a longo prazo encontra-se associada a uma menor probabilidade de diagnóstico de neoplasias da mama (Levy e Bértolo, 2012; Victora, et al, 2016). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que com a prática universal de AM se possam prevenir, a cada ano, a morte de 823.000 crianças e de 20.000 mães (Carvalho et al. 2018).

Para a comunidade, as vantagens apontadas são os baixos recursos económicos necessários à sua prática, a sua segurança em questões de saúde pública e o facto de ser sustentável em termos ecológicos. A sua promoção é de igual forma importante tanto

nos países com maiores como nos com menores recursos económicos, contribuindo para que alcancem os objetivos de desenvolvimento sustentável (Victora, et al., 2016).

1.2. Aleitamento materno em Portugal

O AM, encontra-se recomendado pela OMS, como alimento exclusivo para todos os bebés até aos 6 meses de idade e complementar até pelo menos aos 2 anos de vida. Contudo, em Portugal, tal como em outros países desenvolvidos, as taxas de AME ficam aquém do desejado (Gaspar, Luz, Gomes e Gonçalves, 2015).

Segundo Levy e Bértolo (2012), existem alguns estudos portugueses que apontam que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o AM, contudo esses mesmo estudos revelam que aproximadamente metade dessas mães deixa de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé.

Na sua última publicação, o Registo do Aleitamento materno Humano (2014) da Direção Geral de Saúde (DGS), indica que 76,67% dos recém-nascidos, nascidos em hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), cumprem AME até à alta da maternidade. Este número é relativamente superior quando olhamos para hospitais que incorporam a conhecida Iniciativa de Hospitais Amigos dos Bebés. Neste caso, os resultados apresentados são de 78,8%, no que se refere à manutenção do AME até à data da alta. O mesmo relatório demonstra, através de dados obtidos junto dos cuidados de saúde primários, que 67,5 % mantinha AME na 5ª semana de vida, acentuando ainda este decréscimo quando avaliada a taxa de AME entre os 2 e 3 meses de vida, no qual se verifica que apenas 51,6% mantinha AME. Já dados estatísticos mais recentes, nomeadamente os apresentados pela Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), de 2022, indica que 21,8% dos bebés usufruíram do AME nos primeiros 6 meses de vida ou mais. Dadas estas informações, torna-se cada vez mais pertinente trabalhar no sentido de desenvolver estratégias e instrumentos que nos permitam uma maior proximidade das famílias, promovendo a manutenção do AME, estabelecido durante o internamento hospitalar. O apoio e a capacitação das famílias para lidar com as dificuldades e dar resposta às suas necessidades em matéria de AM, pode ser fundamental para que possam concretizar e cumprir, com sucesso, o seu projeto de AME.

1.3. Visita domiciliária

A visita domiciliária consiste numa visita programada e planeada ao domicílio de um cliente, com o objetivo de dar continuidade aos cuidados de saúde. No período pós-natal, a visita domiciliária promove a continuidade dos cuidados a mulheres, RN e famílias, indo ao encontro das suas necessidades.

Segundo os autores Vakilian et al. (2020) e Chipojola et al. (2020), as intervenções educativas, focadas em ampliar a autoeficácia e a visita domiciliária à mulher que amamenta, são ferramentas adequadas e facilitadoras do apoio a transmissão de conhecimentos, a resolução de problemas e a aquisição de competências pela mulher, de forma a promover a duração e exclusividade do AM.

Maleki et al. (2021) concluem que a ação mais eficaz na promoção da amamentação ocorre na primeira semana após a alta da maternidade. Compreende-se assim a importância da continuidade na promoção do AM, apoiando a mulher a amamentar no pós-parto. Para os mesmos autores, a intervenção na amamentação deve ser continuada ao longo de várias semanas após o parto para se verificar o seu benefício.

Segundo as recomendações da OMS (2022), sobre os cuidados à mãe e ao recém-nascido, no sentido de uma experiência pós-natal positiva, as visitas domiciliárias no pós-parto desempenham um papel importante para otimizar os resultados em saúde. A visita domiciliária é portanto uma estratégia de intervenção inerente aos cuidados no puerpério, não devendo ser limitada a um único momento, pois possibilita a identificação precoce das necessidades e das complicações que levam as mães a interromperem a amamentação e permitem a realização de ações preventivas e de apoio (Pádua, Melo e Alvarelhão, 2022).

Para que a amamentação tenha sucesso, devem conjugar-se três fatores: o desejo e a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte à amamentação (Levy e Bértolo, 2012). Assim, deve ser oferecido apoio para a manutenção do AM a todas as mulheres, de forma a aumentar a duração e a exclusividade do mesmo.

A OMS (2022), nas suas recomendações, revela que as evidências sugerem que visitas domiciliárias planeadas em quatro momentos distintos (3º, 7º, 28º e 42º dia do pós-parto) podem aumentar o AME até às seis semanas, quando comparado com a realização de uma única visita domiciliária no pós-parto (42º dia).

1.4. Referencial teórico de enfermagem – teoria dos cuidados de Kristen Swanson

Desde Florence Nightingale que o cuidar em Enfermagem é estudado sob diversas perspectivas filosóficas e éticas. É um fenómeno inerente à disciplina e profissão de Enfermagem.

De modo a desenvolver e sustentar este relatório, assim como as intervenções realizadas, uniformizando a linguagem dos conceitos utilizados referentes ao metaparadigma dos cuidados em Enfermagem, escolhi a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson (1991). Das diferentes teorias que derivam do metaparadigma da disciplina e profissão de Enfermagem, a Teoria do Cuidar de Swanson é aquela que, na minha opinião, melhor se enquadra nesta temática e no trabalho desenvolvido nas práticas clínicas.

A teoria do cuidar, apresentada por Swanson em 1991, considerada como uma teoria de médio alcance, foi operacionalizada em contexto de cuidados perinatais. Esta resulta da conjugação de três estudos, dos quais surgiram cinco processos básicos que validam e dão significância ao cuidar, são eles: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e acreditar.

No que se refere ao projeto, os cinco processos do cuidar, descritos por Swanson, são aplicáveis na medida em que o “conhecer” implica esforçar-se por perceber o AM e de que forma este é relevante na vida da mulher que amamenta, concentrando-se nela enquanto pessoa que é alvo dos cuidados; o “estar com” envolve estar emocionalmente disponível para a mãe que amamenta, estar presente nas suas necessidades; o “fazer por” compreende fazer por ela aquilo que ela mesmo faria se lhe fosse possível, antecipando e reconfortando, protegendo e preservando a sua dignidade; o “possibilitar” implica facilitar e auxiliar a mulher que amamenta em momentos de transição, como no caso da parentalidade e do próprio processo de amamentação, informando, apoiando, apresentando as alternativas disponíveis e validando os seus conhecimentos, comportamentos e capacidades; e por último o “acreditar” demonstrando confiança nas competências da mãe que amamenta o seu RN, para ultrapassar esta etapa e as mudanças que lhe estão implícitas, mantendo e promovendo uma atitude de esperança e de otimismo realista sobre as suas capacidades.

A Enfermagem, na Teoria do Cuidar, encontra-se voltada para o cuidado e bem-estar do outro, assumindo o compromisso e a responsabilidade pessoal, e abrangendo conhecimentos empíricos e éticos. A saúde, segundo esta teoria, estabelece-se como bem-estar enquanto um modo pleno de cuidar, que inclui estabelecer novos significados, restaurar a integridade, renovar a plenitude e reorganizar o estado de saúde. O ambiente é considerado situacional, uma vez que é visto em diferentes contextos e influencia a pessoa. Este acarreta aspetos culturais, biofísicos, sociais e econômicos individuais da pessoa. A teoria, assume a pessoa enquanto ser cuidado, aceitando e compreendendo a sua singularidade, que se mantém em constante processo de criação e transformação, mas também sua integridade demonstrada em pensamentos, sentimentos e comportamentos. Para Swanson, as experiências de cada indivíduo estão interligadas com a herança genética, ao lado espiritual e à capacidade de praticar a sua liberdade, assumindo que cada pessoa é modelada de acordo com o aquilo que ela vivencia. (Oliveira et al., 2018)

Para a autora existe um significado próprio a ser reconhecido em qualquer condição de saúde ou desafio enfrentado pela pessoa (Swanson, 1993). Assim torna-se determinante conhecer e estar com a pessoa, capacitando-a para atingir o seu bem-estar, de acordo com o que isso significa para si mesma.

Este referencial teórico adequa-se ao projeto desenvolvido, na medida em que a Teoria do Cuidar assenta na promoção do bem-estar da mãe que amamenta, promovendo uma abordagem holística, um acompanhamento organizado e adequado, assim como a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, encontra-se descrita a seguinte competência para o EEESMO: “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, apresentando como descritivo “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento nº 140/2019, p.4749).

Segundo Vilelas (2017), o conhecimento científico é conseguido de forma intencional e consciente, resultando de uma investigação organizada e sistemática sobre a realidade investigada.

A RS apresentada agora neste relatório, iniciou-se com a concretização do Projeto apresentado na UC de Opção II, no 2º semestre do 1º ano do CMESMO. Este organizou-se pela realização de uma revisão de literatura, seguindo a metodologia RS cujo propósito consistiu em mapear a evidência científica sobre a temática. Definiu-se o tipo de estudo qualitativo, com método de abordagem descritivo exploratório, recorrendo a entrevistas semiestruturadas, enquanto instrumento para colheita de informação acerca da realidade a ser estudada.

Irei, em seguida, abordar o percurso realizado no processo de investigação e o conhecimento adquirido ao longo do mesmo.

2.1. Revisão *scoping*

O método de revisão sistemática da literatura, realizada como metodologia de investigação para este projeto, foi RS. Esta foi construída e guiada pelas orientações emanadas pelo Joanna Briggs Institute (JBI) (2020). Este oferece um manual com orientações específicas para a preparação e realização de revisões sistemáticas de evidências científicas.

A RS, permite mapear os principais conceitos que sustentam a pesquisa, de forma a clarificar o tema a analisar. Segundo o manual do JBI (2020) as razões fundamentais para se realizar uma RS são: explorar a extensão da literatura existente, mapear e sintetizar as evidências e promover futuras pesquisas. Deste modo, a RS é uma

ferramenta de pesquisa metódica, ordenada e capaz de identificar os estudos que já existem sobre a temática que é alvo de interesse de estudo. O título da RS realizada é: “A visita domiciliária do enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde materna e obstétrica na promoção do aleitamento materno exclusivo: uma revisão scoping”.

2.1.1. Questão e objetivo da pesquisa

Para a formulação da questão de investigação, parti dos constituintes da mnemónica PCC - População, Conceito e Contexto. Assim defini como população as mães que amamentam e como conceitos a VD realizada pelo EEESMO e a promoção do AME. O contexto ficou definido como o período pós-parto. Destes surgiu a seguinte questão de investigação: “Qual o contributo da VD do EEESMO na promoção do AME?”.

O objetivo da referida RS consiste em mapear a evidência científica sobre contributo da VD do EEESMO na promoção do AME.

Deste objetivo emergem outros, aos quais a RS deverá também dar resposta. São eles:

- Conhecer os benefícios da visita domiciliária na promoção do AME;
- Conhecer a perceção das mães que amamentam acerca dos contributos da visita domiciliária na promoção do AME

2.1.2. Critérios de inclusão e de exclusão

Seguidamente a uma revisão da literatura, foram definidos critérios de inclusão para as fontes de informação a serem incluídas nesta RS. Conforme definido pelo JBI (2020), os critérios deverão ser transparentes e inequívocos, devido à importância que estes assumem na estratégia de pesquisa e na seleção dos artigos a incluir na RS.

Desta forma, os critérios de inclusão são:

- Estudos que incidam sobre a VD realizada pelo EEESMO na promoção do AME;
- Estudos publicados nos últimos seis anos (2017-2023), uma vez que a temática do AM tem sofrido diversas atualizações nos seus conceitos e guidelines, por parte de entidades de referência a nível mundial, tais como a OMS e a Unicef, promovendo assim a inclusão de estudos mais atuais;

- Estudos de abordagem qualitativa, quantitativa e mista;
 - Estudos com resumo disponível, para possibilitar a sua leitura, permitindo conhecer o seu propósito e de que forma se adequa ou não ao objetivo da RS;
 - Estudos com texto integral disponível, de forma a possibilitar o acesso à informação completa;
 - Estudos disponíveis na língua portuguesa, inglesa e espanhola/castelhana.
- O critério de exclusão definido, foi:
- Artigos cuja temática se encontra fora do contexto da VD.

2.1.3. Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa foi definida segundo as etapas preconizadas pelo JBI (2020). A primeira etapa consistiu numa pesquisa inaugural na base Google Académico e Pubmed, obras literárias e fontes digitais como sites de instituições e organizações de referência na área da temática investigada. Desta primeira etapa de revisão da literatura emergiram os descritores para a pesquisa.

Na segunda etapa foi realizada nova pesquisa, com recurso à plataforma *EBSCOhost*, utilizando as bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*. Foi utilizada como terceira base de dados a *Scopus*. Na pesquisa foram utilizadas todos os termos naturais e termos indexados já identificados (Apêndice I). Foi realizada a aplicação dos termos naturais e termos indexados, para cada uma das categorias do PCC, na pesquisa das bases de dados e efetuada uma relação entre estes mesmos termos, recorrendo ao operador booleano “OR”. Posteriormente, foi realizada a interceção dos resultados anteriores entre si, recorrendo ao operador booleano “AND” (Apêndice II).

Na realização da pesquisa, o que criou maior dificuldade foi a seleção dos termos adequados para a sua realização, levando-me a reformular por diversas vezes esta etapa. Da adequada conjugação dos termos de pesquisa e após triagem através dos critérios de inclusão, obtive um total de 47 artigos (CINHAL=19; MEDLINE=18; SCOPUS=10). Em seguida foram excluídos todos os artigos em duplicado, tendo como resultado desta seleção um total de 45 artigos (CINHAL=19; MEDLINE=18; SCOPUS=8). Posteriormente foram analisados os títulos e seguidamente os *abstracts*, permitindo ficar com um total de 6 artigos para leitura integral. Após a leitura integral dos mesmos, selecionei 5 artigos

para incluir na RS. Na etapa final da pesquisa foi realizada uma análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados, com o objetivo de adquirir artigos adicionais. Desta análise emergiram 2 artigos adicionais relevantes, que foram incluídos na RS. Esta sequência de atividades realizadas no decorrer da seleção de artigos foi confirmada pela orientadora do relatório e encontra-se representada através de um fluxograma da estratégia de pesquisa, conforme recomendado pelo JBI (APÊNDICE III).

2.1.4. Achados da pesquisa

Os artigos obtidos para inclusão na RS e supramencionados, foram alvo de análise e tornaram-se essenciais na estruturação do conhecimento científico, para a concretização de uma prática baseada na evidência. A reflexão crítica e a relação entre o conhecimento científico e a prática, constituem também uma etapa importante do desenvolvimento profissional e na constituição de uma Enfermagem Avançada.

Para recolher os dados relevantes dos artigos selecionados, foi utilizada a tabela de extração de dados proposta pelo JBI (APÊNDICE IV).

Ainda que a temática do AM seja uma área rica em informação e publicações científicas relevantes, pude constatar que, no que se refere à sua promoção em contexto domiciliária e de proximidade para com as famílias, existe ainda uma lacuna grande de informação e pesquisa. Contudo, apesar de serem em número reduzido, é consensual para os vários autores a importância da VD como intervenção promotora do AME. Pádua et al. (2022), refere que a VD, não contribui apenas para uma maior taxa de AME, mas também para a maior duração do mesmo. Kim, et al. (2018) menciona que, o recurso à VD aumenta a probabilidade de manutenção do AME até aos 6 meses.

Segundo Vakilian, et al. (2020), as intervenções realizadas através da VD, permitem que as mães tenham acesso à informação necessária e consigam resolver os problemas relacionados com o AM. O facto de este apoio ser realizado em contexto de VD, livre de stresse e com marcação prévia, revelou-se como positivo para as mulheres. O mesmo autor demonstrou ainda que a taxa de AME no grupo de intervenção, do estudo realizado, é de 89,2%, enquanto o grupo de controlo é de 55,4%, isto é, a taxa demonstrou ser maior no grupo que recebeu apoio através da VD no período pós-natal.

Não está presente na maioria dos autores a importância de quem é o responsável pela realização da VD e pela manutenção do AME. No entanto, a maioria revela que é importante que o profissional que desempenha este papel tenha competências e formação na área do AM. Pádua (2022) refere a importância da VD realizada por enfermeiros. No estudo de Kim, et al (2018), concluiu-se que se verificam melhores resultados na promoção do AME em intervenções prestadas por profissionais de saúde habilitados, mencionando nomeadamente as *midwives*.

No que se refere às necessidades e perspetivas maternas sobre AME e a VD, Xiao, et al (2020), revela que as dificuldades na amamentação foram um problema comum para as mulheres. Segundo os mesmos autores, estas solicitaram o apoio de um profissional com formação em amamentação, através da VD. Os autores abordam ainda que, tanto mães primíparas como múltiparas, referem a importância de programas de VD e acompanhamento no pós-parto abrangentes e que vão ao encontro das suas necessidades.

2.2. Estudo acerca dos contributos da VD pelo EEESMO na promoção do AME

A realização de um estudo empírico sobre a temática apresentada, procura dar resposta ao objetivo: identificar a perceção materna acerca do contributo da VD, realizada pelo EEESMO, como promotora do AME. Após a realização da RS, procurei conhecer a perspetiva das mães que amamentam acerca dos contributos, que receberam de um EEESMO, durante a VD para promoção do AME.

2.2.1. Tipo de estudo

Foi realizado um estudo do tipo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa. Streubert & Carpenter defendem que “os métodos de investigação qualitativa têm sido vastamente reconhecidos como formas importantes e legítimas de pesquisa científica” (2013, prefácio). Esta tem como objetivo “proporcionar uma visão da realidade que é importante para os participantes e não para os investigadores” (Streubert & Carpenter, 2013, p.22), procurando promover um processo de conhecimento relevante para os contextos de prestação de cuidados dos enfermeiros. A intencionalidade da

abordagem qualitativa aponta “para uma compreensão da realidade como fruto de um processo histórico de construção visto a partir da lógica e do sentir dos seus protagonistas” (Vilelas, 2020, p.17).

2.2.2. Seleção de participantes e critérios de inclusão/exclusão

Este estudo foi sujeito a uma seleção de participantes intencional ou com propósito, obtida através do método em rede/bola de neve. Este tipo de seleção representa “um compromisso para observar e entrevistar pessoas que tenham experimentado ou que fazem parte da cultura ou do fenómeno de interesse” (Streubert e Carpenter, 2013, p.30). A seleção realizada por este método de seleção de participantes, refere-se a um tipo específico de amostragem intencional recorre a um individuo para encontrar outros. Para Streubert e Carpenter (2013), esta é uma técnica particularmente útil quando os indivíduos que se pretendem entrevistar são difíceis de encontrar ou reunir.

Nos diferentes contextos de prática clínica, ao longo da UC de estágio com relatório, e após fazer alguma pesquisa, sobre instituições, unidades ou serviços que realizem a VD, no âmbito do puerpério e do AM, apercebi-me que na área geográfica de Lisboa e Vale do Tejo, não existe atualmente nenhuma em funcionamento, na rede de serviços públicos de saúde. Esta situação foi justificada na sua maioria pela situação pandémica anterior ao estudo e/ou por escassez de recursos humanos para manter a visita domiciliária a esta população. Neste sentido, com a intencionalidade de reunir os participantes de forma mais acessível e rápida, optei por esta estratégia de seleção, divulgando o estudo e o seu propósito através das redes sociais, nomeadamente em grupos de mães/alusivos à temática da maternidade e do AM e solicitando a partilha do mesmo junto de pessoas conhecidas e colegas. Esta estratégia permitiu-me chegar às participantes que se identificaram com os critérios de inclusão pretendidos. Para inscrição e consentimento informado, foi disponibilizado um link de acesso a um ficheiro da plataforma *Google Forms*, no qual constava informação sobre o estudo e o consentimento informado, através do qual cada mulher pôde validar o seu consentimento. Posteriormente, foram contactadas, através de email, para confirmar a

intenção de participar no estudo e agendar uma data e hora, que fosse mais adequada à disponibilidade de cada participante, para a realização da entrevista.

Como critérios foi definida a inclusão de mulheres, que amamentem e pretendam manter o AME; que tenham amamentado em exclusivo os seus recém-nascidos até há menos de 6 meses; assim como mulheres que tenham tido acesso à VD pelo EEESMO e esta tenha ocorrido nos últimos 6 meses. Já o critério de exclusão definido refere-se a mulheres que não pretendam amamentar em exclusivo.

2.2.3. Instrumento e colheita de dados

Para o procedimento, através do qual ocorre a transformação da informação em conhecimento, uma vez constituídos os elementos teóricos e o tipo de estudo, torna-se “necessário escolher as técnicas de recolha necessárias para construir os instrumentos que nos permitem obter os dados da realidade” (Vilelas, 2017, p.287).

Instrumento de colheita de dados: Defini como instrumento de colheita de dados a entrevista semiestruturada, uma vez que esta é mais flexível, permitindo aos participantes falarem livremente, ainda que o investigador possua perguntas orientadoras para guiar a mesma, sempre que necessário, para o objetivo do estudo. Para esta foi construído um guião (apêndice V). Este instrumento foi apreciado, pelo Conselho de Ética da ESEL, junto com o pedido de parecer.

Para recolha de informação sociodemográfica das participantes foi contruído um questionário e disponibilizado após o consentimento informado, através do preenchimento do ficheiro *Google Forms*.

O resultado do estudo qualitativo deve incidir sobre a maior compreensão do fenómeno ou fenómenos estudados. Neste sentido é pertinente entrevistar tantos indivíduos quantos os necessários para conseguir uma melhor perceção do fenómeno.

Crítérios de inclusão: ser mulher, a amamentar e que pretenda o AME ou que tenha amamentado em exclusivo o seu filho; ter tido acesso à VD pelo EEESMO e esta tenha ocorrido nos últimos 6 meses.

Crítério de exclusão: não pretender amamentar em exclusivo.

Participantes: seis mulheres que amamentam ou amamentaram em exclusivo os seus filhos e que receberam VD pelo EESMO, para apoio ao AM. Dado que verifiquei uma

repetição de informação recolhida nas entrevistas realizadas, não foram realizadas mais entrevistas. Uma característica que se encontra profundamente relacionada com a amostragem é a saturação. Este conceito refere-se à repetição de informação e à confirmação de dados anteriormente reunidos. Segundo Streubert e Carpenter (2013), ao invés de estabelecer um número pré-definido de indivíduos na sua amostra, para conseguir significância, o investigador em investigação qualitativa deve procurar a repetição e confirmação dos dados previamente colhidos. Assim, “a natureza repetitiva dos dados é o ponto no qual o investigador determina que a saturação foi alcançada” (Streubert e Carpenter, 2013, p.31).

Análise de dados: De forma a ir ao encontro do objetivo da minha investigação, escolhi realizar análise de conteúdo segundo a abordagem de Laurence Bardin.

Nas 6 entrevistas realizadas, todas as participantes são do sexo feminino. Destas a maioria tem idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos. No que se refere ao nível de escolaridade, todas as participantes apresentam formação ao nível do ensino superior, sendo que metade referem ter uma pós-graduação e as restantes tem grau académico de mestrado. Quanto ao estado civil, as participantes a maioria das participantes são casadas/união de fato e apenas uma refere ser solteira. Quanto ao número de filhos metade das participantes tem apenas um filho, sendo que a outra metade refere ter 2 filhos. Já no que se refere à experiência anterior de amamentação, das participantes multíparas, duas responderam ter uma experiência anterior de amamentação positiva e uma refere que a experiência de amamentação anterior não foi positiva.

As entrevistas foram realizadas por mim, enquanto investigadora, com recurso à gravação de um ficheiro de áudio, possibilitando a posteriormente a transcrição para verbatim e a análise de conteúdo. Segundo Jorge Vala, a análise de conteúdo é uma técnica que “permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto” (2014, p.103).

Como método mais comum para o tratamento de dados em investigação qualitativa, a análise de conteúdo, segundo Vilelas (2017) consiste num “conjunto de técnicas de interpretação da comunicação visando, obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos” (p.388). Segundo Bardin (2016), a análise de

conteúdo passa por três fases distintas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A primeira tem como principal objetivo a organização, sendo nesta realizada uma “leitura flutuante” após a transcrição das entrevistas, para obter uma ideia geral do conteúdo. A fase de exploração do material que, de acordo com Bardin (2016), é a análise propriamente dita, consiste na codificação, decomposição ou enumeração do conteúdo. Por fim, no tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, o conteúdo é organizado de forma que se possa extrair informações que constituam significados. Esta metodologia foi realizada manualmente com o intuito de avaliar profundamente cada entrevista e conseguir extrair a maior informação possível. Para garantir o anonimato das participantes, às entrevistas foi atribuído um código: entrevista 1 – E1, e assim, sucessivamente, enumeradas pela ordem em que foram realizadas (E1-E6).

Organizar o conteúdo em categorias permite condensar a informação pertinente e simplificar a interpretação. A categorização é descrita por Bardin (2016) como um trabalho de classificação de diferentes elementos integrantes de um conjunto, seguindo-se um reagrupamento, com os critérios previamente definidos. A categorização semântica pareceu ser o critério mais adequado, permitindo a simplificação e organização dos dados em bruto, por temas, facilitando deste modo o tratamento de dados.

A análise realizada, foi sujeita a apreciação e validação pela Sr^a Professora Maria Helena Bértolo, enquanto orientadora deste trabalho, de modo a potenciar a fiabilidade e validade, evitando enviesamentos na interpretação. A categorização dos dados das entrevistas apresenta-se no capítulo seguinte. A tabela de categorização dos dados das entrevistas encontra-se em anexo do presente relatório (APÊNDICE VII).

2.2.4. Análise e discussão dos achados

Com o percurso metodológico efetuado e através dos achados obtidos, em complementaridade com a evidência encontrada através da realização da RS, a prática baseada na evidência e a análise do conteúdo das entrevistas realizadas, tornou-se possível refletir acerca do cuidar no âmbito da visita domiciliar, na promoção do AME.

Os dados obtidos nas entrevistas, e após a sua análise, foram incluídos nas seguintes categorias e respectivas subcategorias:

Categorias da análise de conteúdo	Subcategorias
Importância da VD na promoção do AME	Experiência positiva VD promotora do AME
Dificuldades na amamentação após a alta hospitalar	Dor Pega/posicionamento Produção de leite
Vantagens do ambiente domiciliário	Comodidade e conforto Privacidade e proteção Presença do companheiro
Aspetos positivos da VD realizada pelo EEESMO	Informação Conhecimento especializado Prática baseada na evidência científica Disponibilidade Transmissão de confiança/validação Humanização dos cuidados e escuta ativa
Continuidade dos cuidados	_____

Tabela 1 - Categorias da análise de conteúdo

Seguidamente apresento os resultados obtidos com o estudo, tal como Streubert e Carpenter (2013) sugerem, recorrendo à inclusão de citações obtidas nas entrevistas de forma a enriquecer os resultados do conteúdo investigado.

