



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

Relatório de Estágio

**O Cuidar do Enfermeiro obstetra à Puérpera e
Recém-nascido após a Alta Precoce**

Ana Margarida Branco Ribeiro

**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**O Cuidar do Enfermeiro obstetra à Puérpera e
Recém-nascido após a Alta Precoce**

Ana Margarida Branco Ribeiro



Orientadora: Professora Doutora Maria Helena de Carvalho Valente Presado



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“According to the WHO, the quality of care is not conditioned by the length of stay at the postnatal ward. As long as the postnatal care provided is of high quality, it could to be better for the family to stay in their home.”

(Aune et al., 2021)

RESUMO

A elaboração deste Relatório de Estágio pretende demonstrar todo o percurso de aprendizagem desenvolvido durante a Unidade Curricular de Estágio com Relatório, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

No processo de aprendizagem para o desenvolvimento de competências; científica, técnica e humana para o cuidar de enfermagem especializado, privilegiei a prática baseada na evidência e a reflexão crítica da prática clínica baseada na Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson.

O conceito de alta precoce após o parto não é consensual, mas é considerada benéfica para a tríade. Perante a tendência em reduzir o tempo de internamento após o nascimento, acentuado pelo contexto pandémico, surge uma maior necessidade de cuidados especializados nos primeiros dias após a alta hospitalar, atendendo que nesta fase é importante avaliar o estado de saúde da mulher, do recém-nascido, bem como a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel, de modo a facilitar o desenvolvimento de competências parentais.

Como metodologia de eleição foi desenvolvida uma Scoping Review, segundo as orientações do Joanna Briggs Institute, com a finalidade de analisar a evidência científica disponível sobre “O Cuidar do Enfermeiro Obstetra à Puérpera e Recém-nascido após a Alta Precoce”. A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO, nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete e Cochrane Database of Systematic Reviews.

Realizaram-se entrevistas telefónicas, após 24 horas da alta hospitalar, a 26 puérperas com alta precoce no sentido de compreender as dificuldades e a satisfação da mulher e família após a alta.

Conclui-se que a alta precoce é motivo de satisfação para as mulheres/famílias, tendo-se considerado ser benéfico regressar ao ambiente familiar, mais tranquilo, confortável, com maior interação do pai e outros apoios familiares. O hospital teve um ganho médio de 20 horas por puérpera, com implicações na gestão de camas e nos custos relacionados com o internamento. Importa investir na alta precoce e na articulação e continuidade de cuidados.

Palavras-chave: Puérpera, Recém-nascido, Cuidar, Alta precoce, Enfermeiro Obstetra.

ABSTRACT

The elaboration of this Internship Report intends to demonstrate the entire learning path developed during the Internship with Report Curricular Unit, which is part of the Master's Degree Course in Maternal Health and Midwifery.

The learning process for the development of scientific, technical, and human competences for specialized nursing care, I privileged evidence-based practice and critical reflection of clinical practice based on Kristen Swanson's Theory of Care.

Although early discharge after delivery is not consensual, but it is considered beneficial for the triad. In view of the tendency to reduce the length of hospital stay after birth, accentuated by the pandemic context, there is a greater need for specialized care in the first days after hospital discharge, with special focus to women's and newborn's health assessment, as well as the adaptation of the dyad/triad to its new role, in order to facilitate parenting skills development.

As a methodology of choice, a Scoping Review was developed, according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute, with the purpose of analyzing the available scientific evidence on "The care provided by Midwives to post-partum women and newborns after early discharge". The research was carried out on the EBSCO platform, in the MEDLINE Complete, CINAHL Complete and Cochrane Database of Systematic Reviews databases.

Telephone interviews were carried out 24 hours after hospital discharge with 26 postpartum women with early discharge in order to understand the difficulties and satisfaction of the woman and family after discharge.

We can concluded that early discharge promotes women/families' satisfaction, and it was considered beneficial to return to the family environment, more peaceful, comfortable, with greater interaction from the father and other family support.

Hospital wise, early discharge was also beneficial, with an average gain of 20 hours per post-partum woman. The release of hospital resources has direct implications in bed management and hospitalization-related costs. Therefore, this should be taken in account to invest more attention in early discharge, continuity of care and link with community services.

Keywords: Puerperal woman, Newborn, Caring, Early discharge, Obstetric Nurse.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACO – Anticoncecionais Orais

AM – Aleitamento materno

AP- Alta Precoce

APPT- Ameaça de Parto Pré-Termo

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

BP- Bloco de Partos

CAP – Consulta de Avaliação Ponderal

CCU - Cancro do Colo do Útero

CGND - Consulta de Gravidez não Desejada

CIRMA - Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida

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

CPF- Consulta de Planeamento Familiar

CRPP – Consulta de revisão Pós-Parto

CSI – Consulta de Saúde Infantil

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DG – Diabetes Gestacional

DIU – Dispositivo Intra Uterino

DGS – Direção Geral de Saúde

EC- Ensino Clínico

EESMO - Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ER – Estágio com Relatório

FIV - Fertilização in-vitro

HPV - Vírus do Papiloma Humano

IA – Índice de Apegar

IG – Idade Gestacional

IMC - Índice de Massa Corporal

ICM - International Confederation of Midwives

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

JBÍ - Joanna Briggs Institute

LM – Leite Materno

MESMO - Mestrado em Enfermagem de saúde materna e obstetrícia

OE- Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática baseada na evidência

PPT – Placenta Prévia Total

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMO - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica

RCCUO – Rastreio do Cancro do Colo do Útero Organizado

RCIU – Restrição de Crescimento Intra Uterino

RN – Recém-nascido

RPM – Ruptura prematura de membrana

SNG – Sonda Nasogástrica

SR – Scoping Review

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP – Trabalho de parto

TPMA - Técnicas de Procriação Medicamente Assistidas

UC – Unidade Curricular

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

US – Unidade de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

UTG - Unidade de Técnicas de Ginecologia

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	14
1.1 Puerpério.....	14
1.2 Recém-nascido (RN).....	14
1.3 A alta precoce da puérpera e recém-nascido	16
1.4 Cuidar a Puérpera e RN após a alta hospitalar.....	19
1.5 Teoria do Cuidar de Kristen Swanson	21
2. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO	23
2.1. Considerações éticas	26
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	28
3.1. Scoping Review.....	28
3.2. O Cuidar do Enfermeiro Obstetra à Puérpera e Recém-nascido após a Alta Precoce.....	30
3.3. Análise do Desenvolvimento das Competências na Prestação de Cuidados.....	34
3.3.1 Cuidados especializados no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)	35
3.3.2 Cuidar a mulher inserida na família no período pré-natal a vivenciar situações de Risco Materno-Fetal	43
3.3.3 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o Trabalho de Parto (TP)	44
3.3.4 RN em cuidados especiais.	48
3.3.5 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	54
3.3.6 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	57
4. LIMITAÇÕES.....	62
Considerações finais	63
Referências Bibliograficas	65

ANEXOS

ANEXO I: Síntese de registros de Atividades Práticas

APÊNDICES

APÊNDICE I: Fundamentação científica do Projeto de Estágio com Relatório

APÊNDICE II: Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE III: Folha de consentimento informado

APÊNDICE IV: Artigo SR

APÊNDICE V: Tabela de descritores e termos de indexação

APÊNDICE VI: Tabela - Síntese dos resultados obtidos após a seleção dos estudos a incluir na SR

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Média de idades das Puérperas.....	30
GRÁFICO 2. Horas totais de internamento e economizadas	31
GRÁFICO 3. Comparativo entre horas padrão, média de horas efetivas e economizadas por tipo de parto no internamento.....	31
GRÁFICO 4. Intervalos Horas de Internamento por tipo de parto	32
GRÁFICO 5. Alimentação do RN.....	33
GRÁFICO 6. Estado das Mamas.....	33
GRÁFICO 7. Dormir.....	33
GRÁFICO 8. Autonomia da mãe nos cuidados ao RN.....	33

INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório de Estágio (RE) pretende demonstrar todo o percurso de aprendizagem desenvolvido durante a Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório (ER), integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), estando sujeito a apresentação e discussão pública para obtenção do grau de Mestre.

Os cuidados Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, (OE, 2019a).

Durante o meu percurso de aprendizagem pelos diferentes contextos da UC, abrangendo todas as vertentes da área de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) constantes no Regulamento nº391/ 2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019b), tive oportunidade de estagiar em locais como: o contexto de Internamento de Medicina Materno-Fetal; Cuidados de Saúde Primários; Internamento de Puérperas, Bloco de Partos; Internamento de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais e Ginecologia, que abrangeu a Consulta de Gravidez não Desejada (GND), o Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida (CIRMA) e a Unidade de Técnicas de Ginecologia (UTG).

Tenho a realçar que a passagem pelos contextos de aprendizagem foi marcada pela situação pandémica que vivemos desde março de 2020, tendo, por um lado condicionado as experiências vivenciadas, mas por outro potenciou a alta precoce das puérperas e seus RN, na instituição onde realizei o EC de Puerpério, o que favoreceu o desenvolvimento do meu trabalho de campo.

O conteúdo deste RE procura responder ao plano de estudo do CMESMO, sustentando-se nas orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente, no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica, no *International Confederation of Midwives* (ICM) e numa base conceptual orientadora da prática de enfermagem.

Como profissionais, a exercer funções no serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) e Bloco de Partos (BP) há mais de duas décadas, temo-nos

apercebido, principalmente no SUOG, de diversas situações recorrentes como dúvidas e problemas sentidos pelas puérperas nos primeiros dias pós-parto, devido à falta de apoio ou contacto com um profissional de saúde especializado após a alta hospitalar. Como mãe, também eu passei por essa experiência, senti dificuldades e falta de acompanhamento. Por esse motivo, sinto-me motivada a abordar este tema e a desenvolver um projeto, de acordo com as competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO, que venha a promover a qualidade dos cuidados de saúde prestados à puérpera e recém-nascido após a sua alta hospitalar, que se preconiza ser cada vez mais precoce.

A evidência científica revela que não há consenso na definição para o tempo de alta precoce, já para a necessidade de apoio especializado à mulher, seu bebé e no geral às famílias após a alta, são unânimes. Perante esta tendência em reduzir o tempo de internamento após os nascimentos, de modo a promover a satisfação da mulher e sua família, e em simultâneo a necessidade sentida de um cuidado especializado nos primeiros dias depois da alta hospitalar, impõe-se que o EEESMO exerça as competências previstas no regulamento da OE, (2019) no que visa o cuidar da mulher e recém-nascido no pós-parto. É nesse sentido que surge como escolha mais oportuna a teoria dos cuidados de Kristen Swanson, pois contempla a Enfermagem voltada para o cuidado e bem-estar dos clientes, com compromisso e responsabilidade pessoal, abrangendo conhecimentos empíricos, éticos e estéticos (Oliveira et al., 2018), beneficiando a relação de confiança, respeitando as crenças da mulher e sua família e em parceria, promove a autoconfiança na tomada de decisão, no autocuidado e cuidado ao RN (Swanson, 1993).

De acordo com a temática do RE e as competências específicas inerentes ao EEESMO, este deve assumir a responsabilidade pelo exercício das áreas de atividade de intervenção, e assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. Assim, traço como principais objetivos da minha aprendizagem:

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e período preconcecional; no período pré-natal; durante o trabalho de parto e parto; no período pós-natal; durante o climatério ou a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- 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 após

a alta precoce, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O International Confederation of Midwives (ICM) tem um papel de liderança no desenvolvimento da profissão da parteira e na regulamentação das competências essenciais para o exercício profissional. Defendendo que o EEESMO tem um papel preponderante na promoção da saúde da mulher, prevenção da doença e otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. A atividade das parteiras assenta em conceitos fundamentais, tais como: a parceria com as mães, bebés e famílias; o respeito pela dignidade humana e pelos contextos socioculturais; a promoção da saúde em que a gravidez se assume como um acontecimento fisiológico; e prevenção de doenças (ICM competencies Wyatt, 2019).

O termo Enfermeiro Obstetra e EEESMO são utilizados no presente RE com o mesmo significado, sendo que o primeiro é o termo reconhecido pelos descritores de ciências da saúde e o segundo mais utilizado nos documentos da OE.

O presente relatório será sustentado na prática baseada na evidência no desenvolvimento das competências acima descritas; num quadro conceptual orientador da prática de enfermagem, onde foi realizada uma Scoping Review (SR) com o objetivo de mapear e explorar a evidência científica disponível sobre a temática em estudo e num trabalho de campo com enfoque nas puérperas que tiveram alta precoce.

Estruturalmente, este RE encontra-se organizado em cinco partes. A primeira remete-nos para a introdução, seguindo-se o enquadramento teórico e conceptual. Na terceira parte encontram-se as opções metodológicas e processos de trabalho que antecedem a apresentação e discussão de resultados. Por último serão apresentadas as limitações encontradas e as considerações finais que refletem as implicações do estudo para a prática e para a investigação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Em consonância com a temática abordada neste RE irão ser descritos os conceitos como Puerpério, RN, Alta Precoce, e os cuidados necessários à Puérpera e RN após a alta hospitalar, à luz da teoria dos Cuidados de Kristen Swanson.