Importância da VD na promoção do AME

A OMS (2022), nas suas recomendações para a vivência positiva do período pós-natal, propõe no seu modelo de atenção intervenções de apoio a práticas de cuidados saudáveis, procura de cuidados e suporte familiar no domicílio.

O contexto domiciliário constitui-se como local privilegiado na educação para a saúde, uma vez que facilita um melhor conhecimento da pessoa cuidada, inserida no seu contexto familiar, cultural e social, promovendo a sua autonomia e coresponsabilidade nos cuidados, minorando os riscos de saúde e promovendo a saúde (Rice, 2004).

A análise dos dados obtidos nas entrevistas, constata-se que as participantes atribuem um significado positivo à sua experiência com a VD, enquanto intervenção promotora do AME (E1: “Para mim foi muito importante.”; E2: “As visitas da EEESMO foram fundamentais para mim”; E4: “Acho que o fato de termos este profissional no domicílio vai mudar muita coisa no puerpério de todas as mulheres e no meu especificamente”; E6: “Para mim foi fundamental”). Algumas destas atribuem ainda à VD um significado determinante na promoção e manutenção do AME (E2: “Talvez eu tivesse desistido antes”; E4: “Estou a amamentar ainda e não estaria”; E5: “A visita que eu tive, no meu caso, foi absolutamente decisiva”; E6: “fez toda a diferença para que eu hoje pudesse amamentar”). O fato de o EEESMO se fazer presente, demonstrar disponibilidade para “estar com” cada mulher/família, contribui definitivamente para que exista uma concreta e efetiva adequação dos cuidados. Muitas vezes também “fazer por” ou “possibilitar”, mantendo a crença na mulher, nas suas competências e capacidades parentais, permitindo manter a sua segurança e auxiliando até que esta seja capaz de fazer por si própria, contribuem exponencialmente para a construção e consolidação das suas capacidades, nomeadamente em matéria de AME. Estes resultados encontram-se alinhados com aqueles obtidos na RS. Os autores Pádua et al. (2022) e Kim, et al (2018), referem que a VD contribui para uma maior taxa de AME, mas também para a maior duração do mesmo.

Dificuldades na amamentação após a alta hospitalar

Nas primeiras semanas de amamentação podem surgir dificuldades inerentes a este processo (Levy e Bértolo, 2012). Muitas delas podem ser ainda detetadas e resolvidas em ambiente hospitalar. Contudo, quando não resolvidas, juntando-se a novas dificuldades ou problemas que possam surgir, pode constituir um entrave e o fim do AME ou até mesmo de todo o processo de AM. Podem ainda surgir barreiras mais tardias e que comprometam o AME, muitas vezes relacionadas com a falta de confiança da mulher nas suas capacidades e competências parentais (Levy e Bértolo, 2012). Neste sentido, torna-se impreterível dar uma resposta de continuidade aos desafios, para que a mulher/casal possa concretizar o seu projeto de AME.

Indo ao encontro de informação obtida na RS, é mencionado no estudo realizado por Xiao (2020), que a maioria das mulheres experienciou dificuldades na amamentação

e isso fez com que as mesmas procurassem apoio domiciliário para a sua resolução. As participantes, nas suas declarações, também expressaram diferentes dificuldades relacionadas com o AM, evidenciando mesmo este ser um dos fatores que as levou a procurar apoio no domicílio. Algumas das dificuldades sentidas na amamentação referiam-se a dor, por vezes associada a lesões nos mamilos (E3: “eu já saí da maternidade com os mamilos um bocado macerados”; E5: “Para mim foi decisivo, deixou de ser um sofrimento.”); dificuldades na pega e/ou no posicionamento (E3: “estava a sentir maior dificuldade era mesmo com a questão do posicionamento, da pega”); Dificuldades com a produção de leite (E2: “eu tenho uma dificuldade na amamentação, eu fiz uma cirurgia de mama e eu não tinha a certeza se eu ia poder amamentar e eu hoje faço amamentação com sonda na mama, primeiro utilizava leite adaptado e agora utilizo o meu leite”).

Vantagens do ambiente domiciliário

A VD, tem a capacidade de proporcionar ao profissional de saúde a entrada no espaço íntimo da mulher e da família e, assim, identificar as suas necessidades bem como as suas potencialidades. Desta forma, a VD promove uma ampla visão das condições reais de vida familiar, possibilitando a interação no seu ambiente familiar e até mesmo social, através do conhecimento do seu cotidiano, da sua cultura, das suas crenças e costumes, tornando essa vivência enriquecedora quer para o profissional, quer para a mulher e família (Drulla et al, 2009).

A prestação de cuidados na VD permite a continuidade dos cuidados prestados em contexto pré-natal e pós-parto imediato, muitas vezes oferecidos em contexto hospitalar. Permite também estabelecer uma relação de maior proximidade, pela privacidade do contexto familiar, e tem como objetivos prestar apoio, ensinar e aconselhar, de forma que cada mãe adquira e/ou consolide competências e ultrapasse as dificuldades inerentes a esta etapa. Estes objetivos têm em vista assegurar o bem-estar e potenciar os ganhos em saúde da mãe e do recém-nascido (Branca, 2018).

Foram diversas as vantagens, apontadas pelas participantes, acerca da VD. A comodidade e o conforto foram as vantagens mais referidas pelas participantes (E1: “Ser no domicílio, não é só o ser mais confortável”; E2: “A gente fica muito mais relaxada de não ter de sair com um bebé recém-nascido”; E3: “manter aqui a comodidade.”. Outro aspeto mencionado foi promoção da privacidade e a proteção da mulher no período pós-

parto (E3: “não me senti exposta, senti-me no meu ambiente”; E6: “o fato de ser no domicílio permite-nos ter um conforto (...) Porque saímos do hospital, estamos frágeis, temos dores.”). Poder receber apoio e serem cuidadas num local que lhes é familiar e que lhes permite maior sensação de segurança e conforto. Aaserud et al. (2016), também perceberam, através da sua investigação que as mulheres sentiram que a VD proporcionou segurança e tranquilidade, num momento tão agitado como o pós-parto.

Outro dos aspetos mencionado por uma das participantes foi a possibilidade de o companheiro poder estar presente (E2: “ele participou das visitas e ele é um parceiro fundamental também nesse processo”).

Aspetos positivos da VD realizada pelo EEESMO

No que se refere ao profissional que realiza a VD, na RS que realizei, não é consensual qual o melhor profissional para a realizar e quais as diferentes vantagens dos diferentes profissionais que podem prestar este tipo de apoio. Kim et al (2018), menciona a importância do profissional que executa a VD ter formação adequada na área do AM, mencionando entre diversos profissionais as *midwives*, mas não as destacando dos outros. Xiao (2020) menciona que devem ser profissionais com formação e competências para aconselhar e apoiar a amamentação, de forma que possam atender melhor as mulheres que amamentam. Os mesmos autores demonstram também que as mães valorizaram a visita domiciliar realizada por enfermeiras, identificando benefícios no cuidado mais centrado nelas e nas suas necessidades, em vez de cuidados centrados na tarefa.

No entanto, segundo consta no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, este é o profissional com habilidades necessárias e apto para cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o período pós-natal, concebendo, implementando e avaliando intervenções de promoção, proteção e apoio ao AM, bem como de medidas corretivas ao seu processo (OE, 2019).

As participantes entrevistadas, também referem quais os fatores que mais valorizaram na prestação do EEESMO durante a VD. Os mais citados foram: a informação, conhecimento especializado e prática baseada na evidência científica (E3: “conhecimento especializado que sem dúvida nenhuma fez toda a diferença”, “alguém a quem reconhecemos autoridade e valor de que realmente sabe do que é que está a falar”; E4:

“ser uma pessoa que se baseia na evidência científica e não apenas no “ouvi dizer”), a disponibilidade, a transmissão de confiança/segurança e validação (E3: “confiança e da validação, que acredito que são determinantes também”, “contar com o conhecimento especializado aliado à questão da validação”; E4: “Valorizo essa parte da disponibilidade, do apoio a nível emocional, mostrar-se sempre disponível e a calma com que nos atendia”). Outros fatores referidos foram da humanização dos cuidados e uma escuta ativa (E2: “escuta mais ativa.”); E3: “também precisamos da parte humana, porque se não a tivermos vai prejudicar aqui todo o processo”) e a visão holística (E2: “ela tem uma visão mais generalista, mais holística do processo.”). Uma das participantes refere ainda que o apoio deste profissional pode ser determinante na manutenção da confiança em si própria e no seu processo de amamentação (E3: “Acredito então que ter esse apoio especializado, com um profissional, seja determinante para manter a questão da confiança”).

No período pós-parto, a mulher/casal encontra-se ainda a viver o seu processo de transição para a parentalidade, estando a mulher, por todo o seu contexto de recuperação pós-parto e de alterações psicofisiológicas, mais fragilizada e necessitada de apoio. No que se refere ao AM, todas as mulheres entrevistadas referiram que o apoio do EEESMO ao domicílio no período pós-parto, foi extremamente positivo e promoveu a resposta às suas necessidades, sendo por isso uma intervenção e um cuidado importante para elas. Aaserud, Tveiten e Gjerlaug (2016), também referem no seu estudo que a visita do EEESMO em contexto domiciliário no pós-parto é importante para a mulher. O EEESMO deve assim “estar com” a mulher/casal, seja em que contexto for incluindo, se necessário, o contexto domiciliário, de forma a promover a continuidade dos cuidados enquanto resposta às necessidades da mulher/casal, no período pós-parto.

Continuidade dos cuidados

Algumas das participantes referiram que as suas dificuldades, no que se refere ao AM, já as acompanhavam desde a maternidade, enquanto outras referiram só ter tido dificuldade ao regressar ao seu domicílio. Seja como for, a enfermagem e os cuidados de saúde devem basear-se na continuidade dos cuidados, de forma a promover a saúde e o bem-estar da pessoa cuidada. As participantes revelam que a continuidade dos cuidados

é essencial para o sucesso dos cuidados (E2: “O acompanhamento de forma continuada é importante.”).

A nossa ação e a nossa responsabilidade enquanto profissionais de saúde, e sobretudo enquanto EEESMO, deve incidir na continuidade destes cuidados e na promoção da manutenção da saúde e do bem-estar, mesmo após a alta das instituições de saúde. Promover a continuidade dos cuidados na comunidade e abraçar especificamente os cuidados no domicílio, podem tornar-se cruciais para obtenção de resultados positivos em saúde. Tal como referido por Branca (2018), objetivos da visita domiciliária têm em vista assegurar o bem-estar e potenciar os ganhos em saúde da mãe e do recém-nascido.

Outras categorias

Foram diversas e igualmente importantes as informações obtidas através das entrevistas realizadas. Existem ainda outras categorias apuradas, que são de extrema riqueza, mas devido à limitação do presente relatório em número de páginas, não é possível alongar-me mais. Contudo, considero importante enunciá-las e proponho futuramente escrever um artigo, através do qual seja possível disseminar toda a riqueza informativa obtida através das entrevistas realizadas. Assim, outras categorias relevantes obtidas através da informação contida nas entrevistas, destaco: as dificuldades em experiências anteriores de amamentação; crenças e mitos relativos ao AM; a VD e o pai; saúde mental no período pós-parto, nomeadamente na vivência do processo de amamentação.

2.3. Considerações e procedimentos éticos

Os aspetos éticos constituem uma componente incontornável na investigação, bem como na prestação de cuidados. A concretização de um estudo de investigação, envolve a responsabilidade pessoal e profissional de atestar que o desenho do estudo desenvolvidos seja firme do ponto de vista moral e ético (Figueiredo, Streubert e Carpenter 2003).

Dada a natureza do estudo e dos participantes a incluir no mesmo, foi elaborado um pedido de parecer ao Conselho de Ética da ESEL, para o qual foi dada uma resposta positiva para a realização do estudo (Apêndice VI).

A informação e o esclarecimento acerca do estudo e da participação no mesmo, deve ser sempre facultada previamente aos participantes, com o objetivo de obter o seu consentimento livre, informado e esclarecido. Para tal, construí um texto informativo acerca do propósito do estudo, do seu contributo e quais as suas implicações (riscos e benefícios). Foi dada a informação de que, a qualquer altura, poderiam desistir da sua participação. Esta informação foi apresentada anexa ao consentimento informado, tendo ainda disponibilizado, o meu contacto (email), para esclarecer qualquer questão que os participantes achassem necessário.

A confidencialidade e anonimato da informação, foi garantida às participantes, informando que toda a informação recolhida ao longo do processo de investigação, não ficará acessível a outros se não a investigadora e a Sra. Professora que orientou o presente trabalho. As entrevistas foram codificadas, assim como as suas transcrições. Garantiu-se igualmente que, na redação deste trabalho, não fossem apresentados quaisquer dados que permitissem a identificação das participantes ou de qualquer outra pessoa eventualmente citada nas entrevistas.

Em suma, na execução deste trabalho foram cruciais a observância e o respeito pelos princípios éticos, particularmente o respeito pelo consentimento livre, informado e esclarecido, o respeito pela autonomia e autodeterminação, o respeito pela confidencialidade e privacidade, assim como o respeito pelo princípio da não maleficência.

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

No Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) encontramos o conjunto de competências profissionais que são esperadas para essa mesma categoria. O reconhecimento das competências clínicas especializadas, deve ser observado através do conjunto de saberes e habilidades que o enfermeiro, deve mobilizar no contexto da sua prática de cuidados. Estes encontram-se relacionados com a prestação, gestão e supervisão de cuidados, bem como pelo exercício profissional especializado no âmbito da formação e investigação.

O percurso foi desenvolvido com base em formação teórica e teórico-prática, com práticas em contexto clínico e com o desenvolvimento de uma investigação e, por último, com a realização deste relatório de estágio. Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento, aquisição e consolidação de competências importantes para a minha construção enquanto profissional de saúde, nomeadamente na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

3.1. Competências do grau de mestre

Segundo o Decreto-Lei nº65/2018, a realização e discussão do presente trabalho, constitui uma das propostas para a aquisição grau de mestre. Ao profissional que se propõe a este grau académico, espera-se que seja capaz de dar continuidade aos saberes obtidos no primeiro ciclo, aprofundando, desenvolvendo e aplicando-o, particularmente, no campo da investigação. O estudante deve ser capaz de aplicar os seus saberes na resolução de problemas, em situações novas e complexas, relacionadas com a área de especialidade, bem como a capacidade de realizar de julgamento crítico, integrando os conhecimentos, dando resposta a situações complexas através da tomada de decisão. É esperado que demonstre habilidade comunicacional, tendo em vista a transmissão das suas conclusões e do raciocínio implícito a estas, de forma clara e sem ambiguidades, demonstrando também capacidade de realizar uma aprendizagem autónoma e orientada ao longo do seu percurso (Decreto-Lei nº65/2018). Os Descritores de Dublin

para o 2º ciclo, desenvolvidos no ano de 2003 e integrados no Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior, define as mesmas expectativas em matéria de resultados e aptidões, definidas pelas competências supracitadas.

O presente trabalho, vem dar suporte e esclarecer este, longo e enriquecedor, percurso. Os contributos das evidências identificadas, acerca da necessidade da continuidade de cuidados, nomeadamente na área do AM, permitiram a elaboração do estudo aqui apresentado, que desperta para a necessidade conceber novas e implementar práticas. A continuidade de investigação sobre esta ou outras temáticas pertinentes, consiste num grande desafio para o futuro, mas a sua concretização e difusão junto da comunidade científica e dos pares, justifica-se pela necessidade de manter a Enfermagem viva e atual, enquanto ciência e disciplina. A sensibilização dos pares, foi uma ação que desenvolvi nos vários contextos, de maneira mais ou menos formal. Para tal, sempre que tive oportunidade divulguei a minha RS com a equipa multidisciplinar e fiz sempre questão de partilhar esta minha área de interesse com os meus orientadores. Ainda que em alguns dos contextos esta temática não fosse diretamente ajustável à prática, foi sempre importante a partilha, no sentido de promover a reflexão crítica, a troca de ideias e a procura de melhoria na inclusão desta temática. Partilhei, com os diferentes profissionais, novas evidências no que se refere à temática do AM, indo assim ao encontro das necessidades das diferentes equipas, nomeadamente tive oportunidade de promover uma sessão informativa sobre as últimas *guidelines*, emanadas pela *Academy of Breastfeeding Medicine*, no seu protocolo nº36, que descreve as novas abordagens em casos de mastite.

3.2.Competências comuns e específicas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A aprendizagem, o desenvolvimento e a consolidação de competências especializadas, no âmbito do CMESMO, acumula o conjunto de competências comuns do Enfermeiro Especialista e de competências específicas do EEESMO. Estas encontram-se enunciadas no Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019) e no Regulamento das competências específicas do EEESMO

(Regulamento n.º 391/2019), da Ordem dos Enfermeiros (OE), publicados em Diário da República.

As competências comuns do enfermeiro especialista, tal como o próprio nome sugere, consistem em domínios de competências que são adquiridas e partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização. Segundo o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, estas “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n. 140/2019, p. 4744). Podemos constatar quatro dimensões fundamentais: a responsabilidade profissional, incluindo as componentes ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados; o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As diferentes competências específicas do EEESMO, debruçam-se sobre a saúde sexual e reprodutiva, mas também sobre todo o ciclo de vida da mulher. Estão incluídos, na intervenção do EEESMO, momentos-chave como: planeamento familiar e período preconcecional; pré-natal; trabalho de parto; período pós-natal; climatério; processos de saúde/doença ginecológica (Regulamento nº 391/2019). O EEESMO, refere a OE (2019), assume-se como o profissional que, no seu exercício desempenha intervenções autónomas, em situações de gravidez de baixo risco, e intervenções autónomas e interdependentes em situações de médio e alto risco. As suas intervenções autónomas reservam-se a situações nas quais, a gravidez e o trabalho de parto, decorrem segundo processos fisiológicos e de vida considerados normais, já as intervenções autónomas e interdependentes decorrem de situações e processos de gravidez patológicos e/ou que se configuram fora da normalidade (OE, 2019).

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) (2008), a saúde sexual e reprodutiva constitui uma área de intervenção abrangente, pela sua presença ao longo do ciclo de vida da mulher, mas também das famílias e comunidades. Assim, assume-se como uma importante área de intervenção, na promoção de estilos de vida saudáveis e de melhoria contínua da saúde e bem-estar.

A OMS (2015) refere que o EEESMO, constitui-se como o profissional com melhor relação custo-eficácia, no que se refere à vigilância e prestação de cuidados na gravidez e parto, a grávidas/famílias com gravidezes de baixo risco. Afirmar ainda que existe um crescente interesse internacional no papel do EEESMO nas estratégias globais para o bem-estar e saúde das mulheres. A ICM (2019), identifica o EEESMO enquanto profissional provido de competências e responsabilidade nos cuidados à mulher, com fim de providenciar apoio, cuidados e aconselhamento, durante toda a gravidez. Este organismo define um conjunto de competências gerais aplicadas a todos os aspetos da prática do EEESMO, mas também competências específicas para cuidados durante o período pré-natal, a gravidez, o trabalho de parto, o nascimento e o período pós-natal. Aqui assentam medidas de prevenção e promoção do parto e nascimento fisiológico, o diagnóstico atempado de complicações e a adoção de uma conduta eficaz em emergências.

Ao longo do percurso académico e das diferentes oportunidades de aprendizagem decorrentes do CMESMO, fui alargando horizontes e aproveitando oportunidades de obter novos conhecimentos, na busca de consolidar as competências pretendidas dentro da área da saúde materna e obstétrica. Segundo a DGS (2015), no seu Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, os profissionais que assentam a sua prática nesta área de atuação, têm presente o desafio da formação continua, não apenas enquanto necessidade, mas enquanto uma mais-valia para a sua prática e para os cuidados prestados. Neste sentido participei nas seguintes formações:

- Curso de formação intensiva exercício físico na gravidez e na recuperação do parto;
- Curso de Mindfulness para Profissionais da Assistência ao Parto;
- Curso Neuroeducação para Profissionais do Parto.

Os respetivos certificados encontram-se em anexo a este relatório (Anexo I).

3.3. Percurso para aquisição de competências: Análise Crítica e reflexiva

Apresento, em seguida, o percurso de aprendizagens, na aquisição e consolidação das competências mencionadas, ao longo dos vários contextos. O mesmo foi norteado pelo Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019)

e pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, congruentes com a obtenção do grau de Mestre. Além destes, para o desenvolvimento de competências, em contexto de prática clínica, foram também consideradas as competências e orientações emanadas pelo ICM (2019), pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados do EEESMO (OE, 2018) e do Código Deontológico da profissão de Enfermagem (OE, 2005; Lei n.º 156/2015), seguindo a trajetória de uma prática baseada na evidência, pela mobilização de saberes e pela utilização do modelo teórico de Kristen Swanson.

A síntese de registo de atividades práticas desenvolvidas, durante o percurso académico, encontra-se em anexo (Anexo II).

3.3.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional

São próprias desta competência as áreas de intervenção em saúde sexual, reprodutiva, planeamento familiar e o período preconcepcional. O seu desenvolvimento ocorreu em diferentes contextos, sendo a sua maior incidência no contexto de Cuidados de Saúde Primário (CSP), mas também desenvolvido em contexto de internamento de medicina materno-fetal (MMF), serviço de consultas ginecológicas e ainda no serviço de puerpério.

As diferentes dimensões da saúde sexual e reprodutiva, estão interligadas de forma que não influenciam apenas e só a fertilidade, mas também a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, a vivência da sexualidade para a própria pessoa e para o casal, a vivência da gravidez, situações de infertilidade, o próprio parto, o bem-estar e a qualidade de vida.

As consultas de planeamento familiar, surgem como um momento importante para a promoção de estilos de vida saudáveis e para a melhoria persistente da saúde e do bem-estar da mulher/casal/família (DGS, 2008). Em contexto de CSP, surgiu a oportunidade de realizar estas consultas, tendo as mesmas permitido desenvolver e consolidar competências no campo da promoção da saúde sexual e reprodutiva, através de intervenções de educação para a saúde. Estas incidiram sobretudo no aconselhamento e apoio na escolha informada acerca dos diferentes métodos

contracetivos, na informação sobre prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, na melhor compreensão sobre ciclo menstrual e ainda sobre questões da conjugalidade.

Em matéria de planeamento familiar junto da comunidade, o SNS dispõe, gratuitamente, de métodos contracetivos, para que sejam disponibilizados de forma a promover uma maior adesão a estes métodos, numa vertente de controlo da fecundidade e das doenças sexualmente transmissíveis (DGS, 2015). Nos dias de hoje, a variedade de métodos disponíveis é elevada e existe uma mudança constante e atualização quer do tipo de método, quer das suas formulações. Deste modo, é importante que o profissional se mantenha constantemente informado e atualizado, para poder informar corretamente a pessoa, favorecendo através da informação e do esclarecimento, uma escolha adequada que favoreça a eficácia do método escolhido. Além disso, a eficácia do aconselhamento depende em muito da relação que se estabelece com a pessoa, de modo que esta se sinta à vontade para partilhar as suas necessidades e que possa confiar no profissional e nas recomendações que são feitas por este. O aconselhamento eficaz torna-se importante para apoiar aqueles que se preocupam com a sua saúde sexual e reprodutiva, uma vez que em alguns casos estas podem sentir-se incapazes de abordar este tema com as pessoas que lhe são próximas (Terki e Malhotra, 2004). Durante a minha prática procurei aliar a informação e a relação, na procura de uma maior confiança de cada mulher, de forma que o meu aconselhamento e a escolha da mulher fossem ao encontro de uma eficácia real do método, providenciando assim cuidados de saúde adequados e de qualidade. Ao encontro da Teoria do Cuidar de Swanson, procurei estar com a mulher/casal, demonstrando disponibilidade e uma crença nas suas escolhas, desejos e valores, sem julgamentos, possibilitando a esta atingir uma maior capacidade de autocuidado. Estas consultas foram estruturadas com o objetivo de conhecer a vontade e as expectativas da mulher/casal. Partindo desse conhecimento, validei a informação que a mulher/casal já havia adquirido sobre o tema e procurei esclarecer todas as informações erróneas ou dúbias, assim como as dúvidas sobre os diferentes métodos, o seu funcionamento e eficácia, os possíveis efeitos adversos, as vantagens e desvantagens e a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis.

Outras atividades desenvolvidas neste âmbito foram a colocação ou remoção de dispositivos de contraceção. Apesar de nos locais onde realizei as minhas práticas estas técnicas serem sobretudo realizadas pela equipa médica. A Sr.^a Enfermeira que orientou a minha prática, tinha uma vasta experiência e realizava estas técnicas com alguma regularidade. Neste sentido, tive a oportunidade de colocar e remover implantes contraceptivos subcutâneos, cumprindo todas as regras que comportam estes procedimentos invasivos, nomeadamente assegurando o consentimento informado livre e esclarecido, bem como todas as normas de segurança e assepsia.

As demais intervenções, realizadas no âmbito da consulta, foram orientadas pela circular normativa da DGS (2006), realizando os respetivos registos no boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar, bem como no sistema informático.

A consulta preconcecional, segundo a OMS (2012), no seu consenso global para os cuidados nesta vertente, realça que preparação em contexto de consulta preconcecional, constitui uma ação de importância para a saúde reprodutiva da mulher e do casal, prevenindo possíveis complicações na gravidez, assim como no parto e no puerpério, promovendo a redução da probabilidade de mortalidade e morbilidade materna e neonatal (OMS, 2012). Durante a prática clínica em contexto de CSP, surgiu apenas uma situação na qual pude realizar consulta no âmbito preconcecional. Penso que esta situação se deva, não apenas ao curto período de realização da prática clínica, mas também porque existe um número significativo de mulheres/casais que não procuram cuidados de saúde preconcepcionais, ainda que no seu íntimo planeiem a gravidez (Mazza & Chapman, 2010). Há ainda um caminho, no qual nós, enquanto profissionais especializados nesta área, temos de trilhar, procurando informar sobre a importância e modificar crenças e comportamentos, que limitam este acesso e procura pela consulta preconcecional. Na procura de fazer parte nesta mudança, procurei abordar esta temática, sempre que se justificava, em consultas de planeamento familiar, realçando os seus benefícios para a saúde reprodutiva familiar. Incorporando sempre, na estrutura das consultas e dos cuidados, a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson, procurei conhecer a mulher/casal, as suas expectativas e desejos, assim como os seus medos e dúvidas, relativos à conceção, à gravidez, ao parto e parentalidade, demonstrando estar presente,

através da disponibilidade e de uma escuta ativa, demonstrando vontade em ajudar e mantendo a crença positiva acerca das suas capacidades individuais e enquanto casal.

Além dos CSP, foi possível trabalhar, de forma similar, mas não em contexto de consulta, esta competência. Também foram desenvolvidas intervenções de aconselhamento sobre métodos contraceptivos em contexto do serviço de medicina materno-fetal, junto de mulheres e casais que sofreram uma perda gestacional (aborto espontâneo [AE], interrupção médica da gravidez [IMG] ou interrupção voluntária da gravidez [IVG]) e em contexto de puerpério. No primeiro, foi realizada educação para a saúde com intuito de prevenir uma nova gravidez precoce, como salvaguarda do restabelecimento do estado de saúde da mulher e prevenindo complicações de saúde associadas a uma nova gravidez num curto espaço de tempo. Para além disso, era informada a mulher/casal dos diversos métodos disponíveis e prestado igualmente, como nas consultas de planeamento familiar, apoio à escolha informada e esclarecida, para que a mulher/casal possa efetuar a escolha mais adequada a si, promovendo a maior eficácia real do método escolhido. Em contexto de puerpério, na maioria dos casos os médicos prescrevem um método contraceptivo no momento da alta clínica. Neste sentido o meu papel incidiu sobretudo na educação para a saúde, informando a mulher/casal sobre as transformações corporais da mulher e o restabelecimento do organismo ao estado não gravídico, alertando para as possíveis complicações de uma gravidez precoce e oferecendo esclarecimentos acerca do método prescrito e informando sobre a disponibilidade de outros métodos. Outra temática abordada com a mulher e casal, neste contexto, foi o regresso à vida sexual ativa no pós-parto e desconstruir preconceitos relativos à sexualidade no pós-parto.

3.3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Segundo o Programa Nacional de Vigilância da Gravidez, deve existir uma rede de referência materno-fetal, que favoreça a articulação entre os CSP e os cuidados diferenciados hospitalares. A DGS (2015), apresenta no seu programa, indicações para que o acompanhamento e vigilância de mulheres/casais com gravidezes de baixo risco. Assim, nestas situações, o objetivo da vigilância, que se recomenda realizada por um

EEESMO, caracteriza-se pela promoção de hábitos de vida saudáveis, assumindo a gravidez enquanto momento oportuno para intervir e despertar para a alteração de hábitos e comportamentos, promovendo a continuidade de cuidados ao longo do ciclo de vida, centrando os seus cuidados na mulher grávida, inserida na família e comunidade. A vigilância da gravidez deve ser o mais precocemente possível, recomendando-se que a primeira consulta ocorra até às doze semanas de gestação. Idealmente esta vigilância deve ser mantida ao longo de toda a gravidez, realizando um total de dez consultas (DGS, 2015).

Em contexto de CSP, tive diversas oportunidades de realizar consultas de vigilância de gravidez de baixo risco. Na unidade de CSP, esta consulta encontra-se instituída segundo o modelo de assistência realizado autonomamente pelo EEESMO. Desta forma, as consultas de vigilância de gravidez de baixo risco, são da total responsabilidade deste profissional, sendo este autónomo nas suas intervenções, assim como no planeamento e agendamento de novos momentos de vigilância. No que se refere a intervenções interdependentes, estas consistiam no pedido de prescrição médica de suplementos necessários e essenciais à mulher no período da gravidez (ácido fólico, ferro, iodo) e de exames complementares necessários para a validação do estado da gravidez e do seu nível de risco (análises clínicas, ecografias).

Estas consultas permitiram-me não só acompanhar mulheres grávidas em diferentes idades gestacionais, mas também acompanhar a mesma mulher em pelo menos duas consultas diferentes e em idades gestacionais diferentes. Isto tornou-se importante, na medida em que possibilitou o desenvolvimento do raciocínio clínico, assim como a individualização, a organização e a priorização dos cuidados. As consultas de primeira vez iniciavam-se pela anamnese, pela confirmação dos sinais de presunção e de certeza da gravidez. Nesta consulta e nas restantes, eram realizadas avaliações que permitiam conhecer o estado de saúde da mulher naquele momento, nomeadamente a avaliação da TA, peso, altura e índice de massa corporal (IMC), abordar a temática da alimentação e de hábitos de consumo (álcool, tabaco e estupefacientes) e corrigir alguns comportamentos menos adequados, realizava ainda o teste de Combur® e, dependendo da idade gestacional, eram ainda auscultados os batimentos cardíacos fetais, com recurso a aparelho doppler. Neste envolvimento e aquando da realização da anamnese, tinha o

cuidado de ir tomando conhecimento e interiorizando as necessidades e especificidades de cada mulher/casal, para posteriormente conseguir dar resposta através do planeamento de intervenções necessárias para aquela ou para as consultas seguintes.

Em matéria de educação para a saúde, durante as consultas, dependendo da idade gestacional, do número de consultas anteriores e das necessidades de cada mulher/casal, foram abordados os seguintes temas: vigilância pré-natal, adaptações fisiológicas da mulher na gravidez; hábitos e estilos de vida adequados a uma vivência saudável da gravidez; atividade laboral; prevenção primária da toxoplasmose; os sinais e sintomas de alerta e quais os casos de necessidade de recorrer ao serviço de urgência; direitos parentais e apoio social; as expectativas face à gravidez, nascimento e pós parto, através da organização de plano de parto e pós parto, informando e capacitando a mulher/casal para a tomada de decisões livres, informadas e esclarecidas (OE, 2015). Nestas consultas, os registos foram feitos em sistema informático próprio e também no boletim de saúde da grávida (BSG), segundo as orientações emanadas pela DGS, através da circular normativa n.º 16/2001. O BSG constitui-se como um instrumento de elevada importância na transmissão de dados relevantes sobre a grávida e a sua gravidez, devendo estar devidamente preenchido, de forma clara, perceptível e acessível a toda a equipa multidisciplinar, que durante o percurso da gravidez poderá prestar cuidados à mulher (DGS, 2001).

Em contexto da prática em CSP, tive oportunidade de prestar cuidados maioritariamente à população migrante, neste sentido, a barreira da comunicação, bem como a barreira cultural foram marcantes. Muitas das mulheres/casais eram oriundas de países nos quais o acesso a cuidados de saúde e, nomeadamente a vigilância na gravidez, são limitados ou inexistentes, desta forma desenvolvi para integrar as consultas da unidade de saúde, um folheto em português e inglês, com informações relativas à vigilância de saúde.

A prestação de cuidados no período pré-natal, assentaram na capacitação da grávida/casal, promovendo a autoconfiança e desenvolvendo as suas capacidades parentais. Assim, também tive oportunidade de planear, executar e participar em cursos de preparação para o parto e parentalidade (CPPP), quer em contexto de CSP, quer em contexto hospitalar. Participei em duas sessões diferentes do curso, sendo uma delas

subordinada à temática das alterações fisiológicas ao longo da gravidez e outra acerca dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto. Estes devem proporcionar um momento de apoio, mas também de partilha e de esclarecimento, no qual a grávida e o casal devem sentir-se capazes de expor os seus medos e angústias, bem como as dúvidas que decorrem desta fase de transição (DGS, 2015). Estes devem “contribuir para uma vivência mais informada e gratificante da gravidez, do parto, do puerpério e da aprendizagem da parentalidade” (DGS, 2020, p.8). Tal como refere a Teoria do Cuidar, de Swanson, nos CPPP o profissional deve conhecer a mulher e o seu contexto de forma a poder estar com a mulher no seu percurso e apoiar na sua transição para a parentalidade, mantendo a crença nas suas próprias capacidades, auxiliando e apoiando sempre e enquanto for necessário, até que ela mesma possa ser capaz de fazer por si mesma. Desta forma, o profissional consegue prestar um cuidado continuado e dedicado às necessidades individuais e próprias daquela grávida/casal, promovendo assim a sua autonomia e o seu bem-estar.

Em situação de prática clínica, no serviço de medicina materno-fetal, tive também oportunidades para desenvolver competências, no que se refere ao cuidar a mulher e o casal, em contexto pré-natal. Ao contrário do contexto de CSP, nos quais a minha intervenção, orientada por uma EEESMO, se baseavam maioritariamente em intervenções autónomas, aqui as intervenções eram na sua grande maioria interdependentes, ainda que houvesse espaço para intervenções autónomas. Tive assim oportunidade de conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ ou coincidente com a gravidez (OE, 2019), nomeadamente, diabetes gestacional (DG), hipertensão arterial (HTA) crónica, pré-eclampsia (PE), colestase gravídica, hemorragias, ameaça de parto pré-termo (APPT) e infeções, tais como pielonefrites e gripe A. Esta variedade de diagnósticos tornou possível compreender melhor o desafio e a complexidade da vigilância e dos cuidados prestados na gravidez com patologia associada, tal como mencionado por Potter e Perry (2006, p. 708), “a prestação de cuidados seguros e eficazes às mulheres com gravidez de alto risco constitui um desafio”.

As competências desenvolvidas, relativas às intervenções autónomas do EEESMO, consistiram essencialmente na avaliação do bem-estar materno, através de vigilância de

sinais vitais e de sinais e sintomatologia sugestivos da patologia ou do agravamento da mesma, e avaliação do bem-estar fetal, através da monitorização cardiotocografia (CTG), auscultação dos batimentos cardíacos (ABC) e ainda na educação para a saúde e no apoio emocional à grávida e casal. No que se refere às intervenções interdependentes, foi privilegiado o trabalho em equipa ao nível multidisciplinar e estas consistiram sobretudo na aplicação prática de protocolos instituídos no serviço, nomeadamente no que se refere a protocolos de tocolise, de administração de corticoterapia para maturação pulmonar, antibiótica profilática em casos resultados positivos para colonização vaginal e/ou anal com *Streptococcus* do grupo B, avaliação e controlo de valores da glicémia capilar, assim como outros protocolos instituídos no serviço para diferentes situações de acordo com a fisiopatologia presente. Foi também possível desenvolver outras intervenções que permitiram auxiliar nos diagnósticos médicos e na vigilância do bem-estar materno e fetal, nomeadamente na colheita de sangue para realização de análises prescritas (por exemplo: prova de tolerância à glucose, doseamentos de ácidos biliares, hemogramas, serologias) e apoio a exames ecográficos, explicando o procedimento e ajudando a grávida no esclarecimento de dúvidas acerca do mesmo.

A aprendizagem que tive maior oportunidade de realizar e de aperfeiçoar, no que se refere aos cuidados e vigilância da mulher no período pré-natal, foi a avaliação do bem-estar materno e fetal através da monitorização por CTG. Este é um método de avaliação do bem-estar fetal muito utilizado em meio hospitalar. Ele permite “inferir o estado de oxigenação fetal e a avaliação das contrações uterinas” (Afonso, Santo e Barros, 2020, p. 89). O CTG é especialmente importante em situação de patologia materna associada à gravidez, em condições fetais que acarretam maior risco de compromisso da oxigenação fetal e em situações onde a grávida refere uma diminuição dos movimentos fetais (Afonso, Santo e Barros, 2020).

Segundo a terminologia da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), o CTG pode ser nomeado de normal, suspeito ou patológico (FIGO, 2015). O tempo mínimo indicado para a realização do CTG é de 20 minutos, contudo este tempo pode ser prolongado, por tempo indefinido, sempre que se justificar, como exemplo em situações de avaliação na qual se apresente um “traçado suspeito” (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandraran, 2015).

As oportunidades de realização de CTG ao longo da prática clínica, permitiram não apenas o treino na correta colocação dos transdutores (foco e toco), ou praticar o manuseamento técnico do aparelho de CTG, mas permitiu sobretudo consolidar aspetos como o treino, a prática e a autonomia para a leitura e compreensão do significado dos traçados revelados por este. Sempre que foi identificado algum desvio da normalidade no traçado de CTG, esta alteração foi comunicada à equipa de obstetrícia e foram iniciadas intervenções autónomas para tentativa de resolução da situação, tais como alternância de decúbito, administração de fluídos por via endovenosa e intervenções interdependentes protocoladas como a administração terapêutica (por exemplo: salbutamol).

O desenvolvimento e o treino na interpretação correta e atempada, assim como o julgamento clínico, em situação de CTG suspeito ou patológico, são competências fundamentais para uma tomada de decisão e ação rápidas, prevenindo assim complicações ou comorbilidades maternas e fetais. As experiências de aprendizagem desta prática clínica, permitiram consolidar competências necessárias em situações de caráter urgente e também otimizar a capacidade para uma correta avaliação da situação e o tempo de resposta, com efeito mais favorável nos resultados materno-fetais, evitando o recurso a intervenções dispensáveis e desadequadas que comprometem a utilização atempada das intervenções mais adequadas e eficazes (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrachan, 2015).

Ao longo das seis semanas de prática clínica, tive contato com grávidas em internamento com diagnóstico de APPT. As intervenções, maioritariamente interdependentes, resumiram-se à administração de terapêutica prescrita e/ou concordante com protocolos implementados no serviço. Estas têm como principal objetivo evitar ou atenuar a contratilidade uterina, associada a trabalho de parto prematuro ou a complicações relacionadas com a prematuridade fetal, tais como imaturidade pulmonar, suscetibilidade à infeção e complicações neurológicas (Graça, 2017). Esta experiência de aprendizagem, permitiu desenvolver competências relativas à administração de tocolítico, glucocorticoides e profilaxia antibiótica. A instituição do protocolo de maturação pulmonar fetal, indica que, preferencialmente, o nascimento ocorra após 24 horas da última administração, potenciando a eficácia do ciclo de

maturação, uma vez que são evidentes as vantagens de um ciclo único ao invés da sua repetição, devido à possibilidade de complicações, tais como a infeção e insuficiência suprarrenal maternas e o encerramento prematuro do canal arterial, o atraso psicomotor, e a supressão suprarrenais fetais (Ramirez, 2015). Para a prevenção da morbilidade neurológica do recém-nascido pré-termo, a evidência diz-nos que o sulfato de magnésio contribui para a diminuição do risco de paralisia cerebral, pelo que se encontra indicado como terapêutica a administrar a grávidas com diagnóstico de APPT ou trabalho de parto pré-termo (TPP) (Castro et al, 2014). Consoante as diferentes *guidelines*, nacionais ou internacionais, assim varia a sua indicação. Sempre que possível, a neuroprotecção deve ser realizada, se a idade gestacional for entre as 24 e as 31 semanas, no entanto quanto menor a idade gestacional menor são as hipóteses de sobrevivência e de ausência de sequelas (Félix e Palma, 2020). Contudo, a administração deste fármaco não é isenta de riscos maternos e como tal carece de intervenções de vigilância, tais como dos sinais vitais, dando maior relevância à vigilância da frequência respiratória e à monitorização do débito urinário. Os rins são os principais reguladores da concentração sérica do magnésio, sendo este excretado pela urina em cerca de 90% nas primeiras 24 horas após a administração (Coutinho, Coutinho e Coutinho, 2020). Os efeitos adversos maternos dependem da adaptação das doses e da velocidade da administração. Destes, alguns podem ser transitórios e de menor gravidade, tal como o rubor, sudorese, náuseas, sonolência, cefaleias e visão turva. Já mais rara e mais gravosa é a intoxicação materna, responsável por depressão respiratória, através da depressão do sistema nervoso, podendo levar a paragem respiratória. Como tal, as doses de manutenção só devem ser administradas após avaliação clínica obrigatória da toxicidade do sulfato de magnésio, devendo esta ser realizada a cada uma ou duas horas e deve incluir a presença do reflexo patelar, a frequência respiratória e o débito urinário (Roman, 2017).

A administração de terapêutica tocolítica, associada à APPT, encontra-se relacionada com o aumento de tempo da gravidez (indicada entre as 24 e as 34 semanas de idade gestacional) quando se torna indispensável adiar o nascimento, possibilitando, por exemplo, o cumprimento do ciclo de maturação pulmonar (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). A nifedipina é um dos fármacos com propriedades tocolíticas, utilizado

como primeira linha, beneficiando de menor ocorrência de efeitos adversos (Graça, 2017). O atosiban é igualmente utilizado para esse efeito, uma vez que tem função antagonista da ocitocina, pela sua ligação aos recetores da ocitocina-vasopressina (Graça, 2017). As administrações destes fármacos são acompanhadas de intervenções autónomas do EEESMO, tais como: a monitorização do bem-estar materno-fetal; o apoio na gestão de ansiedade; a transmissão de informação pertinente e adequada de modo a promover o sentimento de controlo, mas também a promoção do autocuidado; promover a gestão de repouso, limitando a atividade física ao estritamente necessário.

A questão do repouso, ainda que possa ser prescrito como medida adicional em situações de APPT, uma vez se sugere que alivia a pressão no colo uterino e auxilia na diminuição da frequência e intensidade das contrações uterinas, este deve ser considerado e avaliado, tendo em conta o real objetivo e considerando os seus benefícios e riscos (Graça, 2017). Este parece ser ainda muito utilizado enquanto estratégia de controlo em situação de APPT. Contudo, segundo The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), no seu website, o repouso no leito não se encontra recomendado para mulheres em risco de parto pré-termo, uma vez que esta prática aumenta o risco de fenómenos tromboembólicos, enfraquecimento ósseo e atrofia das fibras musculares. Neste sentido, sempre que possível, realizei ensinamentos às grávidas, com esta recomendação médica de repouso, para que fossem alternando decúbitos e realizassem exercícios ativos, adaptados ao leito, nomeadamente exercícios de mobilidade dos membros inferiores e superiores, exercícios respiratórios e de alongamento.

Outras das patologias comumente diagnosticadas na gravidez, e com prevalência nas mulheres grávidas internadas no SIMMF, foram a HTA e DG. A HTA é “uma das principais causas de morbilidade e mortalidade perinatais” (Silva, 2020, p. 127) e também responsável pelo aumento do risco de parto por cesariana (Lowdermilk e Perry, 2008). A HTA é definida como a pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg ou a pressão arterial diastólica superior a 90 mmHg. Esta patologia pode ser prévia à gravidez, denominando-se de HTA crónica e normalmente é diagnosticada antes das 20 semanas de gestação, ou pode estar relacionada com a gravidez, denominando-se de HTA gestacional, e normalmente é diagnosticada após as 20 semanas de gestação.

O diagnóstico de pré-eclâmpsia corresponde ao “processo patológico e vasoespástico multissistémico, caracterizado por hipertensão e proteinúria” (Lowdermilk e Perry, 2008, p.756). As intervenções desenvolvidas, junto de grávidas com este diagnóstico médico, envolveram sobretudo a gestão e apoio no cumprimento do regime terapêutico, vigilância do bem-estar materno-fetal através de monitorização por CTG, monitorização da TA com a realização de tiras de avaliação de TA, registo de diurese e proteinúria ocasional, assim como a vigilância de sinais e sintomas sugestivos de agravamento da situação patológica, particularmente através identificação da presença de cefaleias persistentes e/ou severas, epigastrialgias e perturbações visuais (Graça, 2017; Lowdermilk e Perry, 2008). Os cuidados incidiram ainda na educação para a saúde das mulheres e famílias, permitindo a estas reconhecer sinais e sintomas de alerta e adequar hábitos de vida saudáveis que contribuam para o controlo e a estabilidade da patologia durante a gravidez.

A prevalência do diagnóstico de diabetes na população mundial tem aumentado. Este facto assemelha-se à curva igualmente crescente de casos de obesidade em idades cada vez mais precoces (Gaspar, Ascensão e Almeida, 2020). O diagnóstico de DG pode ocorrer através de uma análise sanguínea, realizada em jejum, que nos confirma um valor de glicémia ≥ 92 mg/dl e < 126 mg/dl, ou quando através da análise de prova de tolerância à glucose, comumente conhecida como PTGO, se encontra um ou mais dos valores alterados (jejum ≥ 92 mg/dl; após 1 hora ≥ 180 mg/dl; após 2 horas ≥ 153 mg/dl) (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2017). Existe também definido o diagnóstico de diabetes na gravidez. Este consiste no diagnóstico de hiperglicemia durante a gravidez, para valores analíticos da glicémia em jejum ≥ 126 mg/dl ou valor de glicémia ocasional ≥ 200 mg/dl ou para valores de PTGO em jejum ≥ 126 mg/dl ou após 2 horas ≥ 200 mg/dl (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2017).

Ainda que não apresente risco aumentado para malformações congénitas, existe o risco de outras complicações maternas e fetais quando se associa diagnóstico de DG. Estas são, entre outras, o risco aumentado para PE, macrossomia fetal, hidrâmnios, e em casos extremos morte fetal. No que se refere à morbilidade neonatal, a DG pode originar “hipoglicémia, hiperbilirrubinémia, hipocaliemia, hipomagnesémia, policitémia, síndrome

de dificuldade respiratória e cardiomiopatia” (Blank, Grave e Metzger, 1995, citado por Gaspar, Ascensão e Almeida, 2020, p.119).

Perante o diagnóstico de DG, foi possível desenvolver e consolidar as competências do EEESMO no que se refere à prestação de cuidados à mulher grávida e família, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, com o objetivo de promover o bem-estar materno -fetal (OE, 2019). Assim, procurei adaptar os cuidados às necessidades de cada mulher e família, perante o diagnóstico apresentado. Destes, quero destacar a importancia de avaliar os conhecimentos da mulher e família sobre a patologia, quais os cuidados a ter, assim como sinais e sintomas de alerta, promovendo a educação para a saúde como ferramenta para que a mulher grávida possa garantir a sua autonomia e controlo sobre a patologia e a sua evolução. No seguimento desta educação, é fundamental prestar apoio emocional e estar presente de modo a esclarecer dúvidas e receios face ao diagnóstico e à gravidez, mas também apoiar e capacitar para que a transição para esta nova realidade seja positiva, permitindo garantir o bem-estar materno e consequentemente uma vivência mais satisfatória da gravidez. É fundamental capacitar a mulher grávida para a vigilância dos valores de glicémia e como atuar perante valores alterados da mesma, reforçar a importância de uma alimentação saudável e equilibrada, bem como a prática regular de atividade física adaptada à sua condição física e ao estágio de gravidez.

As práticas e momentos de aprendizagem vivenciados neste contexto permitiram o desenvolvimento de raciocínio clínico, mas também a tomada de consciência e compreensão mais profunda acerca da influência que a patologia tem na vivência da gravidez, para a mulher/casal/família.

A gravidez é um fenómeno considerado fisiológico, natural e benigno, contudo, é também um período de marcante ambivalência emocional. Pode constituir um período de grande fragilidade e vulnerabilidade, uma vez que corresponde a um período de transição e adaptação na vida da mulher/casal. Este cerca-se de uma necessidade de reorganização e ajustamento, nomeadamente no que se refere à identidade individual e familiar. Neste sentido o EEESMO, que é quem, pelas suas competências específicas, cuida a mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal, deve ser capaz de conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar intervenções de

promoção da saúde mental na vivência da gravidez. Prestar cuidados que visem a estabilidade emocional e psicológica da mulher grávida e família, são também importantes para um desfecho positivo da gravidez e para a promoção de uma vivência positiva da gravidez e da parentalidade.

A gravidez de risco é uma situação na qual a saúde e/ou a vida da mãe e do feto estão em risco, por concomitância de uma patologia ou apenas pela gravidez em si (Lowdermilk e Perry, 2008). Perante este diagnóstico, o processo de transição pode ser comprometido ou dificultado (Saviani-Zeotim & Petean, 2015). A situação de diagnóstico de gravidez de risco acarreta, para a mulher grávida/casal e família, stress e ansiedade. As mulheres grávidas tendem a ficar muito preocupadas com o seu estado e com o bem-estar do seu feto, tornando-se mais vulneráveis a influências exteriores e aumentando a sensação de vulnerabilidade (Lowdermilk e Perry, 2008). Nestas circunstâncias a mulher pode manifestar “várias reações psicológicas, incluindo ansiedade, baixa autoestima, culpa, frustração e incapacidade para funcionar” (Lowdermilk e Perry, 2008, p. 703. Para além disso, o diagnóstico de risco na gravidez pode comprometer a união entre o casal e a adaptação da família à gravidez. A prestação de cuidados, adequados e de qualidade, às mulheres com gravidez de risco constitui um desafio constante para os profissionais de saúde, não apenas pela necessidade de deter vastos conhecimentos acerca da fisiopatologia, mas também, conhecer a mulher grávida/casal para promover a individualidade e a personalização dos cuidados, mantendo a crença da grávida nos seus recursos internos para lidar com o diagnóstico e/ou sintomatologia associada, assim como auxiliar sempre que necessário, fazendo por esta ou estando presente para apoiar, nos cuidados necessários para vigilância e controlo da situação, com o objetivo de promover a autonomia, o bem-estar materno e fetal.

Mais uma vez a diversidade de cultural esteve presente neste contexto. As grávidas eram sobretudo estrangeiras, nomeadamente oriundas de países como Angola, Bangladesh, Brasil, Cabo-Verde, Paquistão, São Tomé. Dado o aumento dos migrantes em Portugal, é urgente que os profissionais sejam capazes de se preparar para prestar cuidados culturalmente sensíveis e adequados. Quando não acauteladas estas situações, elas podem originar choques culturais, que podem por si só comprometer por completo o processo terapêutico (Reis e Costa, 2013). Esta nova realidade obriga a que a equipa de

saúde se adeque para que possa prestar cuidados culturalmente sensíveis. Isto requer que o profissional de saúde desenvolva uma competência cultural para que lhe seja possível prestar cuidados adequados e culturalmente sensíveis de acordo com o alvo dos seus cuidados. Neste sentido, “a preservação e manutenção do cuidado cultural são fundamentais, uma vez que a aceitação e respeito pelas diferenças culturais e a sensibilidade para entender como essas diferenças afetam as relações com as pessoas, são um pré-requisito para o cuidado de enfermagem transcultural” (Brito et al, 2015, p.77)

3.3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

A presente competência, apresenta como descritivo que o EEESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina” (OE, 2019, p. 13562), devendo assim salvaguardar a prestação de cuidados especializados, assentes na melhor evidência científica disponível, seguros e de qualidade. Também na mesma linha de orientação, a ICM estabelece três competências para o EEESMO, na prestação de cuidados à mulher em TP e no parto: *“Promote physiologic labour and birth”, “Manage a safe spontaneous vaginal birth, prevent, detect and stabilise complications”* e *“Provide care of the newborn immediately after birth complications”* (ICM, 2019, p. 17-18). Estas foram as competências que mediarão e guiaram o meu percurso na prática clínica e foi através das várias experiências proporcionadas que trabalhei para as desenvolver e consolidar a minha aprendizagem.

Muito mais do que deter conhecimentos científicos, acerca da fisiologia do TP, o EEESMO carrega na sua prática a responsabilidade profissional e ética, que fazem do seu desempenho uma arte no cuidar do outro, assumindo “no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher” (OE, 2019, p.13561).