1.1 Puerpério

O período pós-parto ou também denominado puerpério tem uma duração de seis semanas com início no nascimento do bebê (Lowdermilk & Perry, 2008). As mudanças fisiológicas que ocorrem no puerpério são distintas, embora normais, à medida que os processos relacionados com a gravidez regredem (Lowdermilk & Perry, 2008). Nesta fase ocorre simultaneamente o efetivo exercício da maternidade, na qual a mulher experimenta profundas modificações. Assim, este evento pode ser concebido como um fenômeno de grandes alterações no âmbito tanto biológico, quanto psicológico e sociocultural. O puerpério é concomitantemente o momento de assistência e avaliação do recém-nascido (RN) abrangendo intervenções de enfermagem na promoção de saúde, na prevenção e no despiste de complicações (Torgal et al., 2019).

Segundo Graça, (2017) o puerpério pode ser dividido em três estádios, o puerpério imediato (nas primeiras 24 horas), puerpério precoce considerado até ao final da primeira semana (sendo este estágio o focado neste trabalho) e o puerpério tardio que se estende até ao final da sexta semana, após o parto.

Este é um período particularmente delicado e muito importante para a mãe e também para o bebê. Foi reconhecido como um momento de ajuste físico e psicológico altamente emocionante, mas ao mesmo tempo promotor de stress para a mulher a vivenciar o puerpério (Scrivens & Summers, 2001). No início a mãe pode ficar animada, mesmo aliviada por que tudo correu bem, mas assim que passam os primeiros momentos de euforia após o nascimento, muitas vezes surge a sensação de desconforto físico como resultado da fadiga do trabalho de parto ou trauma perineal do parto, assim como sentimentos de ansiedade por insegurança das suas capacidades e conhecimentos para cuidar do RN (Scrivens & Summers, 2001).

1.2 Recém-nascido (RN)

Segundo Leone et al. (2011), o RN de termo corresponde ao bebê que nasce entre as 37 e as 41 semanas e 6 dias de gestação, saudável que não apresenta malformações

aparentes, que tenha nascido com boa vitalidade e com Índice de Apgar (IA) superior a 7 ao 1º e 5º minutos de vida, e com uma boa adaptação ao ambiente extrauterino nas primeiras horas após o nascimento. Chama-se RN a um bebê entre os zero e os 28 dias de vida (Leitão, 2018).

O RN apresenta especificidades fisiológicas e anatômicas que o diferenciam das crianças de outras faixas etárias. O cuidado com a saúde do RN tem uma importância fundamental para a redução da morbidade e mortalidade infantil, assim como para a promoção de uma melhor qualidade de vida (Brasil. Ministério da Saúde., 2014).

Após o nascimento, a adaptação à vida extrauterina é um momento crítico em que o RN, necessita da atenção de profissionais qualificados, pois o bebê tem de se ajustar às alterações fisiológicas e comportamentais com início imediato ao parto (Sequeira et al., 2020). Segundo a WHO (2005), as intervenções que visam reduzir a mortalidade e morbidade neonatal, enquadram-se em programas do sistema de saúde, como os programas de saúde materna abrangendo a vigilância da gravidez, o parto, e cuidados neonatais primários.

No mesmo sentido, também Néné et al.(2016), defende que o período neonatal, é um momento de extrema importância na adaptação do RN ao meio extrauterino, havendo necessidade de cuidados de enfermagem especializados que previnam complicações, promovam a saúde e o bem-estar do bebê e sua mãe, refletindo os mais elevados níveis de qualidade assistencial (Cerejeira et al., 2022).

O comportamento dos RN é muito variável e depende de vários fatores, como idade gestacional, personalidade e sensibilidade do bebê, experiências intrauterinas e do parto, além de diversos fatores ambientais, incluindo o estado emocional das pessoas que cuidam dele. É importante informar a mãe, que cada bebê é único, respondendo de maneira diferente às diversas experiências. A evidência é unanime, em que uma ligação emocional próxima, é realmente importante na promoção do seu crescimento e desenvolvimento (American Academy of Pediatrics, 2021b, 2021a).

Faz parte do comportamento normal dos RN mamar com frequência, sem horários preestabelecidos. Muitas mães, em especial as primíparas, costumam interpretar esse comportamento como sinal de fome do bebê, leite fraco ou insuficiente, culminando, muitas vezes, com o abandono da amamentação. A maioria dos bebês acalmam-se quando são aconchegados ou colocados à mama, transmitindo-lhes a sensação de conforto, segurança e proteção (American Academy of Pediatrics, 2021b). O RN, na

primeira semana de vida, perde até 10% peso o que é considerado normal e até desejável (Leitão, 2018).

1.3 A alta precoce da puérpera e recém-nascido

Atualmente verifica-se a tendência, de que a permanência no hospital de uma puérpera e seu RN após o parto, ser cada vez menor.

A duração do internamento no pós-parto tem vindo a diminuir no nosso país, em todos os tipos de parto, existindo assim uma evolução para um cuidado mais humanizado indo ao encontro das expectativas das famílias sem prejudicar os cuidados de saúde. Sendo a alta, em média, de 48h a 72h para um parto vaginal, eutócico ou distócico, e de 72h a 96h para uma cesariana (Centro Hospitalar de Leiria, s.d.; CHLN, 2020; CHUSJ, 2021; SESARAM, s.d.; ULSAM, 2014).

Segundo (Bravo et al., 2011), em 1992 foi definido pela *American Academy of Pediatrics* e pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists*, a alta precoce da puérpera como sendo inferior a 48 horas após um parto vaginal e menos de 96 horas para quem tivesse sido submetida a uma cesariana. A razão para esta alteração prende-se com promover a satisfação das puérperas e a redução dos custos para o sistema de saúde. O que vem ao encontro do que se está a tentar implementar no nosso país.

Foi promulgada legislação para garantir que as mães e os seus bebés possam permanecer no hospital pelo menos 48 horas após um parto vaginal e 96 horas após uma cesariana, embora possam optar por ter alta mais cedo. Nestes casos, é necessário um ensino focado e eficiente de modo a permitir que os pais e o bebé façam uma transição segura do hospital para casa (Lowdermilk et al., 2014).

Para Kurth et al. (2016) a definição de alta precoce varia amplamente, e varia de 6 a 72h pós-parto. O impacto das políticas de alta precoce pós-natal tem sido estudado, predominantemente em países ocidentais de língua inglesa.

A alta precoce após um parto tem evoluído nos últimos 50 anos, o tempo da alta varia consoante a paridade e os relatos dos factos ocorridos no parto, assim como fatores psicossociais indicam se os pais estão envolvidos na decisão de quando devem ter alta (Nilsson et al., 2017).

Na Noruega, a alta precoce do hospital define-se como sendo de 6 a 24 horas após o nascimento, enquanto a alta normal é aproximadamente 48 horas após o parto, este período passado no hospital tem vindo a diminuir nas últimas duas décadas (Dahlberg et al., 2016). Na maioria das maternidades deste país, a alta precoce (inferior a 48 horas) é a norma. Para monitorizar a saúde do RN e da mãe durante a primeira semana após

o parto, a maioria das maternidades oferece consultas precoces, onde as famílias retornam ao hospital (atendimento padrão). No entanto, alguns municípios oferecem visitas domiciliares por parteiras (cuidados domiciliares) para garantir serviços integrados para a família (Verpe et al., 2019)

De acordo com Jones et al. (2021) houve uma variação considerável em como a alta precoce foi definida, variando de seis horas a quatro a cinco dias. No entanto, a alta precoce foi acompanhada por algum nível de enfermagem ou apoio de obstetrícia.