Ao longo da história, o paradigma dos cuidados prestados à mulher e família em TP, sofreram grandes transformações. De um ambiente familiar, feminino, vivenciado nos partos domiciliares, onde as mulheres se entreadjavam e transmitiam conhecimentos

entre gerações acerca da gravidez e TP, passamos para um paradigma medico-centrado, no qual a autonomia da mulher e o cuidado centrado em si própria, se dispersa por entre intervenções técnicas. Atualmente, com a necessidade expressa das mulheres, assistimos cada vês mais ao resgate do cuidado centrado na mulher e família, na busca pela consciência do corpo e da fisiologia do TP, com o apoio da ciência e da medicina, para guiar este processo com maior segurança. Assim torna-se fundamental, reconhecer a fisiologia do TP, e promover que seja um momento vivido pela mulher e pela família segundo aquilo que é o seu desejo e a sua crença, salvaguardando sempre o seu bem-estar e o do feto/recém-nascido.

A OMS reconhece que uma experiência de parto positivo é um ponto significativo para todas as mulheres em TP (OMS, 2018). Esta entidade descreve a experiência de parto positiva como *"as one that fulfils or exceeds a woman's prior personal and sociocultural beliefs and expectations, including giving birth to a healthy baby in a clinically and psychologically safe environment with continuity of practical and emotional support from a birth companion(s) and kind, technically competent clinical staff"* (OMS, 2018, p. 1). Esta definição baseia-se na premissa de que a maioria das mulheres querem um TP fisiológico, e com este sentir uma realização pessoal e controlo, através da tomada de decisões, mesmo em situações em que as intervenções médicas sejam necessárias ou desejadas (OMS, 2019). Desta forma o EEESMO tem um papel essencial, enquanto agente ativo nesta mudança. Assim, tal como descrito no Livro de Bolso do EEESMO, da OE, o Modelo de Cuidados Centrados na Mulher compreende o ajuste dos cuidados de Enfermagem adequados às reais necessidades individuais da mulher grávida/casal, promovendo a escolha informada sobre prestação de cuidados, incluindo ainda estratégias de capacitação da mulher através das suas competências pessoais, comprometendo-se verdadeiramente com a promoção de um TP e o parto fisiológico (OE, 2015).

Os padrões de qualidade, referidos pela OE, através da Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, integram padrões assistenciais como: a satisfação da utente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o autocuidado, autocontrolo e mestria da utente; a readaptação funcional à nova condição de saúde (OE, 2018). Estes devem estar implícitos na prática do EEESMO,

com o objetivo de proporcionar uma experiência de parto positiva para a mulher e casal e o bem-estar da puérpera e do RN.

Os cuidados prestados à mulher em trabalho de parto, não se cingiram apenas e só ao serviço de BP. Durante a prática clínica em serviço de MMF, tive oportunidade de acompanhar grávidas em situação de indução de trabalho de parto (ITP). Esta consiste no recurso a fármacos ou técnicas mecânicas que induzam na mulher grávida contrações uterinas, com o objetivo final de desencadear o trabalho de parto e consequentemente o parto, quando este não inicia de forma espontânea (Lowdermilk e Perry, 2008). A ITP está indicada quando existem razões médicas e obstétricas que comprometam o bem-estar materno e fetal. Estas podem nem sempre ser bem-sucedidas. O seu sucesso é mais provável quando o colo uterino se encontra favorável ao processo de indução. Para conhecer o estado do colo é necessário realizar-se uma avaliação do mesmo, segundo os parâmetros descritos pelo índice de *Bishop*. Este avalia características, tais como, a dilatação, o apagamento, o plano, a consistência e a posição. Segundo este índice, existe uma maior probabilidade de sucesso na ITP quando o valor do mesmo é igual ou superior a 9 em mulheres nulíparas e igual ou superior a 5 nas mulheres múltíparas (Lowdermilk e Perry, 2008).

Os fármacos utilizados na ITP podem ser: o gel de prostaglandinas ou tira impregnada com dinoprostona (também ela uma prostaglandina) que são colocados junto ao colo uterino; o misoprostol (uma prostaglandina sintética), em forma de comprimido, que pode ser colocado junto ao colo uterino, administrado por via oral; e a ocitocina sintética que reproduz os efeitos da ocitocina natural, produzida pela neuro-hipófise.

Os métodos mecânicos de ITP promovem o amolecimento do colo uterino, uma vez que a sua ação estimula a libertação de prostaglandinas endógenas (Lowdermilk e Perry, 2008). As técnicas mecânicas podem ser: a utilização de cateteres urinários com balão que são introduzidos no canal cervical (por exemplo: algália *Foley*), a manipulação de membranas e a amniotomia. Destas técnicas tive oportunidade de observar a utilização da manipulação de membranas e a amniotomia. Estas técnicas acarretam maiores riscos de infeção, além de serem descritas pelas mulheres grávidas como procedimentos que acarretam algum desconforto ou até mesmo dor.

Seja qual for o método selecionado, este deve ser de acordo com a vontade expressa da mulher grávida, para isso é necessário que a mesma esteja informada acerca das especificidades e diferenças entre os vários métodos. Neste sentido os meus cuidados incidiram uma vez mais na literacia das mulheres grávidas e das suas famílias, de forma a capacitá-las para uma escolha livre, informada e esclarecida. Outras intervenções autónomas do EEESMO foram também desenvolvidas de forma a dar resposta à vigilância do bem-estar materno e fetal, tal como a vigilância dos sinais vitais maternos, monitorização dos batimentos cardíacos fetais e contratilidade uterina por CTG, avaliar a presença de dor (nível e características), promover, sempre que possível, posições que favoreçam a ITP e o bem-estar materno e fetal durante o procedimento.

Durante o processo de ITP, sempre que as grávidas manifestavam desconforto ou dor, propunha a utilização de uma sala disponível no serviço, denominada “sala das experiências positivas”. Nesta, encontram-se disponíveis materiais que permitem auxiliar a mulher grávida a mobilizar-se e manter-se confortável. Ali estão disponíveis bolas de pilates, difusor para óleos essenciais e diferentes aromas compatíveis com a gravidez, iluminação com diferentes cores, aparelho áudio que permite ouvir rádio ou colocar uma playlist de acordo com os gostos da grávida, através de dispositivo USB. Em alguns dos turnos que realizei, tive oportunidade de acompanhar grávidas que sentiram e verbalizaram necessidade de se mobilizarem, de modo a conseguirem algum alívio do desconforto/dor percebido à contração uterina. Acompanhei as grávidas e exemplifiquei, alguns dos exercícios de mobilidade pélvica, com e sem o uso da bola de pilates. Esta mostrou ser uma prática para a qual as grávidas demonstravam bastante adesão e referiam ser positiva.

No serviço de BP, as mulheres admitidas podem vir encaminhadas do internamento de medicina materno-fetal ou do serviço de urgência obstétrica e ginecológica (SUOG). Além do acolhimento e da anamnese, outro dos aspetos relevantes, relaciona-se com a existência ou não de plano de parto. Quando as grávidas tinham um plano de parto tentava ler de imediato e esclarecer o mesmo junto destas. A atenção aos planos de parto, permitiu o reforço das competências já descritas e que referem nos seus critérios que o EEESMO “atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (OE, 2019, p. 13563). Em

seguida iniciava a monitorização do bem-estar fetal, tentando sempre promover um ambiente calmo e que fosse ao encontro das expectativas da mulher e casal (música, luz, bola de pilates, etc.). A admissão e o acolhimento à mulher representam um momento essencial para promover a criação de uma relação de confiança e terapêutica, com esta e o mesmo pode influenciar todo o processo terapêutico futuro.

O acompanhante ou pessoa significativa, é um fator que pode também ele ser determinante para uma experiência positiva para a grávida, contribuindo para reduzir o medo, “stress”, insegurança e consequentemente o desconforto. A OMS (2018) recomenda a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, para uma experiência positiva para a mulher. Por este motivo, no local onde decorreu a minha prática clínica, sempre foi permitido a todas as mulheres a presença de acompanhante ao longo de toda a sua estadia neste serviço, até à sua transferência para o serviço de puerpério.

O TP é caracterizado pela ocorrência de um conjunto de fenómenos fisiológicos, que levam à dilatação do colo uterino, à progressão do feto pelo canal de parto até à expulsão (Machado & Graça, 2017). É da incumbência do EEESMO promover um TP fisiológico, devendo implementar formas de assistência que favoreçam partos saudáveis, seguros e o mais fisiológico possível, excluindo intervenções desnecessárias durante este processo (Pinheiro, 2016). O trabalho de parto divide-se em quatro diferentes estádios. Nesta área de intervenção e cuidado, foram identificados diferentes focos de atenção, estabelecendo diagnósticos de enfermagem consoantes as necessidades apresentadas, bem como definidas intervenções autónomas e interdependentes para situações que requeriam cuidados especializados, com início na fase latente do TP e até duas horas após o parto.

O primeiro estágio do TP refere-se ao apagamento ou extinção do colo uterino e à sua dilatação completa (Fatia e Tinoco, 2016). Neste estágio, ocorrem contrações uterinas responsáveis por alterações ao nível do colo uterino. Este inicia uma fase de extinção ou apagamento e culmina com a dilatação completa do colo. Em mulheres primíparas, o processo ocorre com o apagamento do colo uterino numa primeira fase e apenas em seguida esta inicia o processo de dilatação, podendo ser um processo mais demorado e longo que muitas vezes pelo desconforto leva à exaustão da parturiente.

Neste sentido é fundamental que o EEESMO auxilie a mulher na gestão da dor e na promoção do seu repouso. Nas mulheres multíparas, este processo de apagamento e dilatação ocorre quase em simultâneo, sendo que pode, na maioria das vezes, ser um processo mais rápido.

No decorrer do primeiro estágio do TP é importante a monitorização CTG, para avaliar o bem-estar fetal, permitindo conhecer se existe para o feto risco ou não de défice de oxigenação e se este necessita de intervenções para evitar lesão permanente do sistema nervoso central (Ayres-de-Campos, 2016). Como competência do EESMO a avaliação do bem-estar materno e fetal, o registo de CTG é um instrumento amplamente utilizado, sendo que a sua classificação foi realizada através das *guidelines* emanadas pela FIGO. Contudo, a monitorização contínua, afasta-se das recomendações da OMS (2018), que não aconselha esta prática, de forma continuada, para avaliação do bem-estar fetal, em mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto espontâneo (OMS, 2018). No bloco de partos, onde realizei a prática clínica, apenas era retirado a monitorização por CTG às parturientes quando estas necessitam de utilizar a casa de banho e/ou para realizar hidroterapia. O recurso a esta monitorização nunca foi impeditivo da mobilização ou da aquisição de posições mais verticalizadas, sendo que estas sempre foram incentivadas durante a prática.

A interpretação de traçado de CTG foi bastante trabalhada tanto em contexto de BP, como em contexto de serviço de MFF em grávidas a realizar ITP. Para classificar os diferentes traçados privilegiei a utilização da nomenclatura normal, suspeito e patológico, congruentes com as *guidelines* da FIGO (2015). O traçado cardiotocográfico é considerado normal quando apresenta uma variabilidade entre 5 e 25 batimentos por minuto (bpm), uma frequência cardíaca fetal (FCF) basal entre 110-160 bpm, com um mínimo de duas acelerações em 50 minutos e ausência de desacelerações repetitivas (quando não estão associadas a mais de 50% das contrações). Quando a ausência de um ou mais destes critérios de normalidade, encontramos aquilo que se classifica como um traçado suspeito. Já o traçado patológico, apresentava uma variabilidade inferior a 5 bpm por mais de 60 minutos, não estando na presença de medicação que altere a FCF, padrões sinusoidais ou pseudo-sinusoidais ou desacelerações prolongadas ou repetitivas (em mais do 50% do traçado) (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrachan, 2015; National

Institute for Health and Care Excellence, 2017). A presença de desvios do padrão normal, no traçado CTG, foram frequentes, o que permitiu o seu diagnóstico, interpretação e intervenção, tendo sido a classificação de CTG suspeito a mais frequentemente observada, nomeadamente por situação de desacelerações, taquissistolia e diminuição de variabilidade. Nas referidas situações foram promovidas e executadas intervenções autónomas e interdependentes, com intuito de reverter a situação, nomeadamente para situações de diminuição da variabilidade fetal foi sugerida a mudança de posicionamento da parturiente, administração de glicose a 5% ou ingestão de rebuçados, estimulação externa através de movimentos vibratórios no abdómen da parturiente ou estimulação com dispositivo vibratório (EVA); para situações de taquissistolia e desacelerações foi igualmente proposta a alternância de decúbito, suspensão terapêutica de estimulação uterina (nomeadamente ocitocina), administração de lactato de ringer por veia periférica e se necessário administração de puf de salbotamol para efeito de tocolise (Graça, 2017).

Presenciei algumas situações de dificuldade na monitorização externa do bem-estar fetal. Devido a esta situação e de forma a poder vigiar e garantir o bem-estar fetal, tive oportunidade de colocar duas monitorizações fetais internas, estas consistem num método invasivo de monitorização, colocando um eléctrodo no escalpe fetal, responsável pela leitura da FCF. Este deve ser colocado sob uma região óssea, evitando assim regiões de suturas ou fontanelas, por risco de lesão grave para o feto. Para a colocação deste tipo de monitorização é necessário que exista rotura de membranas, uma dilatação do colo uterino de pelo menos 2-3cm, serologias e estreptococo β hemolítico do grupo B negativos.

Em alguns casos de dinâmica uterina menos intensa ou apresentações fetais altas, era frequente a prescrição médica de 5 unidades de ocitocina sintética, administrada via endovenosa por bomba infusora, de modo a evitar um TP prolongado. Esta prática, no entanto, contraria as recomendações da OMS (2018) não recomendam a utilização de medicamentos para prevenir o atraso e/ou acelerar o trabalho de parto, quer em fase latente ou ativa do TP. Em algumas situações, esta prática levou a situações de taquissistolia (mais de 5 contrações num intervalo de 10 minutos), com consequente indicação de desacelerações da FCF, apresentadas no traçado de CTG.

Ao longo do TP e em consequência da progressão do TP, várias alterações vão ocorrendo no colo uterino. Para melhor compreender estas alterações, foram realizados exames vaginais. Através da sua realização era possível conhecer as condições da bacia materna, as características do colo uterino (dilatação, apagamento, posição e consistência), a descida da apresentação fetal (planos de De Lee), a posição/polo fetal e a variedade, a integridade das membranas da bolsa amniótica e em caso de rotura, quais as características do líquido amniótico, quanto à sua coloração e cheiro.

A minha maior dificuldade, foi na avaliação da variedade fetal, mas acredito que a prática me deu bastantes ferramentas para a ultrapassar. A OMS (2018) indica que o exame vaginal deve apenas ser realizado de 4 em 4 horas durante a fase ativa do TP. Esta é uma técnica que consiste numa intervenção especializada, que requer treino contínuo para o seu aperfeiçoamento. No entanto a sua repetição, sem critério, torna-se um momento desconfortável para a mulher e comporta ainda um risco associado, sobretudo infeccioso. Assim, esta prática exigiu ponderação na sua utilização. Esta é uma premissa que sempre foi cumprida por mim e é também prática de toda a equipa daquele serviço, sendo esta limitada apenas ao necessário, contribuindo para o processo de tomada de decisão, e sempre realizado com consentimento da mulher e após a explicação da necessidade do mesmo (National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

No primeiro estágio do TP tive a oportunidade de realizar a técnica de amniotomia, que consiste numa rutura artificial das membranas da bolsa amniótica. Esta técnica foi em tempos utilizada para acelerar o TP, no entanto, a OMS (2018) não recomenda o uso deste ou quaisquer procedimentos, prevenir o atraso ou acelerar o trabalho de parto. Realizei esta técnica com supervisão e com a validação da minha orientadora clínica, em situações de fase ativa de TP com traçado CTG suspeito, sendo que o principal objetivo era avaliar as características do líquido amniótico. Esta técnica foi sempre explicada à parturiente, solicitando o seu consentimento livre e esclarecido.

A dor, associada ao TP, era na maioria dos casos a principal fonte de ansiedade e desconforto na mulher. É classificada como o 5º sinal vital e consiste num parâmetro que se encontra presente em todas as parturientes, ainda que, a forma como é sentido ou a forma como se manifesta possa ser variável. A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2020) refere que esta é uma experiência pessoal, que é influenciada em diferentes

níveis por fatores biológicos, psicológicos e sociais. O EEESMO deve estar atento à individualidade de cada mulher e ter presente que esta cada mulher terá diferentes formas de manifestar e vivenciar a sua dor, pois é da sua competência oferecer estratégias à mulher para lidar com a dor e apoiá-la no uso das mesmas (ICM, 2019).

Em vários momentos, algumas parturientes, referiam dúvidas sobre qual o método de alívio da dor que deviam escolher. Nestas situações apresentava-lhes as diversas estratégias não farmacológicas de alívio da dor disponíveis (duche, massagem, bola, rebozo, mobilização, alternância de posicionamentos, música, entre outros) e abordava também os diferentes métodos farmacológicos disponíveis (paracetamol, petidina, óxido nítrico), para além da já conhecida analgesia epidural. Fiz por implementar intervenções de prevenção e controlo de dor, tais como incentivar a deambulação e a liberdade de movimentos, promoção da alternância de posicionamentos ao longo do TP, contribuindo todos eles para a gestão da dor, mas também para a progressão do TP (Ferrão & Zagão, 2017). Outro método não farmacológico de controlo e alívio da dor promovido foi a hidroterapia, através da utilização do chuveiro. Incentivei diversas parturientes a utilizarem o duche como recurso para fazer face ao desconforto e à dor durante o TP, informando sobre como aplicar os jatos do chuveiro, nomeadamente fazendo incidir a água morna (que não deve exceder os 37,7°C) sobre as zonas onde o desconforto e a dor mais se acentuavam durante a contração, tem uma ação benéfica nas respostas neuroendócrinas que influenciam o processo psicofisiológico do TP, a ansiedade e os níveis de cortisol e as beta-endorfinas que favorecem o relaxamento (Lopes, 2018). A hidroterapia favorece circulação, promove relaxamento, diminui o desconforto e a dor associados às contrações uterinas e, por conseguinte, favorece a dilatação cervical (Coelho, Rocha & Lima, 2018).

A analgesia loco regional/epidural, é a mais conhecida junto das mulheres grávidas. Esta é uma técnica comumente utilizada na fase ativa de TP, mas que requer, por parte da mulher, um correto entendimento da mesma e das suas implicações, para que esta possa consentir de forma livre, informada e esclarecida.

Foi muito frequente o contato com mulheres oriundas de diferentes partes do mundo e com diferentes crenças e experiências relacionadas com a dor e com os cuidados de saúde, mas também com níveis baixos de literacia em saúde. Este foi

verdadeiramente um desafio, não apenas pela barreira linguística, mas também para desmistificar algumas ideias e crenças erradas acerca, quer dos métodos farmacológicos, quer até das medidas não farmacológicas de alívio da dor. Em algumas culturas, pude observar que as mulheres eram muito renitentes a adotar estratégias não farmacológicas, nomeadamente o movimento, o duche e as posições verticalizadas. Foi também possível observar que o alívio da dor contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente, sendo que é da competência do EEESMO implementar e avaliar “intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher” (OE, 2019, p.13563).

O segundo estágio do trabalho de parto, inicia-se quando o cérvix atinge a dilatação completa e culmina com a expulsão do feto (OMS, 2018). O seu período de duração é variável, no entanto, alguns autores referem que, em mulheres nulíparas e sem analgesia epidural, este período pode ter uma duração de até duas horas, e em mulheres múltiparas, que se apresentem nas mesmas circunstâncias, este pode durar até uma hora. Caso a parturiente, nulípara ou múltipara, tenha elegido a analgesia epidural como método de alívio da dor, considera-se o mesmo tempo para este período, acrescido de até mais uma hora (Gill, 2022). Gil (2022) indica que, qualquer intervenção deverá ser adiada, sempre que se verifique um registo de CTG normal aliado à descida e rotação fetal para uma posição favorável à ocorrência de um parto vaginal espontâneo.

O posicionamento da parturiente é fundamental, em qualquer estágio do TP, contudo no segundo estágio, este torna-se relevante para que esta tenha o maior conforto possível, uma vez que a experiência da parturiente neste estágio é caracterizada como extremamente desconfortável. Encontra-se amplamente documentado e cientificamente fundamentado que, a posição de litotomia é a menos recomendada, comparativamente com posições mais verticalizadas. Estas promovem a descida do feto e reduzem a duração do período expulsivo. A OMS (2018) refere que a mulher deve escolher, e ser encorajada a escolher, a posição da sua preferência, para realizar esforços expulsivos. No local onde decorreu a prática clínica, toda a equipa está sensibilizada para estas indicações e para a evidência científica mais atual, adequando as mesmas à sua prática. Neste sentido, dos 41 partos eutócicos que realizei, foram muito poucos os que ocorreram em posição de litotomia, e quando ocorreram foram por vontade expressa da parturiente. Promovi partos eutócicos na posição de pé, cócoras, de lado, em quatro

apoios, sentada, e ainda utilizando o banco de parto no período expulsivo. Tentei encorajar a parturiente a mudar de posição e procurar aquela que lhe permita maior conforto e a ajudasse a conseguir mobilizar melhor a força para a expulsão. Contudo, deparei-me com parturientes, de outras culturas, que demonstraram muita renitência à utilização de posições mais verticalizadas, ainda que demonstrassem e verbalizassem maior desconforto em posição de litotomia.

Os esforços expulsivos foram realizados à medida que a parturiente sentia necessidade de os fazer, não sendo encorajada a fazer esforços sem sentir vontade para tal. A OMS (2018) recomenda que a parturiente siga o seu próprio impulso para a realização de esforços expulsivos. Salvo raras exceções, nas quais, devido ao efeito da analgesia epidural, as parturientes ficaram com a sua sensibilidade alterada e nessas raras situações houve necessidade de guiar os esforços expulsivos.

A OMS (2018), refere que deve recorrer-se a técnicas para redução do trauma perineal e facilitar o nascimento espontâneo, como a massagem perineal, aplicação de compressas mornas no períneo e manobra modificada de *Ritgen*. Esta foi uma técnica que utilizei na maioria dos partos que realizei, apenas sendo impossível ou difícil a sua aplicação em partos nos quais, a posição escolhida pela mulher, tornou difícil o acesso ao períneo. Durante a prática clínica não realizei nenhuma episiotomia. Apenas assisti à realização de episiotomias, por parte da equipa médica e em situações de partos distócicos. Esta não está recomendada pela OMS (2018). Esta entidade menciona que, o uso habitual desta técnica, constitui uma prática desapropriada que é prejudicial à mulher. Dengo et al. (2016) demonstram no seu estudo que se verifica um aumento da taxa de infeção, do risco de lesões graves no períneo, da perda sanguínea, do desconforto e do tempo de recuperação pós-parto. Acrescendo ainda outras complicações como a disfunção sexual, a dispareunia e o aumento da possibilidade de formação de hematomas do períneo (Rocha et al. 2019).

Durante o nascimento, após a expulsão da cabeça fetal, procedia à pesquisa de circulares cervicais. Na presença de circulares, deparei-me sempre com situações nas quais estas eram largas e permitiam que se passasse através da cabeça ou, em casos de cordões mais curtos, promovi a realização da manobra de Somersault.

Deparei-me com 3 situações de distócias de ombros, nas quais senti muita insegurança e medo, pelo possível desfecho da situação. Senti sempre muito receio de exercer força nestas situações, mas acabei por perceber que devemos medir a intensidade da nossa força, adequando-a à necessidade final de extrair o feto de uma situação complexa e de risco. Assim, na última situação que presenciei de distócia de ombros, fui capaz de resolver a ajudar na extração do RN, sem lesões para o mesmo. A distócia de ombros constitui uma situação de emergência obstétrica. Esta pode ser responsável por uma relevante morbidade e mortalidade neonatal (Pimenta, 2020). São conhecidos fatores de risco para esta situação (a diabetes gestacional, a macrosomia fetal, história de parto anterior com distócia de ombros), no entanto esta pode ser imprevisível e ocorrer mesmo na ausência destes fatores (Marques e Reynold, 2011). Nas situações que presenciei de distócia, foi de imediato pedido às colegas de equipa apoio para a realização da manobra de *McRoberts*, que consiste na hiperflexão das coxas sobre o abdómen, com o objetivo de diminuir a procidência do promontório.

Durante a minha prática clínica, por distócias dinâmicas ou mecânicas, assisti a 14 partos que culminaram em partos instrumentados, com aplicação de ventosa ou fórceps, ou até mesmo em intervenção por cesariana. Em todos eles, acompanhei o primeiro estágio do TP e, durante a intervenção médica, no segundo estágio auxiliei naquilo que me era solicitado, de forma a promover o conforto da parturiente e cuidei dos recém-nascidos, registando a hora de nascimento e avaliando a sua adaptação ao meio extrauterino através do Índice de Apgar. O EESMO tem, nestas situações, de fazer uso das suas competências especializadas, para prestar cuidados interdependentes, em articulação com a equipa multidisciplinar, com o objetivo comum de promover a saúde e o bem-estar da mulher e do RN.

É competência do EESMO assegurar “a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina” (OE, 2019). O terceiro estágio do TP inicia-se, imediatamente, após a expulsão do feto e culmina com a expulsão da placenta. Nesta fase a atenção e vigilância é dividida entre o bem-estar da puérpera e do RN. Após o nascimento, o RN era colocado no abdómen da mãe, onde eram prestados os primeiros cuidados. O RN é colocado em contacto pele a pele, sobre o abdómen/tórax materno, coberto com um lençol próprio e aquecido, que permite

absorver o excesso de líquidos, promovendo a diminuição das perdas de calor. O contacto pele a pele promove a vinculação mãe/RN e a adaptação do RN à vida extrauterina.

Os benefícios na laqueação tardia do cordão umbilical, que pode ocorrer entre 1 a 3 minutos após o nascimento, estão amplamente divulgados e é recomendada para todos os nascimentos pela OMS (2013). No BP onde realizei a prática clínica, esta é uma prática corrente e apenas não se realiza o corte tardio do cordão em situação de emergência ou quando os pais solicitam a recolha do sangue do cordão para fins de criopreservação.

Em situações de grupo de sangue materno Rh negativo, era colhido sangue do cordão para análise, no entanto não implicava a laqueação precoce, podendo a colheita realizar-se quase quando o cordão está perto de parar de pulsar. No que se refere a esta prática, procurei sempre envolver o casal, promovendo que o corte do cordão fosse realizado pela mulher ou pelo acompanhante, sempre que estes o quisessem realizar.

Enquanto o RN se encontra em contacto com a pele materna, aguardamos pela dequitação, que corresponde à expulsão da placenta e ao culminar do terceiro estágio. Neste momento de espera, eram validadas novamente e colocadas as pulseiras de identificação do RN.

Quanto à dequitação, existem duas condutas possíveis de adotar nesta fase: a conduta expectante (na primeira hora após o parto) e a conduta ativa. A primeira, e a que utilizei na totalidade dos partos realizados, consiste em permitir que esta fase se desenrole naturalmente, sem manobras ou terapêutica; a segunda envolve intervenções, tais como a administração de uterotónicos e a manobra de *Brandt-Andrews*, que consiste na tração controlada do cordão umbilical e a massagem uterina. Quando a placenta se exteriorizava pelo canal vaginal, realizei a manobra de Jacob-Dublin, na qual se realiza a rotação da parte disponível da placenta, torno do seu eixo e no sentido horário, de forma a garantir uma dequitação completa, prevenindo a retenção de membranas. Existem dois mecanismos de dequitação. O mecanismo mais frequente é o de *Shultze*, no qual se observa em primeiro a exteriorização da face fetal, e o de *Duncan*, onde se observa a exteriorização da face materna, e que se encontra normalmente associado a uma maior perda hemática. Após a dequitação, como protocolado pelo serviço, era administrada

uma perfusão de 20 unidades de ocitocina endovenosa, em 500 ml de soro fisiológico, para promover a contração uterina, através da formação do globo de segurança de *Pinard* e consequentemente a diminuição da hemorragia. Após a verificação deste e com uma perda hemática vaginal controlada, procedia à inspeção da placenta, avaliando a presença de dois folhetos (córion e âmnios), o cordão umbilical (local de inserção e presença de 2 artérias e 1 veia) e a integridade do disco placentário. Dos partos que realizados, apenas num destes ocorreu fragmentação de membranas e foi necessária a intervenção médica, com realização de ecografia para confirmação da presença de restos de membranas e foi posteriormente realizada uma revisão manual, tendo a puérpera sido medicada com antibioterapia profilática. A atenção do EEESMO é fundamental, para a identificação de desvios da normalidade e prevenção de complicações (ICM, 2019) devendo este referenciar situações “que estão para além da sua área de atuação” (OE, 2019), solicitando a colaboração da equipa médica.

Após a dequitação, era feita a observação do períneo e do canal vaginal, para verificar a presença de lacerações. Estas podem ser classificadas, consoante a sua extensão e os tecidos afetados, em: grau I (com envolvimento do epitélio da vagina, tecido subcutâneo ou pele do períneo, sem lesão dos músculos do períneo), grau II (com envolvimento da mucosa vaginal, pele e músculos do períneo, sem lesão do esfíncter anal), grau III (com envolvimento do epitélio vaginal, pele, músculos perineais e esfíncter anal) e grau IV (que corresponde a uma laceração grau II com lesão simultânea do epitélio anal) (Brás e Braga, 2020). Após a confirmação de lesão do períneo, avaliava a dor da puérpera, no sentido de perceber que tipo de analgésico faria sentido utilizar. Caso esta tivesse cateter epidural, realizava uma nova repicagem do cateter com ropivacaina para ajudar a que esta não sentisse dor durante a sutura dos tecidos, para reparação das lesões do períneo. No caso de não ter cateter epidural, procedia à utilização de anestésico local, através de spray de lidocaína. Dos 41 partos que realizei, 13 destes resultaram em períneos íntegros, tendo realizado sutura em 12 das 17 lacerações de grau I (uma vez que 5 destas não se verificava hemorragia, pelo que não existia necessidade de sutura para reparação dos tecidos) e em 9 lacerações de grau II. Em dois partos ocorreram uma laceração de grau III e IV, nas quais tive de solicitar apoio à equipa médica para proceder à reparação das lesões uma vez que é da competência do EEESMO avaliar a integridade

do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, fazendo a referenciação das situações que estão para além da sua área de atuação (OE, 2019). Durante a prática, tive oportunidade de praticar a sutura continua, pontos simples e pontos *Donatti*. A perineorrafia era, previamente à prática, algo que percecionava como desafiante, mas com a prática acabei por superar as minhas próprias expetativas.

Durante todo este processo, o RN é mantido em contato pele a pele, e se for desejo da mulher é prestado auxílio para colocar o RN à mama. São múltiplos os benefícios do contato pele a pele, que a evidência científica enumera: fortalece o vínculo, promove o AM na primeira hora de vida, proporciona tranquilidade à mãe/RN, promove a adaptação adequada do RN à vida extrauterina, regulando os valores vitais, preserva o equilíbrio ácido-base, reduz o choro, previne a hipoglicemia neonatal, auxilia a expulsão da placenta e reduz o risco de hemorragias maternas no pós-parto (Ayres et al., 2021).

O quarto estágio do TP, também conhecido como puerpério imediato, corresponde às 2 horas imediatamente após o parto. Neste período a puérpera e o RN são mantidos em alojamento conjunto, realizando todas as intervenções necessárias evitando a separação da díade, nomeadamente a pesagem, a administração da vitamina K. Nesta fase existem maiores riscos de hemorragia materna ou de complicações para o RN, pela adaptação à vida extrauterina, pelo que o EEESMO não deve descurar este período. A complicação mais frequente é a hemorragia pós-parto que é definida, pela OMS (2014), como uma perda sanguínea superior a 500 ml após um parto vaginal ou superior a 1000 ml num parto por cesariana. Após a dequitação, ocorre a contração uterina que promove a laqueação dos vasos uterinos e a formação de trombos nos vasos uteroplacentários, promovendo um mecanismo de hemóstase (Fatia & Tinoco, 2016). Quando tal não se verifica e pelo contrário existe uma dificuldade acentuada das fibras do músculo uterino em se contraírem ou manter o seu estado de contração, estamos perante uma atonia. A atonia uterina é responsável por hemorragias graves na puérpera, comprometendo o seu estado de saúde e bem-estar. Nestes casos a abordagem deve ter como objetivo a rápida contração uterina e a cessação do quadro hemorrágico, podendo ser atingido através de medidas farmacológicas, como a administração de ocitocina sintética, sulprostona ou misoprostol, ou através de medidas mecânicas como a massagem uterina vigorosa, compressão uterina bimanual ou tamponamento uterino

(Pimenta, 2020). Neste sentido, durante o puerpério imediato, era avaliada de forma regular: o tônus e altura do fundo uterino, a perda hemática vaginal e os sinais vitais. Era realizada uma observação regular do RN, para perceber sua adaptação à vida extrauterina, assim como, a sua adaptação à amamentação, verificando os sinais de boa pega e a presença e coordenação dos reflexos de sucção e deglutição.

Antes da transferência da díade para o serviço de puerpério, eram novamente avaliados os sinais vitais da puérpera, o tônus e altura do fundo uterino, as perdas hemáticas vaginas, o estado do períneo (perineorrafia e presença de edema) a presença ou não de globo vesical. Em caso de presença de globo vesical, a puérpera era incentivada a urinar. Nos casos de puérperas que tinham realizado analgesia epidural, por vezes, pela diminuição da sensibilidade, era necessário proceder ao esvaziamento vesical. A presença de globo vesical, pode ser responsável pela incapacidade do útero para manter o seu estado de contração e consequentemente aumentar o risco de hemorragia. Também era realizada uma nova avaliação do RN, para assegurar o seu bem-estar, e era verificada a fralda para perceber se havia tido eliminações. Segundo a OE, o EEESMO “assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte” (OE, 2019, p.13563). Após verificar o bem-estar da díade e decorrido o tempo do puerpério imediato, puérpera e RN era tomada a decisão e promovida a sua transferência, para o serviço de puerpério.

Os registos foram parte integrante dos cuidados à mulher e RN, durante todo o seu percurso em BP. Eles constituem uma importante ferramenta, contudo é também a atividade que acarreta maior gasto de tempo. A sua realização de forma correta e adequada, com diagnósticos, intervenções e notas associadas, que espelhem as necessidades do alvo dos cuidados e que permita conhecer através destes a sua evolução, é de extrema relevância para a constituição da Enfermagem enquanto uma profissão com elevadas competências técnicas e científicas. Assim, segundo a OE (2015), os registos de Enfermagem são basilares e fornecem informação objetiva, com o propósito de garantir a continuidade das ações e dos cuidados. Estes constituem-se ainda como uma das atividades que traduzem legalmente a concretização dos cuidados prestados (OE, 2015).

No que se refere à temática da amamentação exclusiva, tentei promover, sempre que fosse desejo da mulher, a amamentação e o AME. Uma vez que o meu projeto se

insere no âmbito da VD e não se adequava a este contexto do BP, realizei uma apresentação oral, de um trabalho concretizado em conjunto com duas colegas do Mestrado, Inês Pargana e Mónica Vaz. O trabalho consistiu em sensibilizar os colegas do serviço de BP, através de uma apresentação, para a temática da “perda gestacional”, com enfoque nos cuidados à mulher/casal, ao longo do seu processo intra-hospitalar e também sensibilizar para as estratégias, que os enfermeiros que lidam com estas situações na sua prática diária, podem desenvolver com a finalidade de promover o seu próprio bem-estar e consequentemente o bem-estar da equipa multidisciplinar. A sessão decorreu em formato híbrido e contou com a participação de vários enfermeiros do serviço, que no final realizaram uma avaliação acerca da mesma.

A teoria do Cuidar, suportou de forma constante e notória as atividades desenvolvidas, junto da mulher em TP e parto. As etapas, nas quais está assente o cuidado, segundo esta teórica, constituem alicerces presentes e fundamentais etapas a prática do EEESMO neste contexto. É assim fundamental conhecer a mulher/casal, nas suas expectativas e preferências para as diferentes etapas, bem como as suas necessidades. Estar com a mulher/casal ao longo do processo, demonstrando disponibilidade para apoiar nas suas necessidades bem como, se necessário, fazer por esta quando ela não seja capaz de fazer por si, valorizando e priorizando sempre a crença nas capacidades da mulher/casal e possibilitando o desenvolvimento dessas mesmas capacidades para a sua autodeterminação, durante o TP, bem como para obtenção do seu bem-estar.

3.3.4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pós-parto

O desenvolvimento e consolidação da competência, que assenta sobre o cuidado à mulher/família, no período pós-parto, compreendeu quatro momentos e contextos diferentes. O contexto mais longo consistiu no BP, em contexto de prestação de cuidados no puerpério imediato, seguindo-se o serviço de puerpério, os CSP e a unidade de cuidados intensivos neonatais.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), define parentalidade como:

Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (CIPE, 2018, p.94).

Esta pode descrever-se então, como uma transição na vida da mulher/casal, que pode iniciar-se antes do nascimento, intensificando a sua importância, no período pós-parto. Assim, este contexto de cuidados, traduz-se num momento de grande necessidade de apoio, de educação e promoção de saúde e de desenvolvimento das capacidades parentais com vista à capacitação da mulher/casal, numa perspetiva de preparação para o regresso ao domicílio (OE, 2015). Os cuidados foram alicerçados numa filosofia de cuidados centrados na mulher, construindo uma relação de parceria, com vista à concretização de intervenções capazes reforçar e manter a crença da mulher/casal nas suas próprias competências parentais, com objetivo de promover a sua capacitação. Os cuidados planeados e implementados, nos diferentes contextos de prática clínica mencionados anteriormente, foram em concordância com o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO, especificamente no que se refere ao cuidar a “mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (OE, 2019, p.13563).

Designa-se por puerpério o período que se inicia imediatamente após o parto e que se estende até 6 semanas (42 dias) após este (OMS, 2022). Este é caracterizado como um período crítico para a mulher e para o RN. Segundo a OMS (2022), os cuidados de saúde prestados neste período são fundamentais e constituem um alicerce fundamental para alcançar com sucesso uma boa saúde reprodutiva, materna e infantil. Cronologicamente, o puerpério pode ser dividido em: puerpério imediato, que para alguns autores corresponde às primeiras 2 horas após o parto (Lobão, 2017) ou às primeiras 24h (Graça, 2017) ; puerpério precoce, que se considera até ao final da primeira semana após o parto; e por último o puerpério tardio, que se situa entre a segunda e sexta semana após o parto (Lobão, 2017).

Ainda que os cuidados prestados em ambiente hospitalar se limitem às primeiras 48 ou 72 horas após o parto (dependendo do tipo de parto), consegui perceber e compreender, ao longo da prática, que os cuidados no puerpério não se podem resumir a este momento. É importante definir e implementar um plano de cuidados para esta etapa, avaliá-lo e promover a sua continuidade após a alta. De acordo com o modelo de atenção pós-natal (Fig. 1), estabelecido pela OMS (2022), coloca a díade (mãe/RN) no centro dos cuidados e preconiza, enquanto base deste modelo de atenção, o mínimo de quatro contatos no pós-natal. São ainda referidas as primeiras duas semanas, do período pós-natal, como o momento chave para a identificação de problemas de saúde, para promover e apoiar a transição saudável para a parentalidade e promover a saúde da díade. Segundo a mesma diretiva da OMS (2022), os cuidados nas primeiras 24h após o nascimento são de extrema importância, estando ainda recomendado a permanência mínima de 24 horas, numa instituição de cuidados de saúde, para que se promova um acompanhamento e cuidados contínuos à díade, neste período crítico.

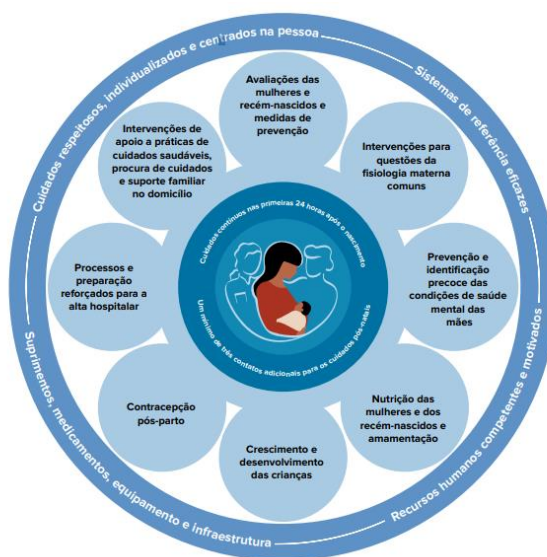


Figura 1 - Modelo de atenção dos cuidados pós-natais (OMS, 2022)

A avaliação fisiológica da mulher no período pós-natal, é de extrema importância, pois permite avaliar a sua recuperação física e percecionar atempadamente quaisquer complicações. Assim, tal como definido pela OMS (2022), a avaliação fisiológica da mulher deve comportar as seguintes avaliações: sangramento vaginal, tônus uterino, altura

uterina, temperatura e frequência cardíaca. Estas atitudes devem ser iniciadas logo após a primeira hora de pós-parto e devem ser regulares no decorso das primeiras 24h. Devem também ser tidas em atenção as avaliações de TA, eliminação vesical, a função intestinal, a cicatrização da lesão perineal ou da ferida cirúrgica (quando se aplica), despistar a ocorrência de cefaleias, fadiga, queixas álgicas. Todas estas ações foram tidas em consideração na minha prática de cuidados, em serviço de puerpério, na perspectiva de dar resposta às necessidades de saúde e vigilância da saúde da mulher no período pós-natal.

Dependendo do trabalho de parto e qual o tipo de parto, também existe ou não maior risco para complicações associadas ao momento do puerpério. Assim, é pertinente reforçar a avaliação e estabelecer um plano de cuidados com intervenções adequadas e atempadas, tendo em conta a puérpera, o RN, os seus antecedentes pessoais e as circunstâncias do trabalho de parto. Durante a prática clínica tive contato com mulheres, que se encontravam em puerpério precoce. Nesta etapa, esta sofre diversas transformações físicas, hormonais e psíquicas, de forma que esta regresse ao estado pré-gravídico e a prepare para amamentar o seu RN (Ferreira, 2016). Ocorrem diversas alterações fisiológicas mulher. O seu útero vai contrair, num processo que se designa por involução uterina, permitindo que o mesmo regresse ao tamanho aproximado ao que teria antes da gravidez, que pode ocorrer pela quarta ou sexta semana após o parto. Este processo ocorre através da contração das fibras musculares do miométrio. Esta situação obriga a uma maior vigilância e atenção nos cuidados, pelo risco que uma situação de atonia pode significar para a mulher. Durante a prática clínica foi importante perceber que, devido à sua fisionomia, nem sempre é fácil a palpação uterina, através do abdómen, nomeadamente em mulheres cesarizadas, obesas ou com grande volume abdominal. No entanto existem outros fatores que nos levam a conseguir perceber se existe ou não uma situação hemorrágica, nomeadamente, verificar as perdas via vaginal, avaliar a TA e a frequência cardíaca e também observar a coloração da pele e das mucosas. Todos estes fatores devem estar presentes nos cuidados prestados e devem ser valorizados, para o despiste de uma situação hemorrágica.

A perda hemática vaginal é uma ocorrência fisiológica e normal no período pós-parto. É, no entanto, necessária a vigilância dessas perdas, que se designam por lóquios.

Após a expulsão da placenta, ocorre uma rápida contração local do miométrio de forma a fazer hemóstase do local, conjugando-se ainda fenômenos de trombose dos vasos placentares. A cicatrização e regeneração do endométrio ocorre entre a terceira e a sexta semana, sendo que o local onde se encontrava implantada a placenta é o último a cicatrizar (Ferreira, 2016).

Os lóquios, vão variando as suas características ao longo do puerpério. A sua vigilância é importante, uma vez que a alteração da sua quantidade ou a persistência no tempo, para além do período do puerpério, assim como alterações das suas características, nomeadamente cor e cheiro, podem indicar uma hemorragia ou uma infeção.

A vagina também sofre alterações ao longo da gravidez e do parto vaginal e no puerpério sofre também um processo de regressão ao estado pré-gravídico. Este processo, segundo Ferreira (2016), pode estar completo entre a terceira e a oitava semana. Pela diminuição dos níveis de estrogénios, que acontece após o parto, ocorre uma redução da espessura da mucosa vaginal e das suas pregas. Existe também uma diminuição da sua lubrificação, contribuindo para a possibilidade de dispareunia, que pode persistir até ao regresso da função ovárica (Ferreira, 2016). Neste sentido, sempre que existe uma avaliação interna da mucosa vaginal ou do colo do útero, é importante a utilização de lubrificantes de modo a reduzir o desconforto e dor que possam estar associados à técnica.

Outros sistemas, nomeadamente o sistema circulatório, hematológico, endócrino, urinário e gastrointestinal, sofreram grandes alterações ao longo da gravidez, de forma a suportar a gestação de uma nova vida. O sistema circulatório sofre alterações devido às necessidades de um aumento do volume de sangue em circulação, assim como o aumento do débito cardíaco. A hipervolemia induzida pela gravidez tem tendência a retomar de forma breve ao seu estado normal no pós-parto, uma vez que durante o parto existe uma perda hemática considerável. No entanto podem ainda surgir edemas fisiológicos, devido à mobilização e eliminação de líquidos para o espaço extravascular. Assim é importante avaliar a presença de edemas na puérpera, nomeadamente ao nível dos membros inferiores, e vigiar a sua evolução. O EEESMO deve ainda informar sobre estratégias que facilitem a diminuição e resolução dos edemas, nomeadamente alternar

períodos de atividade e repouso, elevar os membros inferiores quando está em repouso, evitando estar com os pés pendentes, ingerir líquidos, preferencialmente água, com regularidade.

Durante o puerpério existe um aumento da atividade fibrinolítica, protegendo a mulher contra a ocorrência destes fenómenos tromboembólicos. Contudo, devido ao aumento dos fatores de coagulação durante a gravidez, é importante promover o levantar precoce e a atividade por parte da mulher, de modo a contribuir igualmente para a diminuição do risco e da ocorrência destes fenómenos, nomeadamente após os partos por cesariana, onde o risco é mais elevado.

O sistema endócrino sofre diversas alterações com a ocorrência do parto e o início do período de puerpério. Após a dequitação os níveis de estrogénios e progesterona diminuem de forma rápida e abrupta, promovendo no caso dos estrogénios, que ocorra o ingurgitamento mamário, pelo terceiro ou quarto dias, assim como um aumento da diurese. A prolactina aumenta na gravidez, para preparar o corpo da mulher para a amamentação, e mantém valores elevados no puerpério devido ao estímulo da sucção do RN no mamilo.

O sistema urinário sofre igualmente alterações pela necessidade do organismo em eliminar líquidos, o que acontece 12 horas após o parto. Existe assim um aumento da diurese, que se deve a uma queda nos níveis de estrogénios, à redução da pressão venosa nos membros inferiores e à perda de volume de sangue (Ferreira, 2016).

O início e o tipo de dieta devem ter em conta o tipo de parto e o tipo de analgesia/anestesia utilizadas. A motilidade intestinal pode estar diminuída durante a gravidez, devido aos elevados níveis de progesterona, que promove o relaxamento da musculatura lisa e ao aumento das dimensões uterinas que exercem compressão sobre os intestinos. No pós-parto o peristaltismo intestinal regulariza. No entanto, em mulheres submetidas a cesariana, devido à cirurgia em si, mas também aos analgésicos e anestésicos envolvidos, levam a que o peristaltismo possa permanecer lentificado por algum tempo (Ferreira, 2016).

A forma como decorre o puerpério depende do TP, mas também da condição de saúde da mulher. Neste contexto de estágio, tive oportunidade de prestar cuidados a diversas mulheres com patologia associada, quer com patologia crónica e prévia à

gravidez, quer com patologia induzida pela própria gravidez. Desta forma, a necessidade de vigilância é acrescida, uma vez que existe uma maior propensão para que ocorram complicações de saúde após o parto.

O período de puerpério, quer imediato quer precoce, está associado a um risco acrescido de ocorrência de hemorragia. Segundo Pimenta (2020, p.277), “a hemorragia pós-parto é causa major de morbilidade materna e pode constituir uma das três principais causas de morte materna, mesmo nos países desenvolvidos”.

Em contexto de prática clínica, prestei cuidados a mulheres com diagnóstico de HTA crónica, associada à gravidez ou PE. O diagnóstico de HTA é também uma das causas mais comuns de mortalidade materna (Pimenta, 2020). Assim, a vigilância no pós-parto, dos valores tensionais, torna-se de extrema importância. Em casos de HTA relacionada com a gravidez, é expectável que os valores tensionais voltem a igualar os valores prévios à gravidez, contudo em situações de HTA crónica é fundamental a vigilância, para que a equipe médica possa novamente medicar a puérpera de forma adequada. Promovi, ao longo da prática, a prestação de cuidados a puérperas com outro tipo de patologias, nomeadamente DG, patologia autoimune (lúpus, tiroidite Hashimoto e esclerose múltipla) e patologia psiquiátrica (depressão e ansiedade). Esta diversidade foi enriquecedora, pois permitiu mobilizar conceitos teóricos para a construção de planos de cuidados e promoção de intervenções adequadas e de qualidade, com o objetivo último de promover a saúde e o bem-estar da puérpera.

A presença de patologia, crónica ou induzida pela gravidez, associada ao momento do puerpério, foi bastante importante para o meu percurso e para a minha aprendizagem, pois permitiu que tivesse uma maior atenção e foco nos cuidados planeados e prestados, atendendo à individualidade e à especificidade das necessidades de cada mulher. Possibilitou ainda o treino do pensamento crítico e do julgamento clínico, de forma a conseguir avaliar, planejar e implementar intervenções que fossem ao encontro das necessidades, naquele momento e consoante o seu estado de saúde, de forma a promover o seu bem-estar e a saúde numa fase tão propensa a riscos indesejados.

No puerpério, a par das transformações a nível fisiológico, a mulher atravessa ainda um conjunto de transformações ao nível psicológico. Neste sentido esta, deve ser

vista como um ser integral, não excluindo a sua componente psíquica, da atenção dos cuidados. É um período caracterizado por diversas adaptações psicossociais, que incluem adaptação ao papel parental, adaptações nas relações familiares e até na autopercepção e na própria imagem corporal (Almeida, Barros e Silva, N.D.). Socialmente associa-se a etapa da transição para a maternidade como uma etapa de felicidade. Contudo, o experienciar diversas alterações corporais, muitas delas acompanhadas de dor física, sofrimento psicológico e cansaço, levam à possibilidade de ocorrência, neste período, de algumas alterações psicopatológicas. O EEESMO, pelas competências que lhe são inerentes, pela proximidade e pela capacidade de avaliação clínica, deve estar atento, para despistar sinais destas possíveis alterações. O puerpério é uma etapa na qual a mulher se encontra mais vulnerável e tem maior probabilidade de desenvolver ou agravar perturbações psiquiátricas, uma vez que o seu foco está direcionado para a proteção e o bem-estar do seu RN, em detrimento do seu próprio bem-estar (Leitão, 2016).

Os sintomas depressivos no pós-parto abarcam três categorias de diferentes graus de gravidade, são elas o blues pós-parto, a depressão pós-parto e a psicose puerperal. O blues pós-parto ocorre devido às alterações hormonais extremas do puerpério, associadas à exaustão pelo parto e pelo cuidado ao RN, pela tomada de consciência das responsabilidades parentais e ajuste de papéis (Leitão, 2016). A depressão pós-parto pode ser de causa biológica, psicológica, situacional ou mesmo multifatorial (Lowdermilk & Perry, 2008). Esta é descrita como “uma tristeza intensa e difusa, acompanhada de labilidade emocional intensa” (Lowdermilk & Perry, 2008, p.880). Assim neste período, a intervenção do EEESMO é fundamental, quer para o despiste da ocorrência destas situações, quer para prestar apoio e aliviar a carga que este período exerce sobre a mulher, apoiando e auxiliando na transição para a parentalidade, correspondendo nos seus cuidados às necessidades reais da mulher. O EEESMO necessita estar atento a alterações de humor e labilidade emocional marcada. Estar presente com a mulher, mostrar disponibilidade, atenção e escutar a mulher quando esta necessita, de forma a poder conhecer e compreender as suas reais necessidades, promovendo o apoio real de que esta necessita. Estes fatores estão descritos na Teoria do Cuidar e devem ser prevalentes na atenção e no cuidado à mulher, de modo a promover a manutenção do seu estado de saúde e bem-estar. É igualmente importante

conhecer a rede de apoio da mulher após a alta e se possível explicar ao companheiro e/ou familiares quais os sinais de uma depressão pós-parto, para que os mesmos estejam atentos e saibam identificar, para que também eles possam cuidar a mulher num momento de maior fragilidade.

A juntar a esta diversidade de situações e especificidades relacionadas com a patologia, neste contexto de estágio foi também uma oportunidade de trabalhar e treinar competências do âmbito dos cuidados culturalmente sensíveis. Uma vez que se encontra num hospital central e de referência, situado no centro da cidade de Lisboa, o serviço abrange uma diversidade de mulheres de culturas, origens e nacionalidades diferentes. Na maioria das situações com que me deparei, as mulheres não sabiam comunicar em português nem em inglês, o que dificultava muito o estabelecimento da relação terapêutica e consequentemente a qualidade e a adesão da própria mulher aos cuidados. Neste sentido, tentei sempre promover a presença do marido ou o contacto com uma pessoa de referência para a mulher e que conseguisse estabelecer esta ponte de comunicação. Muitas destas mulheres apresentavam pouca ou nenhuma autonomia para, por exemplo, a vigilância e controlo da diabetes. Na maioria dos casos, pude verificar que esta gestão durante a gravidez era realizada pelo marido e isto levava consequentemente a que durante o internamento as puérperas não demonstrassem autonomia nestes cuidados. Neste período, tentei promover momentos de ensino e de promoção da autonomia para a vigilância e controlo dos valores de glicémia capilar. Senti uma grande gratificação ao promover estes cuidados, ao promover o empoderamento e a autonomia da mulher da sua própria vigilância e manutenção de saúde.