O período após a alta hospitalar para uma nova família e principalmente para a nova mãe é crítico, necessitando de apoio e orientação de modo a ajudar a ultrapassar esta etapa tão delicada das suas vidas. Segundo Torgal et al. (2019) o nascimento de um filho representa um acontecimento especial na vida familiar e principalmente da mulher, pois está repleto de emoções, de transformações físicas e psicológicas. Por esse motivo a nova mãe vivencia momentos de alegria e felicidade, mas também pode sentir medo, ansiedade, provocando insegurança e momentos de conflito de emoções.

A sociedade tem vindo a sofrer alterações, com o envelhecimento da população, a diminuição de nascimentos assim como o adiamento da maternidade. A diversidade cultural e a globalização, têm trazido alterações nas estruturas e formas de família (Wright & Maureen, 2011), assim como o aumento das famílias monoparentais ou em que ambos os pais trabalham, aumentando a pressão no cuidar e na capacidade de criar os filhos, não existindo recursos de apoio suficientes na comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011). Atualmente, na estrutura familiar, embora já se verifique que há maior participação, divisão e colaboração, dos homens, nas tarefas domésticas, ainda está muito presente que a responsabilidade do trabalho doméstico e o cuidar dos filhos é da mulher, tendo esta um acréscimo de tarefas depois de ser mãe (Stanhope & Lancaster, 2011).

O apoio familiar apresenta-se como benéfico e a estratégia no auxílio da puérpera em superar as adversidades do cuidado ao recém-nascido, favorecendo o desenvolvimento da sua própria competência e a possibilidade de amadurecimento. Aliado a isso, existe a preocupação de como conciliar a vida profissional e a maternidade, principalmente enquanto o seu filho depender exclusivamente dos seus cuidados, deixando um sentimento de angústia e receio às mães (Strapasson & Nedel, 2010)

Segundo a WHO (2013), todas as mulheres deveriam permanecer internadas pelo menos 24h após o parto, de modo a assegurar que as mães e os seus recém-nascidos tenham um atendimento adequado e uma identificação precoce de complicações que surgem com mais frequência no puerpério imediato.

As recomendações da WHO (2013) no período pós-natal são, que deverão ser feitos pelo menos três contatos adicionais a todas as mães e recém-nascidos, no dia 3 (48-72 horas), entre os dias 7-14 após o nascimento e seis semanas após o nascimento e visitas domiciliárias na primeira semana após o nascimento são recomendadas para cuidar da mãe e recém-nascido. No artigo de (Scrivens & Summers, 2001) são explorados fatores que cercam a tendência de alta precoce da mãe e do RN, assim como destaca a necessidade de uma infraestrutura comunitária de obstetrícia pós-parto para apoiar as mulheres que recebem alta do hospital.

A tendência internacional da redução nos tempos de internamento hospitalar baseia-se nos esforços para reduzir os custos dos cuidados de saúde, juntamente com as exigências para haver menos intervenções medicamentosas e experiências mais centradas na família. A alta precoce para mães e recém-nascidos saudáveis viabiliza uma abordagem mais humanizada ao nascimento, permite um maior envolvimento dos pais, diminui a rivalidade entre irmãos, melhora o descanso da mãe, minimiza o risco de infeções nosocomiais e também promove o aumento da confiança materna no cuidado ao seu bebé (Benahmed et al., 2017).

A legislação portuguesa, na Secção II, artigo 18 do DRE no N° 2 na pag. 9 (Diário da República, 2014), prevê que após a alta hospitalar e durante a primeira semana de puerpério, a instituição de saúde onde ocorreu o parto, garanta um contacto com disponibilidade permanente, designadamente telefónico, de modo que a puérpera/casal ou outra pessoa de referência a possam utilizar para esclarecimento de dúvidas sobre: cuidados ao RN, amamentação, condição física ou psicológica da puérpera.

No entanto verifica-se dificuldade na implementação da legislação, uma vez que em Portugal, muitas das maternidades não disponibilizam o serviço acima mencionado. No hospital onde exerço funções, as puérperas recorrem com frequência ao SUOG por situações que denunciam falta de apoio especializado após a alta hospitalar. Nos Cuidados de Saúde Primários não são todas as Unidades de Saúde que fazem a visita à puérpera, os que a fazem é em contexto da realização do Diagnóstico Precoce (teste de Guthrie) entre o quarto ao sexto dia de vida do RN, não sendo a maioria das

puérperas abrangidas por essa visita, situação que se agravou com a pandemia por Sars-Cov2.

Na área de influência do contexto de estágio, parece existir uma deficiente articulação entre o meio hospitalar e os Cuidados de Saúde Primários de modo a apoiar as puérperas e suas famílias nas suas dúvidas e na adaptação a esta nova função de pais.

1.4. Cuidar a Puérpera e RN após a alta hospitalar

O internamento no pós-parto tem dois objetivos principais, o primeiro é identificar complicações na mãe e no RN e o segundo é providenciar o apoio necessário à mãe no regresso a casa (Bravo et al., 2011), que poderá ser complementado com um suporte, apoio especializado nos primeiros dias após a alta hospitalar. Voltar para casa do hospital com um filho recém-nascido é um desafio que resulta em necessidades significativas de apoio e acompanhamento da saúde materno-infantil.

Segundo um estudo de (Gözüm & Kiliç, 2005), não é possível prever qual será a mãe que terá riscos, como infeção ou mastite. Portanto, as mulheres que recebem alta hospitalar nas primeiras 24 horas após o parto devem ser educadas sobre os problemas que podem surgir durante o período pós-parto. Elas também devem receber cuidados profissionais e ajuda em sua casa por EEESMO que trabalham em unidades de saúde primárias. Uma vez que a, base filosófica da obstetrícia, é de cuidados centrados na família, os EEESMO são os profissionais melhor posicionados para serem fortes defensores de que os cuidados pós-parto são atendidos. Com um planeamento cuidadoso e tomada de decisão durante a gravidez, a alta precoce pode-se tornar uma alternativa e uma experiência satisfatória para as famílias, fornecendo um meio para diminuir o custo sempre crescente dos cuidados de saúde (Scrivens & Summers, 2001).

Indo ao encontro da problemática em estudo, Scrivens & Summers,(2001) defende que para uma alta precoce o resultado desejado é para o cuidado independente e eficaz da puérpera e do recém-nascido. O acompanhamento de cuidados profissionais após o nascimento representa um importante mecanismo de suporte e uma contribuição significativa para a saúde e o bem-estar a longo prazo, para a mãe e o bebé. Assim, os cuidados no período pós-natal pelas parteiras representam uma componente essencial da promoção da saúde (Aune et al., 2018).