No que se refere à avaliação do RN, esta tem como principal objetivo perceber como decorre a sua adaptação à vida extrauterina e despistar quaisquer alterações relevantes. Durante a prática clínica, realizei a avaliação física do RN, com orientação cefalocaudal, observando a coloração da pele e mucosas, realizando avaliação do tônus muscular e alguns reflexos primordiais, avaliação do padrão respiratório, com intuito de despistar sinais de dificuldade respiratória e observada a presença ou não malformações visíveis.

No sentido do desenvolvimento das competências do EEESMO e tendo em consideração a temática do meu projeto individual, neste contexto, foram desenvolvidas

práticas e cuidados de promoção e apoio ao AME. Segundo Levy e Bértolo (2012), para que a amamentação tenha sucesso e decorra sem intercorrências, devem conjugar-se três fatores: o desejo e a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e a promoção de suporte à amamentação. A evidência científica mais recente comprova ainda o efeito positivo das intervenções precoces (nas primeiras horas e dias de vida do RN), no que se refere ao apoio e suporte ao AM, para o seu sucesso. Assim, tornou-se impreterível facilitar o contato pele a pele, o alojamento conjunto, bem como implementar intervenções de ajuda efetiva, apoio emocional e de promoção da informação à mulher/casal. Promovi intervenções com base na Teoria do Cuidar, de Swanson, como conhecer a díade e as suas necessidades efetivas, estar presente para ouvir as suas ansiedades e receios, apoiando e dando suporte na medida das suas necessidades, valorizando e mantendo a crença para as suas próprias competências e capacidades parentais. Para o apoio ao AM, observava ainda os momentos de amamentação, tentando perceber se o RN se apresentava bem-adaptado à mama e se possuía reflexos de sucção e deglutição coordenados e eficazes. Para além destes cuidados, todas as avaliações e intervenções necessárias e realizadas no RN eram executadas na presença da mãe, aproveitando esses momentos para promover a educação para a saúde e parentalidade e/ou reforçando alguns ensinamentos já anteriormente. Neste sentido, e com o meu projeto definido no âmbito do AME, ainda que em contexto da visita domiciliária, promovi uma sessão no serviço, para apresentação do meu projeto individual e para sensibilizar para a importância e pertinência da continuidade dos cuidados, para a promoção e manutenção do AME.

No período pós-parto, o “fazer por” pode assumir uma importante intervenção, enquanto suporte, informação e educação, com o intuito de oferecer ferramentas relevantes e adequadas, capacitando para a tomada de decisão e para o reforço e desenvolvimento das suas competências parentais. Fiz então, neste contexto, por desenvolver competências no âmbito da educação para a saúde, providenciando e assegurando informações claras e relevantes acerca de: regresso ao domicílio; da integração de um RN na família; da alimentação do RN; da higiene, manutenção da integridade de pele e cuidados ao coto umbilical do RN; do sono; da vigilância de saúde da puerpera e do RN; da segurança e prevenção de acidentes; alterações expectáveis no

RN, tais como regurgitação, cólicas, eritema pela fralda, obstrução nasal e outros (Cardoso & Nené, 2016).

No subcapítulo anterior, referi e elucidei para os cuidados prestados à mulher em situação de pós-parto imediato, no contexto da prática clínica em serviço de BP.

Na prática clínica em CSP, tive oportunidade de realizar consultas de pós-parto, comumente designadas de “consultas de revisão do parto”. Nestas era realizada uma anamnese referente à história da gravidez e do parto daquela mulher/casal, avaliava TA, peso, observava a perineorrafia ou sutura da cesariana (quando se aplica), avaliava o estado das mamas e dos mamilos, caso a mulher estivesse a amamentar e promovia o diálogo, a expressão de dificuldades, dúvidas, medos e receios. A educação para a saúde e o esclarecimento de dúvidas eram alicerces importantes do cuidar, no contexto desta consulta, no sentido em que o cuidado após o parto, para a puérpera, cinge-se a este único momento. Já o RN, tem preconizadas diversas consultas de vigilância e acompanhamento do seu desenvolvimento, ao longo do seu primeiro ano de vida, focando-se esses momentos muito mais no RN em si, do que na díade, como seria desejável. Assim, torna-se extremamente necessário melhorar o acompanhamento da mulher no período pós-natal, focando os cuidados e o acompanhamento nas suas necessidades individuais e da díade. As intervenções de educação para a saúde que desenvolvi, procuraram ir ao encontro das dúvidas e das necessidades da mulher naquele momento, mas também alertar para as possíveis vivências do puerpério, mais concretamente alterações psicofisiológicas da mulher, retorno à vida sexual, planeamento familiar, AM e sinais de alerta relacionados com a saúde da mulher e do RN.

Em serviço de unidade de cuidados intensivos neonatais, ainda que o período desta prática se limite cronologicamente, sendo esta a prática clínica mais curta, foi possível conhecer e cuidar famílias cujos seus RN se encontravam em unidade de cuidados intensivos e conseqüentemente a sua transição para cuidados intermédios. Neste contexto, mais do que a prestação de cuidados diretos ao RN, que tive oportunidade de planear e implementar, ainda que por um curto período, foi possível promover a integração da mulher/casal nestes cuidados. Esta prática incidiu sobretudo em estar com a mulher/casal, conhecer os seus medos, ansiedades e dúvidas relativamente a este momento e a este processo, apoiando e possibilitando a sua

transição para a parentalidade e capacitando para a autonomia dos cuidados ao seu RN, mantendo sempre e reforçando a crença nas suas capacidades parentais.

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

Em serviço de internamento em ginecologia, são prestados cuidados específicos do EEESMO, nomeadamente ao cuidar da mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e em fase de climatério, no sentido de potenciar a sua saúde (OE, 2019).

No serviço de internamento de ginecologia, tive a oportunidade de desenvolver competências para cuidar da mulher em situação de doença ginecológica, particularmente aquela que era submetida a intervenção cirúrgica. As mulheres, às quais tive oportunidade de prestar cuidados, foram submetidas a intervenções cirúrgicas no âmbito da ginecologia e da senologia, nomeadamente a histerectomias, salpingectomias, correções cirúrgicas de cistocele e retocele, quadrantectomias mamárias, mastectomias e biopsias e esvaziamento do gânglio sentinela. Ocorreram também situações, nas quais tive oportunidade de prestar cuidados a mulheres que tinham o diagnóstico de gravidez ectópica. Todos os cuidados incidiram acima de tudo no âmbito do pré e pós cirúrgico, assim como a preparação para a alta.

O procedimento cirúrgico, para além de todo o processo de doença associado, leva a que a mulher possa vivenciar sentimentos de ansiedade e “stress”. O desconhecimento pode ser responsável por reações negativas, tal como a não adesão ao tratamento e ao autocuidado, transformações no seu autoconceito e consequentemente na sua autoestima, entre outros (Silva e Vargens, 2016). A situação de doença associada, é igualmente um fator promotor de medo e ansiedade, dado que na grande parte dos casos que acompanhei, as mulheres que foram submetidas a cirurgia para histerectomia, quadrantectomia mamária ou mastectomia, tinham um diagnóstico de neoplasia associado.

A histerectomia pode acarretar grande preocupação e expectativa relativa ao retomar a sua vida após a cirurgia. Esta situação pode ser sobretudo influenciada pelos significados e crenças atribuídos ao útero enquanto órgão integrante e único da mulher, o qual está intimamente ligado com o seu papel social e reprodutivo (Merighi, et al, 2012).

Quando são prestados cuidados a mulheres submetidas a este tipo de intervenção, torna-se importante, numa fase de preparação e previamente à cirurgia, conhecer os seus receios e fatores causadores de ansiedade, ajudando através do esclarecimento de dúvidas e providenciando apoio psicológico, sempre que necessário e desejado pela mulher. Este procedimento cirúrgico pode ter duas vias de abordagem, sendo uma delas por via vaginal, não acarretando uma ferida cirúrgica visível ou então por via abdominal, tendo assim associada uma ferida cirúrgica abdominal. Em ambas as abordagens, é necessário estar vigilante no pós-operatório para a presença de perdas hemáticas.

A salpingectomia consiste na remoção cirúrgica das trompas de falópio. Pode ser feita a remoção unilateral ou bilateral (Capela e Frade, 2019). Também este procedimento acarreta uma grande carga de ansiedade, uma vez que, tal como o útero, as trompas de Falópio são parte integrante e importante do processo reprodutivo da mulher.

A gravidez ectópica ocorre quando, durante uma fase inicial da gravidez, o produto da concepção se implanta no exterior da cavidade uterina, nomeadamente na trompa, no ovário ou mesmo na cavidade peritoneal, ou quando se implanta em outras localizações uterinas, tal como na região do corno uterino ou no cérvix. É estimado que 95% a 98% das gravidezes ectópicas ocorram por implantação do produto da concepção nas trompas de falópio (Capela e Frade, 2019). Os sinais e sintomas mais frequentes na gravidez ectópica são a perda hemática via vaginal, normalmente em escassa quantidade, associada a dor pélvica e/ou abdominal. Quando presente o diagnóstico de gravidez ectópica pode optar-se por uma atitude expectante ou por intervenção médica ou cirúrgica (Capela e Frade, 2019). Para além das implicações e dos riscos para a saúde física da mulher, a gravidez ectópica pode constituir um fator de risco para a saúde mental da mulher e do casal, caso a gravidez fosse planeada e desejada, mesmo que a mulher ainda não tivesse a confirmação do diagnóstico de gravidez. Segundo Bernstein, et al. (2022), numa revisão sistemática, foi possível identificar que as mulheres que vivenciaram uma situação de aborto demonstram, durante o primeiro mês após este evento, sinais e sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de “stress” pós-traumático. Segundo o mesmo autor, após o primeiro mês, as mulheres que vivenciaram uma perda gestacional precoce, foram diagnosticadas com transtorno de “stress” pós-traumático, sendo a

prevalência deste diagnóstico igualmente elevada quer em casos de aborto espontâneo como nos casos de gravidez ectópica.

Os cuidados prestados, nesta prática clínica, compreendiam intervenções mais técnicas e interdependentes, como a preparação da mulher para a cirúrgica, através do cumprimento de rotinas pré-operatórias protocoladas. Também no pós-operatório foram desenvolvidas diferentes intervenções interdependentes, na prestação de cuidados às mulheres submetidas a cirurgia de ginecologia ou senologia, nomeadamente a vigilância do funcionamento e débito de drenagens, verificação da integridade dos pensos cirúrgicos e a evolução cicatricial das feridas operatórias, bem como a administração de toda a terapêutica prescrita. Como intervenções autónomas do EEESMO, saliento a oportunidade de desenvolver a relação terapêutica com a mulher, mas também o papel preponderante da educação para a saúde, através da explicação de todo o processo pré e pós cirúrgico, educação para a saúde acerca dos cuidados prestados e dos autocuidados necessários para promoção da saúde, a abordagens do autoconceito da própria mulher e consequentemente da sua autoestima, esclarecimento de dúvidas e disponibilidade para prestar apoio na desconstrução de medos e ansiedades. O papel do EEESMO na educação para a saúde é preponderante para que a mulher possa ser capaz e autónoma na sua recuperação e autocuidado. A combinação entre o cuidado e o fortalecimento da autonomia do outro são instrumentos dos quais o enfermeiro deve dispor, desde a base da sua formação enquanto profissional. Deste modo o apreço e compreensão sobre a autonomia e dignidade do próximo consiste num imperativo ético e não numa gentileza que concedemos ao outro (Durand e Heidemann, 2013). O ensino de formas de autocuidado, dentro das capacidades e necessidades individuais de cada mulher, bem como o ensino de sinais e sintomas de alerta, podem promover a segurança e autoconfiança da mulher no momento da alta. Outro fator que demonstrou ser, na maior parte dos casos, benéfico, foi a inclusão da família e/ou pessoa significativa em todos estes processos, demonstrando as mulheres uma maior segurança e confiança no momento da alta.

Os cuidados prestados, a mulheres submetidas a intervenções cirúrgicas em contexto de senologia, tiveram em atenção o significado que estas podem ter para cada mulher, nomeadamente no seu auto-conceito e auto-imagem. Com o intuito de não

restringir os cuidados, mas também promovendo a saúde mental da mulher, estes incidiram em conhecer os seus medos, ansiedades e expectativas, relativas ao seu autoconceito e autoimagem. A escuta ativa, o estar com a mulher, demonstrando disponibilidade e apoiando nas suas necessidades, pode ter efeito positivo na aceitação da sua nova condição.

Ainda durante a prática clínica em contexto de ginecologia, tive oportunidade de participar durante dois dias, no serviço de consultas de ginecologia. Neste serviço existe uma consulta autónoma do EEESMO, decorrente da realização do rastreio do cancro do colo do útero, assim como o acompanhamento de mulheres com diagnóstico de infeção por Papiloma Vírus Humano (HPV). Este trata-se de um vírus DNA de dupla cadeia e pertence à família Papillomaviridae. Afeta apenas a espécie humana e são conhecidas mais de 100 formas diferentes deste vírus (Costa e Neves, 2019). O genótipo viral é o fator primordial para determinar o risco de persistência e de desenvolvimento da infeção. Estes são classificados em baixo risco, risco intermédio e alto risco, conforme o seu potencial oncológico.

O HPV é de fácil transmissão através do contato entre pele e mucosas, nomeadamente durante o contacto sexual (oral ou genital). Na maioria dos casos o organismo é capaz de eliminar esse mesmo vírus, num período de 12 a 24 meses, em adolescentes e adultos com uma resposta imunitária eficaz. Quando o organismo não é capaz de o eliminar, pode levar a que algumas pessoas desenvolvam doenças, tal como, verrugas genitais e diferentes tipos de cancro, sendo o mais comum o cancro do colo do útero (DGS, 2019). Não é possível prever quem irá ou não desenvolver doença associada à infeção por HPV, no entanto, reconhece-se que 75% a 80% das mulheres e homens com vida sexual ativa possam ser infetados por este vírus em alguma fase da sua vida (DGS, 2019). No nosso país, segundo a DGS (2019), cerca de 20% das mulheres entre os 18 e os 64 anos encontram-se infetadas pelo HPV, sendo esta infeção o principal fator de risco para o surgimento do diagnóstico de cancro de colo do útero. Isto porque, como refere a DGS (2019), em todos os diagnósticos de cancro do colo do útero existiu previamente uma infeção por HPV.

Uma infeção persistente, por HPV de alto risco, aumenta a possibilidade de surgirem lesões pré-malignas ou malignas no colo do útero. Após 5 a 20 anos do início da

infecção existe maior probabilidade de desenvolvimento de cancros invasivos (Costa e Neves, 2019). Esta infeção está ainda relacionada com o desenvolvimento de condilomas do ânus e da genitália, cancro do ânus, da vulva, da vagina e do pénis (Costa e Neves, 2019).

Para a prevenção do cancro do colo do útero é importante a realização do rastreio. Neste é realizada a testagem e deteção do DNA do HPV, a partir da colheita de uma amostra cervicovaginal, habitualmente e preferencialmente realizada em meio líquido. Na consulta de rastreio, realizada autonomamente pelo EEESMO, quer em CSP quer em contexto hospitalar, que tive oportunidade de realizar, mas também participar de todo o processo da consulta, que consiste acima de tudo na educação para a saúde através da explicação dos fatores e comportamentos de risco, quais as atitudes preventivas, entre as quais a realização regular do rastreio, segundo as normas da DGS. É importante transmitir à mulher e/ou casal, que o este rastreio permite a diminuição da incidência e da mortalidade por este tipo de cancro.

Segundo a DGS (2019), a prevenção primária do cancro do colo do útero, encontra-se disponível em Portugal desde 2008, através da vacinação. Atualmente encontra-se disponível no Plano Nacional de Vacinação, para raparigas e rapazes entre os 9 e os 13 anos, sendo administradas duas doses, com 6 meses de intervalo. Esta também é recomendada a mulheres adultas, no entanto não tem qualquer participação e ainda se encontra em estudo, quando administrada em mulheres adultas até aos 45 anos, pois não está ainda determinado o grau de eficácia e proteção (Costa e Neves, 2019). As jovens e mulheres vacinadas com a vacina do HPV, devem igualmente integrar as ações de rastreio, não sendo a vacina fator determinante de proteção contra o HPV e consequentemente o cancro do colo do útero.

Na consulta de rastreio e vigilância de mulheres, no âmbito do cancro do colo do útero, foi possível desenvolver competências que se referem ao cuidar “o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade” e “a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica” (OE, 2019). O EEESMO é uma figura que se encontra numa posição privilegiada, podendo promover e realizar este rastreio, e a técnica a este implícita (colpocitologia), uma vez que consiste numa atividade inerente à vigilância da saúde da mulher ao longo do ciclo reprodutivo (Freire,

et al, 2010). Pela proximidade e disponibilidade, o EEESMO pode não apenas realizar o rastreio e a sua técnica, mas também se encontra capacitado, técnica e cientificamente, para dar resposta às necessidades da mulher, nomeadamente no que se refere a realização de ensinos para prevenção e promoção de saúde sexual e reprodutiva.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ao longo do meu percurso acadêmico, refletido no presente trabalho, procurei guiar a minha conduta, as minhas ações e práticas pela ética profissional, assumindo esta como parte integrante e indispensável, não só da minha prática profissional, mas também do percurso de desenvolvimento e aquisição de competências.

A exigência da competência, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, encontra-se, como já anteriormente mencionada, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), que apresenta ligação e relação direta com os princípios éticos da profissão, patente no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005). Ambos exigem uma tomada de decisão clínica na procura da qualidade na prestação de cuidados, a favor da pessoa cuidada, com quem tem o dever de trabalhar em parceria, seguindo os princípios éticos e os direitos da pessoa quanto à sua dignidade, proteção, direito ao consentimento informado, livre e esclarecido, e à promoção da sua autonomia. Ainda relacionado com este domínio está o dever do enfermeiro em advogar para com a pessoa cuidada. Neste propósito procurei defender o melhor interesse da pessoa, promovendo o seu empoderamento, no percurso do seu processo de saúde/doença, promovendo a capacidade de autodefesa, ou quando necessário intervindo a favor dos seus direitos.

As considerações éticas integradas no meu percurso, foram aquelas cujos princípios se configuram como fundamentais da prática de Enfermagem, sendo elas: a autonomia, a beneficência, a confidencialidade, a justiça, a não maleficência e a veracidade (Nursing and Midwifery Board of Ireland, 2015). Assim, na minha prática, procurei: solicitar a autorização consentimento das mulheres/casais para a prestação de cuidados; apresentei-me à mulher/casal, informando acerca da minha condição de profissional de saúde e estudante no âmbito da especialidade; conhecer cada mulher/casal bem como a sua situação de saúde/doença, esclarecendo as suas dúvidas e desmistificando pré-conceitos ou ideias menos corretas; mantendo o sigilo profissional face a todas as informações recolhidas, registos e situações ocorridas na prestação de cuidados; procurando estabelecer uma relação terapêutica consistente e duradoura; promovendo a privacidade e autonomia; mantendo a crença e possibilitando o

autocuidado, permitindo assim contribuir para a conquista e manutenção de bem-estar para a mulher/casal e RN. Procurando desta forma uma prática baseada em rigorosos requisitos éticos e deontológicos, concordantes com uma prática e prestação de cuidados de qualidade.

5. LIMITAÇÕES AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM

Considerando todo o percurso realizado, para a obtenção do grau de mestre e o título de especialista na área da saúde materna e obstetrícia, posso referir algumas situações ou constrangimentos que, quer a nível pessoal quer profissional, foram de alguma forma obstáculos ou dificuldades que se atravessaram no meu caminho e no meu processo de aprendizagem.

Desde já, todo o processo de aquisição dos títulos já mencionados, requerem uma grande disponibilidade e articulação, quer da vida familiar quer profissional, uma vez que, a carga horária, quer da aprendizagem presencial, quer do estudo autónomo necessário a este percurso formativo.

Outro dos obstáculos refere-se a constrangimentos relacionados com os contextos de estágio. Atravessamos uma fase decisiva na manutenção da estrutura e da continuidade do SNS como o conhecemos. Ao longo das práticas, existiram constrangimentos para a gestão dos horários e para cumprir o cronograma, quer por questões de greve dos profissionais, quer pelas obras de reestruturação das maternidades do SNS, que levaram a que durante a prática clínica em serviço de BP tivesse de realizar uma pausa de 4 semanas, a meio da prática, uma vez que este serviço esteve a funcionar com diversos constrangimentos e limitações devido às obras de reestruturação.

A multiculturalidade é uma realidade instalada nos serviços públicos de saúde. Em todos os contextos da prática clínica, confrontei-me com a necessidade de prestar cuidados culturalmente sensíveis, de testar e desafiar-me a desenvolver diversas formas de comunicar. A barreira comunicacional e a diferença cultural, foram sem dúvida obstáculos à minha prática, que tentei ultrapassar de forma a conseguir desenvolver as competências necessárias e adequadas à prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Com as dificuldades inerentes a qualquer processo de investigação, o facto de abordar a VD pelo EEESMO para apoio ao AME, demonstrou ser uma das maiores dificuldades e que mais me custou ultrapassar, uma vez que existe muita pouca oferta deste cuidado. Neste sentido a procura por participantes foi um processo moroso e desafiante. Já no que se refere à adesão das participantes às entrevistas, senti também alguma dificuldade, uma vez que foi necessário realizar vários agendamentos. As faltas constantes das participantes às

entrevistas agendadas, sem haver um contacto prévio a desmarcar, levou a que despendesse demasiado tempo que poderia ter sido empregue em outros trabalhos necessários, como a construção deste relatório. No total de 13 consentimentos, apenas se realizaram 6 entrevistas. Ainda que também tenha existido repetição da informação e por isso não se justificaria continuar com as entrevistas, tentei ainda reagendar com todas as mulheres que revelaram interesse em participar no estudo, no entanto todas elas faltaram de forma repetida aos agendamentos. Dada a necessidade de cumprir com o cronograma e em tempo útil tratar os dados e poder concluir o presente relatório, tornou-se impossível prolongar ainda mais no tempo o agendamento das entrevistas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório, resulta do culminar de um processo trabalhoso, mas muito gratificante, para a aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências fundamentais ao grau de mestre, bem como ao título de EEESMO.

A concretização do estudo, subordinado à temática da VD enquanto promotora da manutenção do AME, resultou como um alerta de uma necessidade presente, nos cuidados de saúde, a fim de promover a continuidade dos cuidados, mas também suprimir as necessidades de cuidados em proximidade. Ainda que muito já se conheça acerca dos benefícios do AM, e em especial do AME, também é conhecido que, quer em Portugal, quer no mundo, existe ainda muito a fazer para que esta prática atinja os níveis desejados, de forma a promover ganhos em saúde nas gerações atuais e futuras.

Com a realização da investigação, acerca do contributo da VD pelo EEESMO na promoção do AME, emergiram 5 categorias, sendo elas: a importância da VD na promoção do AME; dificuldades na amamentação após a alta hospitalar; vantagens do ambiente domiciliário; Aspectos positivos da VD realizada pelo EEESMO; continuidade dos cuidados. Com o desenvolvimento das competências, a realização da RS e do estudo de investigação, veio a evidenciar-se a importância desta temática, considerando que é fundamental a realização de futuros trabalhos de investigação, que possam demonstrar ainda algumas questões relevantes acerca da VD pelo EEESMO, enquanto estratégia para a continuidade dos cuidados na promoção e manutenção do AME.

A partilha de informação, através da RS, com outros profissionais de saúde, foi muito gratificante, na medida em que senti que consegui sensibilizar colegas de diferentes áreas profissionais, para a necessidade de continuidade de cuidados em AM e também a importância de promover cuidados de proximidade com as mulheres e as suas famílias.

Sinto ainda que, e como referido na apresentação dos resultados da investigação, devido à limitação do número de páginas para este relatório, não me foi possível apresentar todos os achados da investigação, tendo optado apenas por colocar aqueles que considerei mais relevantes e com maior representatividade. No entanto, a profissão de Enfermagem assim o exige e a pertinência desta temática para a melhoria dos cuidados também, pelo que pretendo, após a discussão a apresentação pública e discussão deste trabalho, escrever um

artigo para apresentar de forma integral a riqueza e a pertinência dos achados desta investigação.

Com as dificuldades inerentes a qualquer processo de investigação, a temática escolhida demonstrou ser desafiante, uma vez que existe pouca oferta deste cuidado. Neste sentido a procura por participantes foi um processo moroso e desafiante.

Ao longo das diferentes práticas clínicas, os cuidados de saúde prestados focaram-se na articulação da prática com a melhor evidência disponível, procurando consolidar as competências de EEESMO, mas também promover cuidados de saúde especializados e de qualidade, adequados às necessidades de cada mulher/casal. Sempre baseando a minha prática e o cuidar na Teoria do Cuidar, de Kristen Swanson, permitiu desenvolver e consolidar as competências necessárias e especializadas, para cuidar a mulher ao longo do seu ciclo de vida, procurando como fim último a promoção do seu bem-estar.

A realização deste trabalho é o culminar de mais uma etapa neste processo de aprendizagem, que considero longo, continuo e interminável. Isto porque, referindo uma das aprendizagens mais importantes, para que possa prestar cuidados de saúde especializados, diferenciados, de qualidade e adequados às necessidades de cada mulher, é necessário procurar saber mais e conhecer a melhor, a mais recente evidência disponível. Assim, sendo este um compromisso que assumi e assumo diariamente ao realizar esta formação.

Deste modo, considero ter atingido os objetivos a que me propus, bem como aqueles que me foram propostos, aos longo do 13º CMESMO. A diversidade de contextos, situações e pessoas com que me deparei ao longo deste processo formativo foram essenciais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, desenvolvendo e aprimorando não apenas as minhas capacidades de relação e comunicação, mas a capacidade reflexiva e crítica acerca da minha prática de cuidados, adequando-os a uma prática holística, centrada na mulher, na sua individualidade e na sua autodeterminação, promovendo cuidados humanizados e regendo-me por uma conduta ética e deontológica.

Como já referi este é apenas o culminar de uma etapa enquanto profissional de enfermagem na área da saúde materna e obstétrica, pelo que futuramente espero poder dar continuidade ao meu trabalho de investigação na área do AM, através não só da divulgação mais abrangente da RS bem como dos resultados do estudo realizado, através de publicações ou apresentações. Com o compromisso de promover a partilha de

informação e de evidência científica, com o objetivo de sensibilizar e promover mudanças positivas para a prática em cuidados de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaserud, T., Tveiten, S., Gjerlaug, A., (2016). Home visits by midwives in the early postnatal period. *Sykepleien Forskning*.
- Afonso, M., Santo, S., Barros, J. (2020). Avaliação imagiológica e complementaridade pré-natal de bem-estar fetal. In J. Neves (Coords). *Obstetrícia fundamental*. (81-96). Lidel.
- Almeida, E., Barros, H., Silva, R. (N.D.). Puerpério: alterações emocionais e psicológicas. Centro Hospitalar Tâmega e Sousa. Consultado a 06 de Junho de 2023. <https://www.chts.min-saude.pt/barrigas-e-rebentos/puerperio-alteracoes-emocionaise-psicologicas/>
- Associação Portuguesa para o estudo da dor. (2020) Sobre a dor. <https://www.apeddor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes#>
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. & Chandrachan, E. (2015). FIGO Consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 131(1), p. 13-24.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70
- Bernstein, C., et al. (2022). Impacto psicológico no pós-aborto espontâneo: uma revisão narrativa. In J. Lucibianca, E. Capp (Org.). *Promoção e proteção da saúde da mulher* (135-150). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Branca, V., (2018). *Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família: Um Contributo para o Bem-estar e Maximização da Saúde* [Dissertação de mestrado]. Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/23290>
- Brás, R., Braga, J. (2020). Intervenções no períneo e na vagina. In J. Neves (Coords). *Obstetrícia fundamental* (238-242). Lidel.
- Brito et al. (2015). Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes em imigrantes. *Revista de Investigação Instituto Politécnico de Santarém*, vol. 3, Nº. 6. Consultado a 04 de janeiro de 2023. <http://hdl.handle.net/10400.15/1982>
- Capela, E., Frade, J. (2019). Trompas de Falópio. In J. Neves (Coords). *Ginecologia fundamental* (103-126). Lidel.

- Cardoso, A. & Nené, M. (2016). Promover o desenvolvimento das competências parentais. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.481-484). Lidel.
- Carvalho, M., Carvalho, M., Santos, C., Santos, P., (2018). Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. *Revista Paulista de Pediatria*. N° 36, 66-73
- Castro, J., Gameiro, M., Araújo, C., Pinto, A. & Teles, T. (2014). Sulfato de magnésio para neuroprotecção fetal, uma revisão da literatura. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*. 8(4), p.391-397.
- Chipojola, R., Chiu, H. Y., Huda, M. H., Lin, Y. M., & Kuo, S. Y. (2020). Effectiveness of theory-based educational interventions on breastfeeding self-efficacy and exclusive breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 109, 103675.
- Coelho, K., Rocha, I. & Lima, A. (2018). Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. *Revista Científica de Enfermagem*. 7(21), p.14-21.
- Costa, A., Neves, J. (2019). Infecção por vírus do papilloma humano. In J. Neves (Coords). *Ginecologia fundamental* (46-48). Lidel.
- Coutinho, T., Coutinho, C., Coutinho, L. (2020). Sulfato de magnésio: principais utilizações na obstetrícia contemporânea. *Revista Médica de Minas Gerais*, 31, 1-10. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20210009>
- Dengo, V. A., Silva, R. D., Souza, S. R., Aldrighi, J. D., Wall, M. L., & Cancela, F. Z. (2016). A episiotomia na percepção de puérperas. *Cogitare Enfermagem*, 21(3), 1-8. <https://doi.org/10.5380/CE.V21I3.44060>
- Dias, I., Moutinho, T., Prazeres, V. (Coord.), (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto – CRPP Equidade na transição para a maternidade e a paternidade - Orientações 2020*. Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2001). Circular Normativa N.º 16/DSMIA (2001): Boletim de saúde da grávida. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Circular Informativa n.º 01/DSMIA. *Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar*. Direção-Geral da Saúde

- Direcção Geral da Saúde (2008). Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. DGS. Disponível em: https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- DGS. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>. Acedido a: 31/05/2022
- Drulla, A., Alexandre, A., Rubel, F., Mazza, V. (2009). A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*. 14 (4), 667-674. DOI:10.5380/ce.v14i4.16380
- Durand, M., Heidemann, I. (2013). Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 288-295. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200003>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques, M. A. Batista (Eds.) *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 308-323). Lidel.
- Félix, N., Palma, F. (2020). Parto pré-termo e prematuridade. In J. Neves (Coords). *Obstetrícia fundamental*. (193-198). Lidel.
- Ferrão, A. & Zagão, M. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. 3(1), p.886-900.
- Ferreira, A. (2016). Fisiologia do Puerpério. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (438-442). Lidel.
- Figueiredo, J. P. (2003). Helen J. Streubert e Dona R. Carpenter. 2002. Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista. Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas. *Interações: Sociedade E As Novas Modernidades*, 3(5). Consultado em: <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/93>
- Freire, A., et al. (2010). Intervenções do EESMO na realização da citologia cervicovaginal. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 11, 73-76.
- Gaskin, I. M. (2009). *Ina May's Guide to Breastfeeding*. Printer & Martin.
- Gaspar, J., Luz, A., Gomes, S., Gonçalves, H., (2015). Aleitamento Materno – Ainda longe do Desejável. *Portuguese Journal of Pediatrics*. Vol. 46, Nº4, 318-325. DOI: <https://doi.org/10.25754/pjp.2015.4580>

- Gaspar, A., Ascensão, T., Almeida, M. (2020). Diabetes e gravidez. In J. Neves (Coords). *Obstetrícia fundamental*. (117-126). Lidel.
- Gill, P.; Henning, J. M.; Van Hook, J. W. (2022). Abnormal Labor. StatPearls Publishing. National Library of Medicine - National Institutes of Health .<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459260/>
- Graça, L. M. (2017). Parto pré-termo. In Graça, L. M., *Medicina Materno-Fetal* (p.333-348). Lidel.
- Graça, L. M.; Machado, M. H. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M., Graça (Ed.) *Medicina Materno Fetal* (5ª ed., pp. 220- 228). Lidel
- International Confederation of Midwives (2019). Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. ICM. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf
- Joanna Briggs Institute (2020). *JBI manual for evidence synthesis*: 2020 Edition. jbi.global. DOI doi.org/10.46658/JBIMES-20-12.
- Kim, S. K., Park, S., Oh, J., Kim, J., & Ahn, S. (2018). Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of nursing studies*, 80, 94–105. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.004>
- Lei n.º 156/2015 (2015). Capítulo VI: Deontologia profissional. Diário da República, 1ª série (n.º 181 de 16-09-2015), p.8077-8080.
- Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (443-454). Lisboa: Lidel.
- Levy, L., Bértolo, H. (2012). *MANUAL DE ALEITAMENTO MATERNO*. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lobão, F. (2017). A Esperança numa gravidez com complicações. [Relatório de estágio de natureza profissional, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18942/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio_%20Francisca%20Lob%C3%A3o.pdf

- Lopes, F. (2018). *Estratégias não farmacológicas no alívio da dor da parturiente: a efetividade da hidroterapia* [Relatório de estágio]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/28389>
- Lowdermilk, D; Perry, S (2008). *Enfermagem na maternidade*. 7ª ed. Lusociência.
- Magro, C., Guerreira, E., Fidalgo, F. (2016). Ameaça de parto pré-termo e parto prétermo. Em M. Néné e C. Sequeira (direção da coleção), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed., 211-215). Lidel.
- Maleki, A., Faghihzadeh, E., Youseflu, S., (2021). The Effect of Educational Intervention on Improvement of Breastfeeding Self-Efficacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstetrics and Gynecology International*. Vol. 2021, p. 1-18. <https://doi.org/10.1155/2021/5522229>
- 33(5) , 862- 869. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.00>
- Marques, J., Reynolds, A. (2011). Distócia de ombros uma emergência obstétrica. *Acta Médica Portuguesa*, 24, p. 613-620.
- Mazza, D. & Chapman, A. (2010). Improving the uptake of preconception care and periconceptional folate supplementation: what do women think? *BMC Public Health*.Vol.10.
- Merighi, M. et al. (2012). Experiências e expectativas de mulheres submetidas à histerectomia. *Texto Contexto Enfermagem*, 21. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300016>.
- Mildon, A., Francis, J., Stewart, S. et al. Effect on breastfeeding practices of providing in-home lactation support to vulnerable women through the Canada Prenatal Nutrition Program: protocol for a pre/post intervention study. *International Breastfeeding Journal*, 16, 49 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00396-y>
- Mitchell, K. et al. (2022). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. *Breastfeeding Medicine*. Vol. 17, Nº5, 360-376. DOI: 10.1089/bfm.2022.29207.kbm
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Intrapartum care for healthy women and babies*. National Institute for Health and Care Excellence.
- Nursing and Midwifery Board of Ireland. (2015). *Practice Standards for Midwives*. (2ª ed.). Bord Altranais agus Cnáimhseachais na hÉireann.

- Oliveira, T., Silva, A., Oliveira, J., Pereira, E. & Trezza, M. (2018). A assistência de enfermagem obstétrica à luz da teoria dos cuidados de Kristen Swanson. *Revista Enfermagem Foco*. 9(2), p.3-6.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro – Dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *CIPE: Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário Da República, 2.a Série —Nº26 —6 de Fevereiro de 2019. 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>. Acedido a: 05/03/2022
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário Da República, 2.a Série — N° 85 — 3 de Maio de 2019, 13560–13565. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>. Acedido a: 05/03/2023.
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Meeting to Develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity*. Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2013) *O clameamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia fetal*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/2/WHO_RHR_14.19_por.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Organização Mundial da Saúde.

- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação a metas de Saúde 2020*. Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-careguidelines/en/>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário Da República, 2.a Série —Nº26 —6 de Fevereiro de 2019. 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>. Acedido a: 05/03/2022.
- Orfao, A., Santos, A., Gouveia, C., Santos, C., (2014). *Registo do Aleitamento Materno | Relatório janeiro a dezembro 2013*. Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil - Mama Mater, Associação pró Aleitamento Materno em Portugal.
- Pádua, A., Melo, E., Alvarelhão, J., (2022). An Intervention Program Based on Regular Home Visits for Improving Maternal Breastfeeding Self efficacy: A Pilot Study in Portugal. *Maternal and Child Health Journal*. Vol. 26, p. 575–586.
- Pais, A., Santos, T. (2019). Infertilidade. In Neves, J. (Coords). *Ginecologia fundamental* (197-202). Lidel
- Pimenta, M. (2020). Emergências em Obstetrícia. In Neves, J. (Coords). *Obstetrícia fundamental* (275-282). Lidel
- Pinheiro, A. (2016). Promoção do parto normal. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.324-334). Lidel.
- Potter, A., Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem – Conceitos e procedimentos*. (5ª ed.). Lusociência.
- Ramírez, D. (2015). Efectos del tratamiento con glucocorticoids durante el embarazo. A propósito de um caso. *Revista Finlay*. 5(2), p.139-144.
- Reis, A., Costa, M.A.M. (2013). Cuidados de saúde a imigrantes: Para uma cultura de segurança e confiabilidade. *Revista de Segurança Comportamental*, GA, Lda. 7, 18-20.

- Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários – conceitos e aplicações* (3ªed.). Lusociência.
- Rito, A., et al. (2022). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. ISBN: 978-989-8794-92-5 (online). <http://hdl.handle.net/10400.18/8630>
- Rocha, C. A.; Westphal, F.; Goldman, R. E. (2019). Conhecimento, atitude e pratica de enfermeiros obstetras e obstetrizes sobre a realização da episiotomia. *Brazilian Journal of Health Review*. 2(1), 226- 235. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/903>
- Roman, A. (2017). Hypertensive disorders. In Berghella, V. Editor. *Maternal-Fetal Evidence Based Guidelines* (3ª ed, 1-23). CRC Press
- Saviani-Zeoti, F. & Petean, E. (2015). Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. *Estudos de Psicologia*. 32(4), p.675-683. Consultado a 04 de janeiro de 2023. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000400010>
- Silva, R. (2020). Hipertensão arterial e a gravidez. In J. Neves (Coords). *Obstetrícia fundamental*. (127-132). Lidel.
- Silva, C., Vargens, O. (2016). A mulher que vivencia as cirurgias ginecológicas: enfrentando as mudanças impostas pelas cirurgias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24 24, e2780. DOI: 10.1590/1518-8345.1081.2780
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2017). Consenso “Diabetes Gestacional”: atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12, 24-38. Consultado a 07 de janeiro de 2023. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPDVol-12-n%C2%BA-1-Mar%C3%A7o-2017-Recomenda%C3%A7%C3%B5esp%C3%A1gs-24-38.pdf>
- Streubert, H., Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o imperativo humanista*. 5ª edição. Lusodidacta.
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. 40(3), p.161-166.
- Swanson, K. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*. 25(4), p.352-357.

- Terki, F., Malhotra, U. (2004). *Linhas de orientação médicas e de prestação de serviço para serviços de saúde sexual e reprodutiva* (3ª ed.). APF
- Vala, J. (2014). A análise de conteúdo. In A. Silva & J. Pinto (Coords). *Metodologia das Ciências Sociais*. (p. 101-128). Edições Afrontamento.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., & Lancet Breastfeeding Series Group (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Vakilian, K., Farahani, O. C. T., & Heidari, T. (2020). Enhancing Breastfeeding - Home-Based Education on Self-Efficacy: A Preventive Strategy. *International journal of preventive medicine*, 11, 63. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_494_17
- Vilelas, J. (2017). *Investigação - O processo de construção do conhecimento*. (2ª ed.). Edições Sílabo.
- World Health Organization, & Special Programme of Research, D. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*.
- Xiao, X., Loke, A., Zhu, S., Gong, L., Shi, H., & Ngai, F. (2020). “The sweet and the bitter”: Mothers’ experiences of breastfeeding in the early postpartum period: A qualitative exploratory study in China. *International Breastfeeding Journal*. 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00256-1>
- Xiao, X., Ngai, F., Zhu, S., & Loke, A. (2020). The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: a qualitative exploratory study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 20, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2686-8>

Anexo I - Certificados de formações



Certificado de Frequência de Formação Contínua

Certifica-se que Ana Lúcia Ferreira Pereira Vitorino, portador do documento de identificação (Cartão do Cidadão) nº 13274975, frequentou de 15-01-2022 a 23-01-2022 a formação profissional designada CURSO DE FORMAÇÃO INTENSIVA EXERCÍCIO FÍSICO NA GRAVIDEZ E NA RECUPERAÇÃO DO PARTO - ONLINE, em regime à distância com a duração total de 24 horas (0h presenciais e 24h à distância), no âmbito do Programa de Formação em Medicina do Exercício.

Código da Ação de formação atribuído pelo IPDJ - 192930200



O Responsável da Formação Club Clínica das Conchas





Certificado

Certifico que

Ana Lúcia Ferreira Pereira Vitorino

participou do Curso de Mindfulness para Profissionais da Assistência ao Parto,
oferecido pelo GentleBirth na modalidade remota, no período de 25 a 29 de julho
de 2022, com carga horária de dez horas.

Marcella Aguiar
MARCELLA AGUIAR
GENTLEBIRTH BRASIL

Monalisa Babbos
MONALISA BABBOS
GENTLEBIRTH BRASIL

CERTIFICADO

Certificamos que
Ana Vitorino

concluiu o Curso Neuroeducação para Profissionais do Parto,
realizado de 24 a 28 de julho de 2023, online e
gratuitamente, com carga horária de 5 horas.

01/08/2023



Mondalisa Barros
Equipe GentleBirth Brasil

Anexo II - Síntese de registro de atividades práticas

13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion	2
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman	
• Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100)	103
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor.	
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	41
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	0
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births	0
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	16
• Episiotomia/Episiotomy	0
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	22
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk	
• Gravidez/Pregnancy (40)	22
• Trabalho de parto/Labor	60
• Puerpério/Puerperium	17
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	101
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/Supervision and care to the healthy new-born (100)	102
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ Supervision and care to the new-born in need of special care	11
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology	36

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* 0
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 1
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 5

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* 3
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* 2
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 5
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* 1
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* 0
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 1

Lisboa, 20 / 7 / 2023

Estudante/*Student*

Ana Lúcia Vitorino

Docente/*Teacher*

Helena

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

M^{te} Anabela Ferreira dos Santos

Apêndice I - Termos de pesquisa da revisão *scoping*

Termos naturais	CINAHL	MEDLINE	Scopus
Breastfeeding Women; Breastfeeding Mothers	MH "Women"; MH "mothers"	MH "Women"; MH "mothers"	Mothers; women
home visit promoting exclusive breastfeeding; home visits by midwife	MH "Home visits"; MH "Breast Feeding Promotion"	home visit for exclusive breastfeeding MH "house calls"	home visits; exclusive breastfeeding;
Postnatal period Postpartum period	MH "Postnatal Period"	MH "Postpartum Period"	Postnatal period

**Apêndice II – Pesquisa realizada nas bases de dados MEDLINE,
CINAHL e SCOPUS**

MEDLINE

13/10/23, 11:45

Lista de Resultados: S11 AND S12 AND S13: EBSCOhost



Histórico de Pesquisas/Alertas

[Imprimir Histórico de Pesquisas](#) [Obter Pesquisas](#) [Obter os Alertas](#) [Guardar Pesquisas / Alertas](#)

☐ Selecionar / Desmarcar todos

Pesquisar com AND

Pesquisar com OR

Eliminar Pesquisas

Atualizar Resultados de Pesquisa

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
☐ S19	S11 AND S12 AND S13	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20180101-20221231; Resumo Disponível Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (18) Ver Detalhes Editar
☐ S18	S11 AND S12 AND S13	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20180101-20221231; Resumo Disponível Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (18) Ver Detalhes Editar
☐ S17	S11 AND S12 AND S13	Limitadores - Data de Publicação: 20180101-20221231; Resumo Disponível Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (21) Ver Detalhes Editar
☐ S16	S11 AND S12 AND S13	Limitadores - Data de Publicação: 20180101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (21) Ver Detalhes Editar
☐ S15	S11 AND S12 AND S13	Limitadores - Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (21) Ver Detalhes Editar
☐ S14	S11 AND S12 AND S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (36) Ver Detalhes Editar
☐ S13	S8 OR S9 OR S10	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (68,715) Ver Detalhes Editar
☐ S12	S5 OR S6 OR S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (4,208) Ver Detalhes Editar
☐ S11	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (76,085) Ver Detalhes Editar
☐ S10	(MH "Postpartum Period")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (31,194) Ver Detalhes Editar
☐ S9	postpartum period	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (60,026) Ver Detalhes Editar
☐ S8	postnatal period	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (23,562) Ver Detalhes Editar
☐ S7	(MH "House Calls")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (4,169) Ver Detalhes Editar
☐ S6	home visit by midwife	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (57) Ver Detalhes Editar
☐ S5	home visit promoting exclusive breastfeeding	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (0) Ver Detalhes Editar
☐ S4	(MH "Mothers")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (56,525) Ver Detalhes Editar

https://web.s.ebscohost.com/ehost/results?sid=3b563714-a18d-4cb7-b859-3e5acfdc3357%40redis&vid=42&HistoryItemID=S19&bquery=((Breas... 1/6

13/10/23, 11:45

Lista de Resultados: S11 AND S12 AND S13: EBSCOhost

☐ S3	(MH "Women")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (15,184) Ver Detalhes Editar
☐ S2	breastfeeding mothers	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (3,792) Ver Detalhes Editar
☐ S1	Breastfeeding women	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (3,355) Ver Detalhes Editar

13/10/23, 11:15

Lista de Resultados: S12 AND S13 AND S14: EBSCOhost



Histórico de Pesquisas/Alertas

[Imprimir Histórico de Pesquisas](#)
[Obter Pesquisas](#)
[Obter os Alertas](#)
[Guardar Pesquisas / Alertas](#)
☐ Selecionar / Desmarcar todos

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
☐ S20	S12 AND S13 AND S14	Limitadores - Texto Integral; Referências Disponíveis; Resumo Disponível; Data de Publicação: 20170101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (19) Ver Detalhes Editar
☐ S19	S12 AND S13 AND S14	Limitadores - Texto Integral; Referências Disponíveis; Resumo Disponível; Data de Publicação: 20170101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (20) Ver Detalhes Editar
☐ S18	S12 AND S13 AND S14	Limitadores - Texto Integral; Referências Disponíveis; Data de Publicação: 20170101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (20) Ver Detalhes Editar
☐ S17	S12 AND S13 AND S14	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20170101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (76) Ver Detalhes Editar
☐ S16	S12 AND S13 AND S14	Limitadores - Data de Publicação: 20170101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (111) Ver Detalhes Editar
☐ S15	S12 AND S13 AND S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (200) Ver Detalhes Editar
☐ S14	S9 OR S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (22,125) Ver Detalhes Editar
☐ S13	S5 OR S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (10,907) Ver Detalhes Editar
☐ S12	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (66,308) Ver Detalhes Editar
☐ S11	(MH "Postnatal Period")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (12,073) Ver Detalhes Editar
☐ S10	postpartum period	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (15,836) Ver Detalhes Editar
☐ S9	postnatal period	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (14,127) Ver Detalhes Editar
☐ S8	(MH "Breast Feeding Promotion")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (4,212) Ver Detalhes Editar
☐ S7	(MH "Home Visits")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (6,723) Ver Detalhes Editar
☐ S6	home visits by midwife	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (42) Ver Detalhes Editar
☐ S5	home visit promoting breastfeeding	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Ver Resultados (2)

[https://web.p.ebscohost.com/ehost/results?vid=44&sid=e59292bc-f58c-4432-96f3-2d163d2c2c92%40redis&bquery=\(\(Breastfeeding+women\)+O...](https://web.p.ebscohost.com/ehost/results?vid=44&sid=e59292bc-f58c-4432-96f3-2d163d2c2c92%40redis&bquery=((Breastfeeding+women)+O...) 1/6

13/10/23, 11:15

Lista de Resultados: S12 AND S13 AND S14: EBSCOhost

			Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Detalhes Editar
☐ S4	(MH "Mothers")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Ver Resultados (37,594)	
			Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Detalhes Editar
☐ S3	(MH "Women")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Ver Resultados (25,745)	
			Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Detalhes Editar
☐ S2	breastfeeding mothers	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Ver Resultados (2,891)	
			Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Detalhes Editar
☐ S1	Breastfeeding women	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Ver Resultados (2,274)	
			Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Detalhes Editar



Scopus



Welcome to a more intuitive and efficient search experience. [See what is new](#)

Advanced query

Search within Article title, Abstract, Keywords	Search documents * mothers
OR	
Search within Article title, Abstract, Keywords	Search documents women
AND	
Search within Article title, Abstract, Keywords	Search documents home-visits
AND	
Search within Article title, Abstract, Keywords	Search documents exclusive-breastfeeding
AND	
Search within Article title, Abstract, Keywords	Search documents postnatal AND period

[Save search](#)

[Set search alert](#)

[+ Add search field](#)

[Reset](#) [Search](#)

Beta

[Documents](#) [Preprints](#) [Patents](#) [Secondary documents](#) [Research data](#)

10 documents found

[Analyze results](#)

Refine search

Search within results

Filters [Clear all](#)

Year [Clear \(4\)](#)

☐ Range ☐ Individual



Author name

Subject area

☐ Medicine 10

☐ Nursing 2

Document type

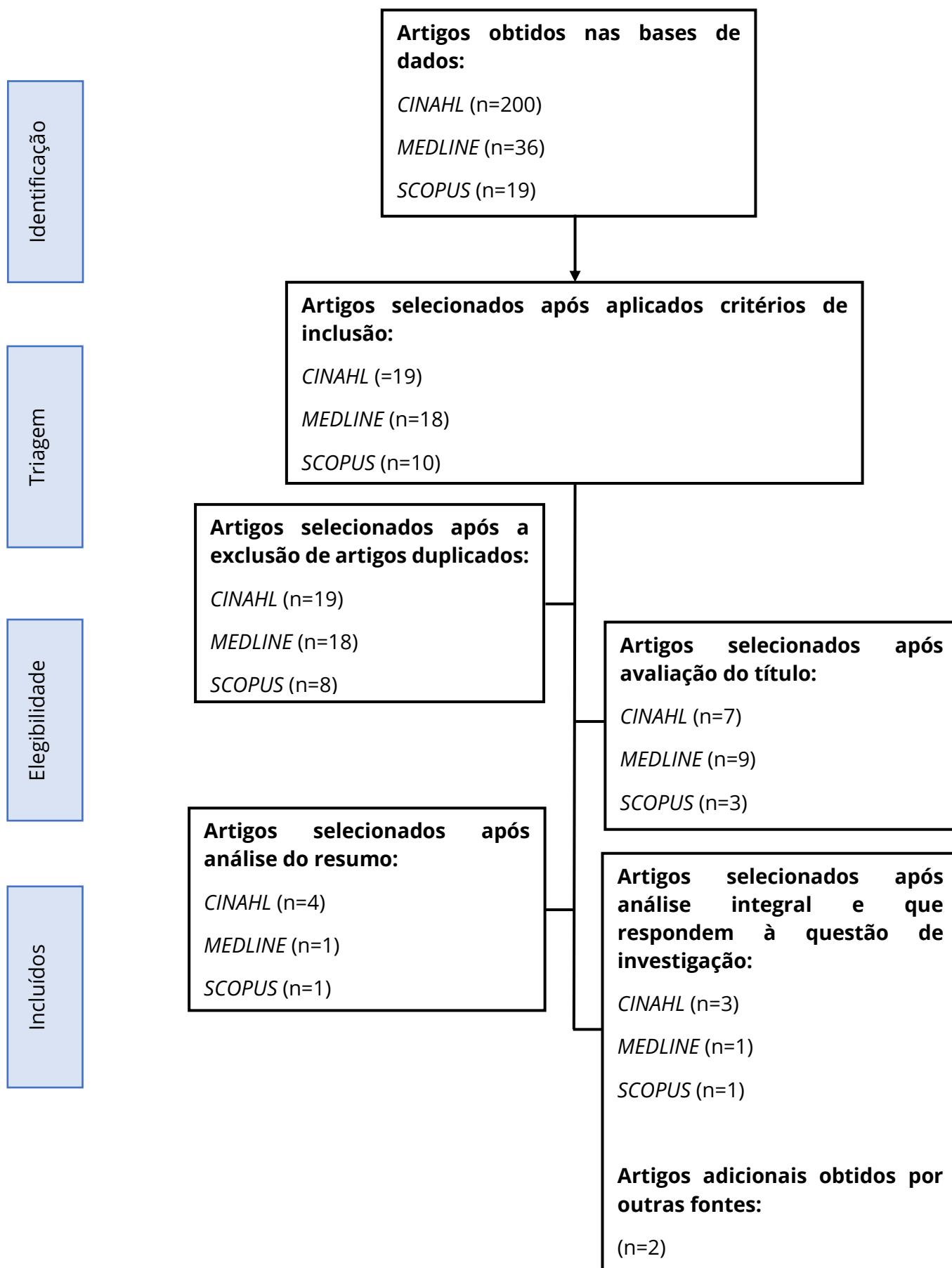
☐ All	Export	Download	Citation overview	More	Show all abstracts	Sort by	Date	Grid	List
Document title	Authors	Source	Year	Citations					
☐ 1 Effect of community-initiated kangaroo mother care on breastfeeding performance in low birthweight infants: A randomized clinical trial	Sinha, B., Sommerfelt, H., Ashorn, P., ...Bahl, R., Bhandari, N.	Maternal and Child Nutrition, 18(4), e13419	2022	0	Show abstract View at Publisher Related documents				
☐ 2 Feasibility, acceptability, and preliminary impact of an mHealth supported breastfeeding peer counselor intervention in rural India	Short, V.L., Bellad, R.M., Kelly, P.J., ...Goudar, S.S., Derman, R.	International Journal of Gynecology and Obstetrics, 156(1), pp. 48–54	2022	2	Show abstract View at Publisher Related documents				
☐ 3 Effect on breastfeeding practices of providing in-home lactation support to vulnerable women through the Canada Prenatal Nutrition Program: protocol for a pre/post intervention study	Mildon, A., Francis, J., Stewart, S., ...O'Connor, D.L., Sellen, D.W.	International Breastfeeding Journal, 16(1), 49	2021	4	Show abstract View at Publisher Related documents				
☐ 4 Feasibility, acceptability, and potential efficacy of an innovative postnatal home-based breastfeeding peer support programme in Hong Kong: a feasibility and pilot randomised controlled trial	Lok, K.Y.-W., Chow, C.L.Y., Shing, J.S.Y., ...Bick, D., Chang, Y.-S.	International Breastfeeding Journal, 16(1), 34	2021	6					