Segundo Lima, M. et al. (2017), durante a fase de recuperação após o parto, a puérpera apresenta momentos de dependência de cuidados de enfermagem tanto para

ela como para o RN. Os mesmos autores, referem que esses momentos são decisivos para que o enfermeiro possa estabelecer uma relação de confiança, razão pela qual os cuidados de enfermagem qualificados deverão ser direcionados para prevenção de complicações, riscos, conforto físico e emocional, assim como para ações educativas que promovam a capacitação e desenvolvimento do autocuidado (Lima, M. et al., 2017).

A assistência de enfermagem neste período, que é considerado como de risco devido às alterações fisiológicas e psicológicas, torna-se imprescindível, tendo maior significado no acolhimento e a partir de ações educativas valorizando a empatia pela mulher como ser único, influenciando as suas expectativas emocionais em relação à maternidade (Lima et al., 2017).

Segundo Strapasson & Nedel (2010), a transição para o papel materno fica explícito quando as mães conseguem verbalizar as suas dificuldades no puerpério imediato, relativas: o cuidado ao RN (banho, coto umbilical, amamentação, choro), os aspetos relacionados com o tipo de parto e a sua fragilidade física, a necessidade de orientação, apoio e descanso da mãe.

O EEESMO possui conhecimentos, as competências e o trabalho de proximidade com a mulher/casal assumindo, deste modo, um papel fundamental para o acompanhamento junto do casal nesta fase especial do ciclo vital. É também, pela posição privilegiada em que se encontra, o profissional de saúde capacitado para providenciar apoio, informação e mobilização dos recursos necessários no acompanhamento da parentalidade, assim como procede à identificação das necessidades de acordo com as expectativas dos pais potenciando respostas congruentes de modo a promover a saúde, bem-estar e satisfação familiar (Torgal et al., 2019)

De acordo com Aune et al. (2018), na Noruega a visita domiciliária pós-natal de uma parteira atende a muitas finalidades, incluindo exames de saúde à mãe e ao bebé, conselhos sobre amamentação e parentalidade, assim como a identificação de qualquer suporte adicional devido a condições sociais ou saúde mental da mãe. A alta da mãe e do bebé nas primeiras 24 horas após o nascimento criou uma necessidade crescente de acompanhamento domiciliário (Lowdermilk et al., 2014), considerada uma área de intervenção nos cuidados à puérpera/RN/família fundamental (Pascoal, 2016). Mesmo em países com mais recursos, os acessos aos cuidados domiciliários de acompanhamento não são garantidos devido à falta de coordenação entre serviços. Para atender às suas necessidades, os novos pais desejam serviços de atendimento

integrado, uma linha de apoio 24 horas, visitas domiciliárias por profissionais de saúde qualificados e a possibilidade de apoio doméstico (Kurth et al., 2016).

1.5. Teoria do Cuidar de Kristen Swanson

A teoria dos cuidados de Kristen Swanson foi desenvolvida em 1988 na sequência da sua experiência de atuação com grupos de perda gestacional e neonatal, tendo emergido cinco processos básicos que dão significado ao cuidado, como: o conhecer; o estar com; fazer por; possibilitar e manter as crenças (Oliveira et al., 2018). Durante este percurso do Estágio com Relatório tentei ter sempre presente e desenvolver todas essas vertentes, em todos os contextos da UC, e pautei o desenvolvimento da minha prática no conhecer as parturientes, respeitando as suas crenças e valores familiares, estabelecendo relações de confiança, mostrando disponibilidade para em parceria lhes transmitir conhecimentos e confiança para melhor atravessar os períodos de transição que são: a gravidez, o trabalho de parto (TP), o parto e o puerpério.

Kristen Swanson, na teoria dos cuidados, fundamenta-se na capacidade de prestar cuidados, com o pressuposto de que o cuidado é um fenómeno de enfermagem. Sendo que os cuidados de enfermagem resultam de deduções lógicas com uma explicação científica, assim como da inter-relação entre o enfermeiro e o paciente que frequentemente não são visíveis, mas sim sentidos pelos pacientes alvos desses cuidados, havendo uma responsabilidade ética e moral do profissional (Oliveira et al., 2018).

Esta teoria defende que pode dar apoio a pessoas ou famílias vulneráveis, a atravessar períodos de transição difíceis e que a atitude dos enfermeiros tem um grande significado. Se as pessoas forem conduzidas numa discussão através da sua experiência e sentimentos, se forem compreendidas, bem informadas, lhes for facultado apoio, validando e mostrando-lhes crença, ficarão mais bem preparados para enfrentar as dificuldades das suas vidas (Andershed & Olsson, 2009)

A teoria dos cuidados na assistência obstétrica, segundo Oliveira et al. (2018) foca o conhecimento sobre o ser cuidado como estratégia de aproximação e de classificação de prioridades. Assim o enfermeiro ao conhecer a parturiente, englobando o contexto onde está inserida, as suas crenças, os apoios que tem à disposição, as suas atitudes e expectativas, está em vantagem para criar um vínculo, estabelecendo as prioridades e ir ao encontro das necessidades da grávida e sua família. A teórica

defende o cuidado de enfermagem como uma forma educativa de se relacionar com compromisso e responsabilidade social.

Para Swanson (1993), o possibilitar, é um dos focos importantes da sua teoria para a temática deste RE, principalmente possibilitar o autocuidado. O modo como os enfermeiros podem dar relevo a este processo inclui uma relação de conhecimento e confiança, em que o foco é exclusivamente o interesse da pessoa. Assim todas as ações de educação para a saúde como: informar, explicar, treinar e apoiar, têm como objetivo principal que a pessoa se foque no que é importante e gere as suas próprias alternativas. Os enfermeiros devem guiar o indivíduo, ajudando e esclarecendo todas as suas questões, dar o feedback, validando a sua evolução e assegurando o seu bem-estar (Swanson, 1993).

Kristen Swanson na sua teoria propõe para o modelo cinco processos básicos em que o “Conhecer” aplica-se à colheita de dados e ao diagnóstico de enfermagem de modo a fazer o levantamento da história de enfermagem dando grande relevo às crenças e expectativas da utente e sua família, de modo que a aproximação entre o enfermeiro e a família seja efetiva criando uma relação empática e conhecendo as suas necessidades, para melhor definir as prioridades; o “Estar com” está diretamente relacionado com planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem com a característica de demonstrar disponibilidade física e emocional do enfermeiro para com as necessidades da paciente e família; “Fazer por” e “Possibilitar” implica uma relação terapêutica, realizar ações terapêuticas pela paciente que esta faria se lhe fosse possível a partir do conhecimento do seu contexto social e familiar, podendo-se assim realizar um plano de cuidados focado nas necessidades, desejos e expectativas da paciente e sua família com a finalidade do seu bem estar e máxima autonomia. O “Manter as Crenças” está presente em todo o processo quando o Enfermeiro mostra respeito pelos valores, cultura e desejos da paciente e sua família, incluindo-os no plano de cuidados (Oliveira et al., 2018; Swanson, 1991).

2. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO

Para a fundamentação deste Relatório onde consta o conteúdo do meu percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados e de mestre, no meu projeto de estágio propus-me a:

- a) **Realizar uma *Scoping Review* (SR)** segundo as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI), com o intuito de mapear a evidência científica disponível na literatura sobre o tema o cuidado do EEESMO após a alta precoce da puérpera e seu RN;

De acordo com o RCCEE da OE (2019a) o Enfermeiro Especialista baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica, identificando lacunas no conhecimento e atuando como dinamizador na incorporação de conhecimento válido no contexto da prática de cuidados. Para que os gestores e os responsáveis pela tomada de decisões nas instituições de saúde em Portugal, possam introduzir a alta hospitalar inferior ao preconizado neste momento, necessitam de informações baseadas na evidência científica sobre o efeito de tais políticas, nos ganhos para a saúde materna e neonatal, para o bem-estar da família e para a redução dos custos com o encurtamento da estadia hospitalar, nas situações de pós-parto de baixo risco.

A definição da alta precoce não é uniforme nem unanime, mas, considerada de forma transversal como benéfica para a tríade. Pretendemos com a *SR* explorar na evidência científica os aspetos inerentes ao cuidar do EEESMO à puérpera e recém-nascido, nas primeiras 24 horas de vida, após a alta hospitalar precoce. Realizámos uma *SR* seguindo a metodologia defendida pelo JBI (2020), no período de outubro de 2020 e repetida em novembro de 2021, com a questão de investigação: “O que é que a evidência revela sobre o cuidar do EEESMO à puérpera e recém-nascido após a alta precoce?”. Como critérios de inclusão foram definidos todo o tipo de estudos com enfoque na alta precoce, as puérperas que tiveram partos de baixo risco, após um período de internamento hospitalar inferior a 48 horas. Foram incluídos na pesquisa, todos os tipos de estudos, entre o ano de 2000 a 2021, em português, inglês, francês e espanhol, com texto integral disponível. Recorremos à plataforma EBSCO e às bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete e Cochrane Database of Systematic Reviews.

- b) **Realizar um Trabalho de campo** - “O cuidar do Enfermeiro Obstetra à puérpera e recém-nascido após a alta precoce”;

Perante esta tendência em reduzir o tempo de internamento após os nascimentos, de modo a promover a satisfação da mulher e sua família, e em simultâneo a necessidade sentida de um cuidado especializado nos primeiros dias depois da alta hospitalar, impõe-se que o EEESMO exerça as competências previstas no regulamento da OE (2019) no que visa o cuidar da mulher e recém-nascido no pós-parto. O presente Projeto foi conceptualizado para ser desenvolvido no serviço de Internamento de Puérperas, acompanhando as parturientes com gravidez e partos de baixo risco com probabilidade para alta precoce e o desenvolvimento do seu acompanhamento por um EEESMO após a alta.

Quando iniciei o estágio em contexto de Puerpério, coincidiu com o início da implementação de um novo projeto, pela EEESMO que me orientou, em que surgiu a necessidade de construir um guia informativo para promover o autocuidado da puérpera e o cuidado ao RN, a ser fornecido via digital, no qual participei. Este projeto hospitalar, teve o seu início de implementação num dos períodos mais complicados da pandemia (o mais grave que vivemos desde o seu início), o que impulsionou a implementação da alta precoce devido à reestruturação sofrida no serviço, que teve como consequência a redução de vagas de internamento por um lado, por outro atender à satisfação das parturientes/famílias, que por se encontrarem privadas das visitas e acompanhamento que se praticava anteriormente à pandemia, ansiavam por regressar aos seus lares o mais rapidamente possível.

Na instituição onde foi aplicado o instrumento de colheita de dados para realização do estudo, o tempo normal de internamento dos partos por cesariana (CST) é de 72 a 96 horas, de um parto por fórceps a alta ocorre às 72 horas e nos partos por ventosa e partos eutócicos (PE) sem complicações as altas são normalmente às 48 horas após o parto.

Para a justificação do projeto foi elaborado o documento e apresentado, ao Diretor e Chefe de Serviço e posteriormente enviado à comissão de Ética e Conselho de Administração, que pode ser consultado no Apêndice 1. Os objetivos do projeto visam:

- Analisar as dificuldades da puérpera e recém-nascido após a alta precoce, com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto;
- Colaborar na elaboração da proposta: uma linha de apoio com videochamada à puérpera, disponível 24h, de modo que a mulher ou os conviventes significativos possam aceder para esclarecimento de dúvidas;

- Avaliar/analisar as intervenções de enfermagem de apoio à puérpera após a alta;

Para esse fim foi construído um instrumento de colheita de dados (Apêndice 2) a ser aplicado à amostra de puérperas cujos partos foram de baixo risco, tiveram alta precoce e que aceitaram participar neste projeto.

Integrando os resultados da evidência científica, é pretendido de forma retrospectiva, analisar os resultados dos indicadores pertinentes para um regresso a casa da puérpera e do seu RN com qualidade e segurança, analisando os dados clínico das utentes, utilizando o instrumento de colheita de dados e complementando com a plataforma *SClinico®*, garantindo o anonimato no tratamento dos dados.

Os dados que pretendemos analisar estão diretamente relacionados com o nosso projeto individual que promove a alta precoce da puérpera de baixo risco que deverá acontecer num período de internamento igual ou superior a 24h pós-parto, com vigilância e acompanhamento de um EEESMO. Foram analisados: o número de puérperas que teve alta precoce, partos vaginais com internamento inferior a 48h e cesarianas inferior a 96h até 30/11/2021; o número de chamadas não atendidas; as dificuldades no regresso a casa: na amamentação, no repouso, no autocuidado e no cuidado ao recém-nascido; o nível de satisfação com a alta precoce.

As participantes tomaram conhecimento do estudo durante o Internamento de Puérperas, após concordarem em participar, assinaram a declaração de consentimento informado no momento da alta precoce, onde é esclarecido que seriam contactadas pelo enfermeiro 24 horas após a alta hospitalar (Apêndice 3),

- c) Desenvolver **competências clínicas e de mestre** através da prestação de cuidados baseados na evidência científica, e numa prática de enfermagem avançada;

Baseei a nossa prática de cuidados, nos EC, de acordo com o preconizado pelo RCEEEESMO (2019), e tendo presente que o Enfermeiro Especialista deverá demonstrar uma prática que respeita os direitos humanos, analisando e interpretando as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Segundo a OE (2022) no documento sobre os padrões de qualidade do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia no ponto que preconiza a satisfação do cliente, o enfermeiro especialista é responsável por capacitar a tomada de decisão e a ação, para o estabelecimento de parcerias com o utente/cliente no planeamento do

processo de cuidados e pelo estabelecimento de uma relação terapêutica (Cerejeira et al., 2022).