☐ Article	9	Document title	Authors	Source	Year	Citations
☐ Review	1	Show abstract	View at Publisher	Related documents		
Source title						
☐ International Breastfeeding Journal	3	☐ 5	Review • Open access Schedules for home visits in the early postpartum period	Yonemoto, N., Nagai, S., Mori, R.	Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021(7), CD009326	2021 13
☐ Maternal And Child Nutrition	2	Show abstract	View at Publisher	Related documents		
☐ Cochrane Database Of Systematic Reviews	1	☐ 6	Article • Open access Effect of Community-Initiated Kangaroo Mother Care on Postpartum Depressive Symptoms and Stress among Mothers of Low-Birth-Weight Infants: A Randomized Clinical Trial	Sinha, B., Sommerfelt, H., Ashorn, P., ...Bahl, R., Bhandari, N.	JAMA Network Open, 4(4), e216040	2021 16
☐ Global Health Science And Practice	1	Show abstract	View at Publisher	Related documents		
☐ International Journal Of Gynecology And Obstetrics	1	☐ 7	Article • Open access Bringing greater precision to interactions between community health workers and households to improve maternal and newborn health outcomes in india	Smittenaar, P., Ramesh, B.M., Jain, M., ... Kumar, P., Sgaier, S.K.	Global Health Science and Practice, 8(3), pp. 358–371	2020 18
Show all		Show abstract	View at Publisher	Related documents		
Publication stage						
☐ Final	10	☐ 8	Article • Open access Exclusive breastfeeding in first-time mothers in rural Kenya: A longitudinal observational study of feeding patterns in the first six months of life	Talbert, A., Jones, C., Matata, C., Berkley, J.A., Mwangome, M.	International Breastfeeding Journal, 15(1), 17	2020 11
Keyword						
☐ Female	10	☐ 9	Article • Open access MHealth intervention ImTeCHO to improve delivery of maternal, neonatal, and child care services-A cluster-randomized trial in tribal areas of Gujarat, India	Modi, D., Dholakia, N., Gopalan, R., ...Desai, S., Shah, P.	PLoS Medicine, 16(10), e1002939	2019 45
☐ Human	10	Show abstract	View at Publisher	Related documents		
☐ Humans	10					
☐ Breast Feeding	9					
☐ Home Visit	8					
Show all		Show abstract	View at Publisher	Related documents		
Affiliation		☐ 10	Article • Open access Community-based father education intervention on breastfeeding practice—Results of a quasi-experimental study	Bich, T.H., Long, T.K., Hoa, D.P.	Maternal and Child Nutrition, 15, e12705	2019 32
☐ Organisation Mondiale de la Santé	3	Show abstract	View at Publisher	Related documents		
☐ Wellcome Trust/DBT India Alliance	2					
☐ University Hospital of Tampere	2					
☐ Tampere University	2					
☐ Folkehelseinstituttet	2					
Show all						
Funding sponsor						
Country/territory						
Source type						
Language Clear (1)						

Display 10 results

Back to top

Apêndice III – Fluxograma prisma



Apêndice IV – Tabela de extração de resultados

Tabela de extração de dados		
Identificação do estudo	Título	Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials
	Autor(es)	Kim, S., Park, S., Oh, J., Kim, J. Ahn, S.
	Ano de publicação	2018
	País de origem	Coreia do Sul
Objetivos	Conhecer o que diz a literatura sobre a eficácia das intervenções de apoio ao aleitamento materno que permitem que as mães pratiquem o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses e quais as sugestões sobre as melhores intervenções.	
População do estudo	36051 mães	
Tipo de estudo	Revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados.	
Metodologia	Pesquisa realizada em seis bases de (MEDLINE, EMBASE, Cochrane, CINAHL, PsycINFO e KoreaMed). Os autores extraíram independentemente dados de artigos escritos em inglês ou coreano e publicados entre janeiro de 2000 e agosto de 2017. Foram analisados ensaios controlados randomizados que relatavam o aleitamento materno exclusivo até 6 meses.	
Resultados		
Foram analisados 27 ensaios randomizados, que incluíram 36051 mães. A eficácia das intervenções de apoio ao aleitamento materno exclusivo por 6 meses foi		

significativa (95% de intervalo de confiança). A análise realizada conclui ainda que os efeitos das intervenções promovidas por um hospital amigo dos bebês, intervenções promovidas por profissionais habilitados (entre os quais as "midwives") e implementação de intervenções durante os períodos pré e pós-natal aumentaram a taxa de aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses.

- Em comparação com intervenções pré-natais, os maiores efeitos foram encontrados em uma análise de resultados agrupados de intervenções pós-natais que implementou aconselhamento profissional e apoio de pares. Embora a intenção materna de amamentar seja um forte determinante do AME, salienta-se a importância do apoio pós-parto a longo prazo para aumentar as taxas de AME até 6 meses. A maioria utilizou após o nascimento a intervenção individualizada por meio de uma visita domiciliar ou telefonema de acompanhamento.

- Estudo concluiu que se verificam melhores resultados na promoção do AME em intervenções prestadas por profissionais de saúde habilitados (ex: midwives) comparativamente com o apoio dos pares.

Contributos para a questão da revisão scoping

- A intervenção de profissionais de saúde habilitados, entre os quais as midwives, promovem um maior sucesso das intervenções realizadas para promoção do AME.

- A conjugação entre a promoção do aleitamento materno no período pré e pós-natal, em especial as continuidades do apoio ao aleitamento materno, no domicílio, após a alta hospitalar, aumentam a probabilidade de manutenção do AME até aos 6 meses.

- Nas suas conclusões, os autores ressaltam a importância do papel das visitas domiciliares no pós-parto na promoção do aleitamento materno exclusivo.

Tabela de extração de dados		
Identificação do estudo	Título	An Intervention Program Based on Regular Home Visits for Improving Maternal Breastfeeding Self-efficacy: A Pilot Study in Portugal
	Autor(es)	Pádua, A.; Melo, E., Alvarelhão, J.
	Ano de publicação	2022
	País de origem	Portugal
Objetivos	Conhecer os efeitos do programa de apoio ao aleitamento materno na autoeficácia das mulheres para a amamentação e no aleitamento materno exclusivo.	
População do estudo	32 mulheres que amamentam	
Tipo de estudo	Ensaio clínico randomizado	
Metodologia	Desenvolvido um estudo piloto na região de Aveiro-Portugal em duas Unidades de Saúde Familiar. O grupo experimental e grupo de controle consistiram de dezasseis mulheres cada, inicialmente. Foram realizadas quatro visitas domiciliares com avaliação e orientações voltadas ao aleitamento materno, sendo que no grupo experimental foi prestado apoio direcionado às mulheres e famílias, enquanto o grupo controle recebeu apenas cuidados convencionais. Ambos os grupos foram acompanhados entre o 5º e o 120º dia pós-parto e foram submetidos a três momentos de avaliação.	

Resultados
Ao 120º dia pós-parto, onze mulheres (grupo experimental) completaram o programa de intervenção de apoio ao aleitamento materno no domicílio, das quais três mulheres deixaram de amamentar. No grupo de controlo, ao 120º dia pós-parto, nove mulheres receberam cuidados convencionais, das quais sete deixaram de amamentar. As intervenções no grupo experimental provaram ser mais eficazes em melhorar a 'perceção da autoeficácia da amamentação'. O grupo experimental demonstrou também uma maior taxa de aleitamento materno exclusivo.
Contributos para a questão da revisão scoping
- Estudo revela demonstra que o apoio ao aleitamento no pós-parto, através do planeamento e execução de visitas domiciliárias, promovem o aleitamento materno exclusivo. - Estudo conclui que as visitas domiciliárias, realizadas no pós-parto, para promoção do aleitamento materno têm influência positiva na exclusividade e na duração do aleitamento materno. - Ainda que o estudo não fale em específico dos EEESMO, refere que as visitas e intervenções foram realizadas por enfermeiros.

Tabela de extração de dados		
Identificação do estudo	Título	The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: a qualitative exploratory study
	Autor(es)	Xiao Xiao, X., Ngai, F., Zhu, S., Loke, A.
	Ano de publicação	2020
	País de origem	China
Objetivos	- Explorar as preocupações e bem-estar das mulheres durante o puerpério e identificar suas necessidades de serviços de saúde. - Identificar indicações para o desenvolvimento de o programa de visita domiciliar e possíveis intervenções para melhorar os cuidados pós-natal para ajudar as mulheres em Shenzhen a fazerem uma transição mais suave para a maternidade. - Explorar os aspetos físicos, psicológicos e sociais, assim como as preocupações das mulheres de Shenzhen nas primeiras 6 semanas após o parto. - Identificar as experiências e as dificuldades das mulheres de Shenzhen nas primeiras 6 semanas após o parto. - Explorar as necessidades de serviços de apoio, expressas pelas mulheres de Shenzhen, nas primeiras 6 semanas após o parto.	
População do estudo	22 mães	
Tipo de estudo	Estudo qualitativo exploratório	

Metodologia	Os dados foram recolhidos no mês de novembro de 2018 através de entrevistas presenciais semiestruturadas. Uma amostra intencional foi recrutada em um hospital materno terciário em Shenzhen, China. O conjunto de dados recolhidos foi analisado através da análise de conteúdo.
Resultados	
- Vinte e duas mães foram entrevistadas no pós-parto, ao 30º ou 42º dia após o parto. Foram identificados seis temas: “as necessidades de autocuidado das mulheres”, “proficiência no cuidado infantil”, “envolvimento da família no puerpério e nos cuidados ao bebê”, “conflitos familiares no puerpério e nos cuidados ao bebê”, “preparação para a transição para a parentalidade” e “a necessidade de serviços abrangentes de visita domiciliar pós-parto”. - A maioria das mulheres acolheu bem a ideia da visita domiciliar no pós-parto. Elas sugeriram que seria positivo ter um programa de assistência pós-parto mais abrangente que atendesse às suas necessidades. Não houve diferenças nas expectativas em relação aos serviços de visita domiciliar entre as mães primíparas e múltiparas. - A dificuldade na amamentação foi um problema comum para as mães. As mulheres solicitaram o apoio de um consultor de amamentação, através da visita domiciliar, uma vez que este serviço não está disponível nas visitas domiciliares de apoio pós-parto prestadas por enfermeiras. - O estudo também identificou espaço para melhorias nos serviços de visita domiciliar oferecido a puérperas em Shenzhen.	
Contributos para a questão da revisão scoping	
- As mulheres gostam de amamentar os seus bebés e isso oferece às mães uma maravilhosa sensação de maternidade. - Mães com dificuldades na amamentação viram-se obrigadas a contratar o serviço de um consultor de amamentação para as apoiar nas suas necessidades no pós-parto, uma vez que as enfermeiras da visita domiciliária não forneciam esse apoio.	

- Tanto mães primíparas como mães multíparas referem a necessidade de programas de visita domiciliária e acompanhamento no pós-parto abrangentes e que vão ao encontro das suas necessidades.
- As mães valorizaram a visita domiciliar realizada pelas enfermeiras, identificando benefícios no cuidado mais centrado nelas e nas suas necessidades, em vez de cuidados centrados na tarefa.

Tabela de extração de dados		
Identificação do estudo	Título	Effect on breastfeeding practices of providing in-home lactation support to vulnerable women through the Canada Prenatal Nutrition Program: protocol for a pre/post intervention study
	Autor(es)	Mildon, A., Francis, J., Stewart, S., Underhill, B., Ng, Y., Richards, E. Rousseau, C., Di Ruggiero, E., Dennis, C., O'Connor, D., Sellen, D.
	Ano de publicação	2021
	País de origem	Canadá
Objetivos	- Examinar os efeitos do acesso ao apoio pós-parto, através da visita domiciliar, incluindo o apoio à lactação nas práticas de amamentação entre mulheres inscritas nos serviços de saúde de duas localidades de Toronto. - Examinar a viabilidade deste modelo de visita domiciliária como meio de aumentar o acesso das mulheres vulneráveis ao apoio na lactação.	
População do estudo	210 grávidas	
Tipo de estudo	Protocolo de estudo quasi-experimental, randomizado	
Metodologia	Este estudo pré/pós-intervenção examinará o efeito nos resultados da amamentação de um estudo baseado em evidências intervenção domiciliar de apoio à lactação fornecida através do Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP). Após a inscrição no programa de 210 gestantes que pretendem	

	amamentar e são clientes registadas no CPNP em dois locais em Toronto, Canadá. Na fase de intervenção, as visitas domiciliares pós-parto são realizadas por Consultores em Lactação Certificados pelo Conselho Internacional (IBCLCs). Os dados de alimentação infantil serão recolhidos prospectivamente em sete alturas distintas entre as 2 semanas e os 6 meses pós-parto. Análises descritivas e de regressão serão realizadas para medir os efeitos da intervenção. O primeiro resultado consistirá em recolher informação acerca do aleitamento materno exclusivo aos 4 meses pós-parto. Os resultados secundários incluirão a duração do aleitamento materno exclusivo, o momento da introdução de substitutos do leite materno e momento de introdução de alimentos sólidos. A autoeficácia da amamentação será avaliada no pré-natal, às 2 semanas e aos 2 meses após o parto. Outras avaliações incluem dados sociodemográficos maternos, intenções de alimentação infantil, depressão e ansiedade maternas e insegurança alimentar. Os dados de monitorização serão usados para avaliar o alcance, a aceitação e a fidelidade das intervenções da visita domiciliária.
Resultados	
Estudo encontra-se em curso e sem resultados publicados. Contudo, os autores supõem que os resultados demonstraram que as mulheres com acesso às intervenções de apoio na lactação, no domicílio no período pós-parto, terão Resultados mais positivos no que se refere à autoeficácia na amamentação nos primeiros 2 meses após o parto e que estas têm também maior probabilidade de amamentar em exclusivo os seus bebés	

meses pós-parto e têm maior probabilidade de amamentar exclusivamente seus bebês nos primeiros 4 meses pós-parto, comparativamente com o grupo que não é alvo das intervenções de apoio à lactação, realizadas através das visitas domiciliárias.

Contributos para a questão da revisão scoping

Caso se venham a confirmar, através dos resultados do estudo, as hipóteses expressas pelos autores, as intervenções de apoio à lactação, realizadas através de visita domiciliária, por profissionais qualificados na área, irá confirmar que estas intervenções e a visita domiciliária realizadas de forma continuada no pós-parto promovem melhores resultados no aleitamento materno exclusivo.

Tabela de extração de dados		
Identificação do estudo	Título	“The sweet and the bitter”: mothers’ experiences of breastfeeding in the early postpartum period: a qualitative exploratory study in China
	Autor(es)	Xiao, X., Loke, A., Zhu, S., Gong, L., Shi, H., Ngai, F.
	Ano de publicação	2020
	País de origem	China
Objetivos	- Compreender as experiências das mulheres em Shenzhen em relação à amamentação nas primeiras 6 semanas após o parto. - Identificar os facilitadores e barreiras que afetam suas decisões de amamentação e as suas necessidades de apoio percebidas que podem facilitar a amamentação no futuro.	
População do estudo	22 mães	
Tipo de estudo	Estudo qualitativo exploratório	
Metodologia	Os dados foram recolhidos em novembro de 2018 através de entrevista semiestruturada, presencial e em profundidade. Foi recrutada uma amostra intencional de puérperas que tiveram alta precoce de uma clínica-hospital em Shenzhen, China. O conjunto de dados recolhido foi analisado através de análise de conteúdo indutiva.	
Resultados		
- Do total de entrevistas transcritas, de 22 mulheres, nas primeiras 6 semanas após o parto, emergiram três temas relacionados com o aleitamento materno:		

“facilitadores da amamentação”, “barreiras da amamentação” e “recomendações para promoção do aleitamento materno”.

- As mulheres demonstraram expectativas relativamente à possibilidade de apoio/suporte no aleitamento materno através de visitas domiciliárias de enfermeiros. Elas esperavam que a visita domiciliar pós-parto, realizada por enfermeiros, poderia orientá-las sobre aleitamento materno durante o pós-parto. Contudo estes profissionais na China não possuem competências na área do aleitamento materno, pelo que sugeriram que fosse abordada por um profissional competente na área do aleitamento materno (consultor de amamentação). Isto demonstrou claramente, segundo os autores do artigo, que as mulheres precisavam de informações e apoio por parte das enfermeiras que realizam a visita domiciliar.

Contributos para a questão da revisão scoping

- O estudo demonstra a necessidade clara de apoio ao aleitamento materno no pós-parto, por parte das mães que amamentam.
- Revela também que alguns profissionais não estão capacitados ou não se sentem confiantes em prestar este tipo de apoio.
- O apoio ao aleitamento materno no pós-parto é uma necessidade clara das mães que amamentam e deve ser prestado por profissionais com competências na área, com por exemplo os EEESMO.
- Enfermeiras da visita domiciliar no pós-parto devem ter formação e competências para aconselhar e apoiar a amamentação, de forma que possam atender melhor as mulheres que amamentam. Devem ser dadas informações e apoio à amamentação tanto para as mães, como para membros importantes de sua famílias, promovendo uma rede de apoio em casa.

Tabela de extração de dados		
Identificação do estudo	Título	Home visits by midwives in the early postnatal period.
	Autor(es)	Aaserud, T., Tveiten, S., Gjerlaug, A.
	Ano de publicação	2016
	País de origem	Noruega
Objetivos	Identificar as experiências das mulheres com as visitas domiciliárias de uma parteira local no período pós-natal precoce.	
População do estudo	15 mães	
Tipo de estudo	Estudo qualitativo	
Metodologia	Foram realizadas nove entrevistas individuais semiestruturadas. Os dados foram analisados por meio de uma análise de conteúdo qualitativa inspirada na interpretação hermenêutica e numa condensação sistemática do texto. O estudo foi fundamentado na teoria da promoção de saúde, empoderamento, enfrentamento, autonomia e a relação entre a parteira e a mãe.	
Resultados		
- Como resultados emergiram 3 categorias principais, que descrevem as experiências das mulheres: ter controlo de si mesmo, necessidade de conhecimento e apoio e continuidade dos cuidados/relacionamento com a parteira. - Este estudo indica que as visitas domiciliares de parteiras locais podem contribuir para que as mulheres sejam capazes de lidar com as novas circunstâncias do pós-parto. - A necessidade de aconselhamento e orientação das mulheres variavam entre o simples aconselhamento e a validação positiva do seu desempenho relativo ao		

aleitamento materno, ao nascimento ou como lidar com emoções avassaladoras.

- As mulheres relataram sentir-se mais seguras em seu novo papel depois de ter recebido apoio da enfermeira parteira.

- As mulheres sentiram-se confiantes com a alta precoce da maternidade quando souberam que a parteira iria a sua casas prestar apoio após alguns dias.

Contributos para a questão da revisão scoping

- As visitas domiciliárias realizadas por enfermeiras parteiras são bem recebidas pelas mães e vão de encontro às suas necessidades no pós-parto.

- As mães sentem necessidade e valorizam o apoio das enfermeiras parteiras no aleitamento materno.

Tabela de extração de dados		
Identificação do estudo	Título	Enhancing Breastfeeding – Home-Based Education on Self-Efficacy: A Preventive Strategy
	Autor(es)	Vakilian, K., Farahani, O., Heidari, T.
	Ano de publicação	2020
	País de origem	Irão
Objetivos	Avaliar os efeitos da intervenção de educação domiciliária na promoção, exclusividade e índices de autoeficácia do aleitamento materno.	
População do estudo	130 mães	
Tipo de estudo	Estudo de controlo randomizado	
Metodologia	O estudo foi conduzido no Irão entre junho de 2015 e outubro de 2015. A população do estudo numa fase inicial, ainda durante o internamento no Arak University of Medical Sciences - Takeghani Hospital, após o parto, foram selecionadas aleatoriamente em dois grupos. Um grupo (n=65) recebeu os cuidados habituais para receber cuidados, enquanto o outro grupo (n=65) recebeu intervenções educativas através de utilização de panfletos ou CD's. Os dados sobre aleitamento materno exclusivo foram recolhidos utilizando o “questionário de avaliação da autoeficácia para o aleitamento materno de Denis e Fox”. Os resultados primários foram recolhidos por um pesquisador assistente durante a primeira consulta pós-parto. Os resultados seguintes foram	

	recolhidos 4 semanas após o nascimento dos bebês através de entrevistas telefônicas.
Resultados	
- Os resultados referentes à autoeficácia foram maiores no grupo de intervenção ($63,66 \pm 6,11$) do que no grupo de controle ($57,04 \pm 6,18$), após 1 mês do parto ($P = 0,001$). - Este estudo mostrou que a educação domiciliária pode aumentar a autoeficácia das mães após 1 mês. - A taxa de aleitamento materno exclusivo no grupo de intervenção foi de 89,2% ($n = 58$) no 1º mês, em comparação com 55,4% ($n = 36$) no grupo controle ($P = 0,001$). - As intervenções educativas, na visita domiciliária por rotina continua (como a intervenção fornecida no estudo), permite que as mães tenham acesso à informação necessária e consigam resolver seus problemas relacionados com a amamentação. O facto de ser realizada em ambiente do domicílio das puérperas, livre de stresse e com marcação prévia, revelou-se positivo para as mesmas.	
Contributos para a questão da revisão scoping	
- As intervenções de educação no pós-parto, enquanto intervenções para a promoção do aleitamento materno exclusivo, demonstram ser muito eficazes. - Os enfermeiros e parteiras são obrigados a adotar diversas estratégias de educação em saúde, como educação em visita domiciliária, enquanto incentivo e promoção ao aleitamento materno.	

Apêndice V – Guião da entrevista

Guião da entrevista semiestruturada

Tema: A visita domiciliária pelo enfermeiro obstetra na promoção do aleitamento materno exclusivo

Objetivos:

- Obter as características sociodemográficas e obstétricas da amostra em estudo;
- Identificar a perceção materna acerca visita domiciliária (VD) realizada pelo Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO), como promotora da manutenção do aleitamento materno exclusivo (AME).

Participante: _____ (código)

Data: ____/____/____

Objetivo	Questão a investigar	Questões para aprofundamento?
Obter informação acerca da perceção materna sobre a sua necessidade de VD, para apoio ao aleitamento materno.	A VD é uma opção disponível para a apoiar nas suas necessidades no período pós-parto, entre os quais com o aleitamento materno. Como vê a possibilidade de ter acesso a este cuidado? O que representa para si?	Planeou recorrer à VD, realizada por um EEESMO, como ferramenta de apoio em caso de dificuldade no aleitamento materno, no período pós-parto?
Obter informação relativa às experiências maternas sobre a VD realizada pelo EEESMO, para promoção do AME.	Sei que teve a oportunidade de ter a VD no período pós-parto. Como foi essa experiência para si?	Quais eram as suas necessidades de apoio para manutenção do aleitamento materno? De que forma a VD foi ao encontro das suas

		necessidades em aleitamento materno?
Conhecer quais os aspetos valorizados pelas mães, no que se refere às intervenções do EEESMO na VD.	Tendo a sua VD sido realizada por um EEESMO, que aspetos mais valorizou no apoio prestado por este profissional?	Quais as intervenções de apoio, prestadas pelo EEESMO, que mais valorizou? Em que medida para si foi importante que a VD tenha sido realizada por um EEESMO?

Apêndice VI – Parecer do Conselho de Ética da ESEL

PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA DA ESEL

Processo Nº: 2054/2023

Da apresentação dos factos:

O Conselho de Ética da ESEL recebeu, com data de 07 de julho, a resposta da **Mestranda Ana Lúcia Ferreira Pereira Vitorino, 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**, ao parecer emitido por este conselho, em reunião de 23 de maio de 2023, para reapreciação do projeto: "A visita domiciliária pelo enfermeiro obstetra na promoção do aleitamento materno exclusivo", orientado pela Professora Maria Helena Bértolo Pereira Gomes Ferreira.

O processo contém os seguintes documentos, por ordem cronológica:

24.10.2022	1) Carta dirigida à Presidente da CE; 2) Formulário para submissão de projeto de investigação ao CE da ESEL (anexos incluídos no documento: a. Nota biográfica; b. Carta informativa ao estudo; c. Termo de consentimento informado para participação no estudo; d. Questões para a caracterização sociodemográfica da amostra; e. Guião da entrevista)
16.06.2023	Enviado parecer condicionado
07.07.2023	3) Formulário para submissão de projeto de investigação ao CE da ESEL reformulado.

Da apreciação dos factos:

O Conselho de Ética da ESEL, reunido a 20 de julho de 2023, apreciou o pedido, instruído com os documentos entregues a 07 de julho de 2023, e tendo analisado os mesmos, considera que as questões colocadas na primeira apreciação foram respondidas pela proponente.

Decisão do CE:



Pelo exposto, ouvido o relator e o plenário, em reunião do dia 20 de julho de 2023, o CE-ESEL deliberou a emissão de **parecer favorável**.

No dia 20 de julho de 2023, este parecer foi aprovado, por unanimidade, pelos membros presentes: Prof.^a Doutora Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho, Prof.^a Doutora Joana Catarina Cruz Mendes Branquinho, Prof.^a Doutora Maria Leonor Lamas de Oliveira Xavier e Prof.^a Doutora Soraya Nour Sckell.

Lisboa, 20 de julho de 2023

Pelo Conselho de Ética

A handwritten signature in black ink, reading 'Maria Leonor Lamas de Oliveira Xavier'. The signature is written in a cursive style with some capital letters.

A Vice-Presidente
Maria Leonor Xavier