Um enfermeiro de prática avançada tem a consciência de que as suas intervenções vão promover ganhos em saúde e que estas têm impacto direto no aumento da qualidade de vida (Meleis, 2010).

Segundo o previsto no documento do Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (2018), para obter o grau de mestre é necessário que se desenvolvam atividades de formação e de investigação baseada na prática e orientadas para o desenvolvimento profissional, de nível e qualidade reconhecidos.

Neste sentido e tendo por base uma prática de enfermagem avançada e baseada na evidência científica, privilegiei a reflexão das competências desenvolvidas para responder aos objetivos previamente traçados:

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e período preconcepcional; no período pré-natal; durante o trabalho de parto e parto; no período pós-natal; durante o climatério ou a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- 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 após a alta precoce, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

2.1. Considerações éticas

Compete ao enfermeiro detentor desse título, exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Todos os enfermeiros na sua prática clínica se devem reger por padrões de qualidade de acordo com as suas competências, incluindo as de domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. O Enfermeiro Especialista deverá desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, assim

como garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

A Enfermagem enquanto profissão é regulada por princípios éticos, descritos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e pelo Regulamento de Exercício Profissional (REPE), alicerçados nos princípios dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Todas as questões éticas intrínsecas ao presente RE tiveram em conta salvaguardar os princípios éticos, de beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013).

Todos os dados apresentados neste projeto são anónimos, sem referência aos dados pessoais que possam identificar as utentes e comprometer o seu anonimato. Os dados recolhidos no âmbito deste estudo são propriedade hospitalar e os indicadores a analisar não irão contemplar dados identificativos das utentes/famílias, como os seus nomes e/ou números de processo, assim como dos profissionais da instituição e serão destruídos após a colheita de informação garantindo os princípios éticos do anonimato e confidencialidade.

Para a realização deste projeto foi pedido à comissão de ética do hospital onde realizei o EC em contexto de Puerpério, autorização para a realização do questionário via telefónica 24h após a alta. Todas as parturientes incluídas neste estudo tiveram conhecimento do mesmo e assinaram a declaração de consentimento livre e informado, onde está explícito que em qualquer momento poderiam abandonar o estudo sem qualquer prejuízo, e o estudo não implica risco ou acarreta qualquer custo e incómodo para o participante.

Durante todo o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências, na prestação de cuidados, esteve sempre presente como é exigido ao EEESMO demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, de modo a tomar decisões éticas e deontológicas, submetendo-me a uma avaliação sistemática das melhores práticas tendo como objetivo as preferências da cliente/família (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). No decorrer dos contextos de aprendizagem foi desenvolvida e estabelecida a relação terapêutica, na base do conhecimento e confiança com as parturientes, respeitando a sua individualidade e privacidade. Foi dada à cliente a oportunidade de tomar decisões informadas de acordo com as necessidades individuais e específicas, tendo por base a mais recente evidência científica, promovendo o respeito e a gestão das expectativas individuais, face aos cuidados prestados, na ótica de atingir a satisfação de cada parturiente/família (Cerejeira et al., 2022).

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este capítulo foi destinado à apresentação dos resultados do presente relatório e à sua discussão. Iniciaremos com a apresentação dos resultados da SR, seguindo-se o trabalho de campo e investigação realizada e no final a análise do desenvolvimento das competências do EEESMO nos diferentes contextos de aprendizagem.

3.1. Scoping Review

Da pesquisa realizada emergiram doze estudos, onze são em inglês e um em espanhol. Não foram encontrados estudos em português. Divididos da seguinte forma: Da base de dados CINHALL Complete foram identificados 17 artigos, contudo, somente 4 respondiam aos critérios de inclusão e exclusão da SR. Relativamente à Medline Complete foram identificados 26 artigos, mas após aplicados os critérios de inclusão e exclusão 9 foram selecionados. Destes 13 artigos verificou-se que 2 se encontravam duplicados. Na Cochrane Database of Systematic Reviews imergiram 42 revisões sistemáticas, mas apenas uma correspondia ao tema e aos critérios previamente definidos.

Foram selecionados apenas artigos publicados em que estava disponível o texto integral e a pesquisa foi limitada a partir do ano 2000 devido à evolução que o conceito de alta precoce tem sofrido nos últimos anos a nível mundial, tendo como objetivo o cuidado individualizado, o respeito pelas escolhas familiares e os custos para os Sistemas de Saúde.

Dos doze estudos encontrados dois são revisões sistemáticas da literatura (RSL), um *focus group study*, um estudo randomizado e os restantes são estudos exploratórios.

Dos achados encontrados percebemos que não há unanimidade quanto à definição de alta precoce, são muitos os intervalos horários considerados pelos estudos analisados, alguns deles aproximando-se do tempo de alta praticado no nosso país. A definição de 'alta precoce' variou consideravelmente entre os ensaios, o que tornou a interpretação dos resultados um desafio (Jones et al., 2021).

Segundo o estudo efetuado por Kurth et al. (2016), os pais referem necessitar de apoio especializado após a alta e dão relevância a uma linha telefónica, disponível 24 horas por dia, para esclarecimento de dúvidas. Já Stevens et al. (2006) referem que em termos económicos, não existem diferenças significativas entre prolongar os cuidados no hospital ou ter uma assistência domiciliária especializada. E Boulvain et al. (2004)

salientam ainda, que tendo esses recursos disponíveis, deve-se respeitar a escolha das mães e suas famílias, promovendo a sua satisfação nos cuidados de saúde.

Jones et al. (2021) e James et al. (2017), referem que quando a alta das mães e seus bebês ocorre mais cedo, tem vantagens potenciais, incluindo um ambiente familiar e melhor sono, menos exposição a horários artificiais impostos no ambiente hospitalar e diminuição da exposição aos riscos de infeção.

A alta precoce é uma alternativa viável desde que exista visita domiciliária feita por uma parteira de modo que haja uma continuidade dos cuidados de saúde prestados durante o internamento (Aune et al., 2018; Crespo et al., 2015; Kurth et al., 2016; Lindberg et al., 2009; Verpe et al., 2019). Assim o acompanhamento de cuidados profissionais após o nascimento representa um importante mecanismo de suporte e uma contribuição significativa para a saúde e o bem-estar a longo prazo, para a mãe e o bebé. Os cuidados no período pós-natal pelas parteiras representam um componente essencial da promoção da saúde. (Aune et al., 2018).

Num estudo realizado na Suíça de Petrou et al.(2004), uma política de alta pós-natal precoce combinada com apoio especializado domiciliar reduz significativamente os custos sobre o cuidado pós-natal tradicional, sem comprometer a saúde e o bem-estar da mãe e do bebé.

Assim, concluímos que todos os autores consultados, são unânimes em afirmar que o pós-parto é um período crítico para a mulher, e com necessidade de um suporte de cuidados especializados, em concreto de um EEESMO, após a alta hospitalar. Situação que se reveste de maior relevância se a díade teve uma alta hospitalar precoce, embora não exista uma definição consensual de alta precoce.

É consensual que um apoio especializado às famílias após a alta hospitalar da puérpera, deverá ser integrado no Sistema Nacional de Saúde. Os estudos analisados foram realizados em alguns países europeus e Austrália, no entanto não foi encontrado nenhum estudo realizado em Portugal.

Estes cuidados poderão ser através da visita domiciliar, linha telefónica ou vídeo chamada disponível 24 horas por dia ou uma consulta nos primeiros dias após a alta hospitalar. Os artigos que abordam as questões monetárias referem não haver diferenças significativas, entre um apoio hospitalar ou um apoio especializado no domicílio.

Todos os passos referentes à realização da SR respeitaram os princípios norteadores emanados pelo (JBI, 2020), e encontram-se sob a forma de artigo no Apêndice 4. A tabela com os termos de pesquisa encontra-se no Apêndice 5 e a Tabela com os artigos e seus resumos pode ser consultada no Apêndice 6.

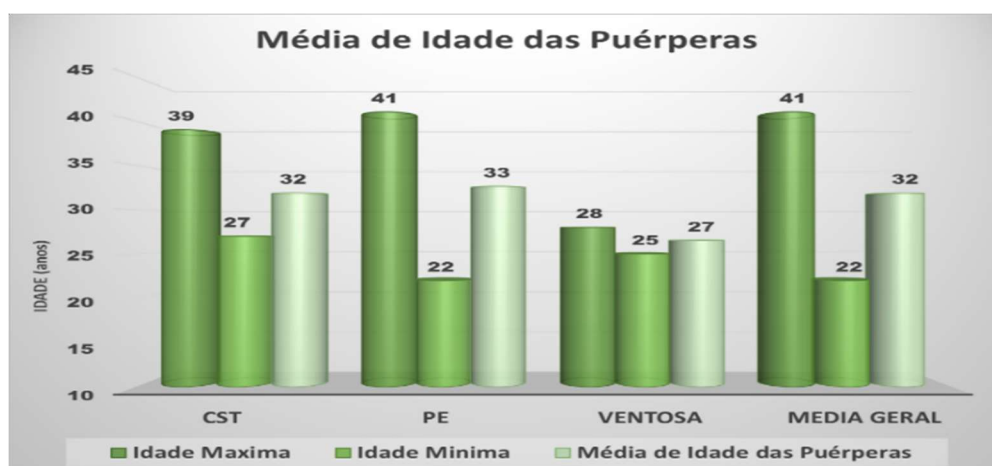
3.2. O Cuidar do Enfermeiro Obstetra à Puérpera e Recém-nascido após a Alta Precoce

Com o objetivo de desenvolver uma PBE, tivemos como principais metas numa primeira fase: o aprofundamento de conhecimentos acerca da temática em estudo com base na pesquisa da evidência científica sustentada na realização de uma SR e a elaboração de um projeto inserido na UC que serviu para delinear os objetivos do nosso percurso formativo. Numa segunda instância, a recolha dos dados e sua análise incidiram já em contexto de prática clínica.

Atendendo a McEvoy & Duffy, (2008) a Enfermagem abarca a prática fundamentada na evidência científica, de modo a criar a possibilidade de novas abordagens para a prática, nesse sentido o conhecimento é essencial. O conhecimento não deve ser apenas empírico, mas também aplicado à prática de cuidados.

A amostra de puérperas que participou no projeto de 1 de julho a 30 de novembro de 2021 foi de 26, sendo que 10 tiveram parto distócico por cesariana e 16 tiveram partos por via vaginal, 2 por ventosa e os restantes foram eutócicos.

Gráfico 1 – Média de idades das Puérperas



Na caracterização sociodemográfica da amostra no universo das 26 participantes, estas têm idades entre os 22 e os 41 anos, com uma média de idades nas utentes submetidas a cesariana de 32 anos, nos PE de 33 anos e nos partos por ventosa é de 27 anos, assim temos uma média geral de 32 anos (gráfico 1).

Quanto a habilitações literárias: 38% da amostra possui o 3º ciclo; 12% o secundário; 4% um curso técnico; 35% licenciatura; 4% doutoramento e 7% não responderam. Destas, 62% não frequentaram cursos ou aulas de preparação para a parentalidade e não tinham impresso plano de parto. 23% da amostra tinham plano de parto e 23% frequentaram cursos ou aulas de preparação para a parentalidade. 15% não responderam.

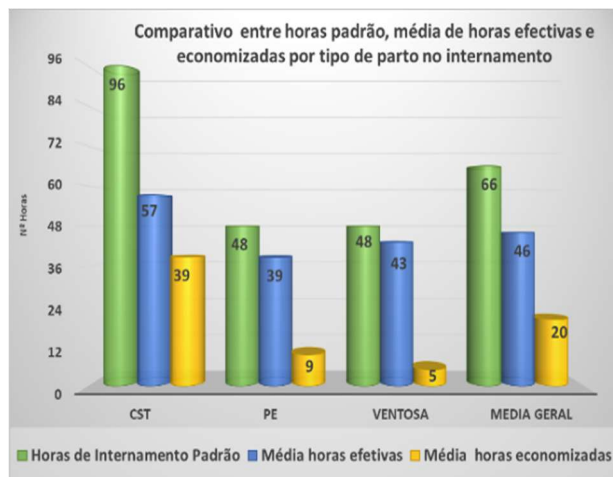
Este estudo engloba primíparas e múltiparas, tiveram AP sendo que: 12 primíparas e seus RN (6 de Parto por cesariana, 5 de PE e 1 de parto por ventosa); as múltiparas foram 11: tiveram o seu segundo filho (4 de Parto por cesariana, 6 de PE e 1 de parto por ventosa); o terceiro filho tiveram AP 2 puérperas que tiveram ambas PE e apenas uma puérpera teve o seu quarto filho por PE teve AP. Segundo Aune et al. (2018), as puérperas múltiparas terão uma maior motivação para ter alta mais cedo por terem um ou mais filhos à sua espera em casa. O que se verifica nesta amostra, pois foram em maior número.

Em relação ao número total de horas efetivas de internamento, que as puérperas da amostra permaneceram no hospital, foi de 1201 horas enquanto se tivessem permanecido o tempo preconizado como padrão, teriam permanecido 1728 horas, tendo havido uma diferença de 527 horas, como se pode constatar no gráfico 2. Especificamente em relação a cada tipo de parto, nas cesarianas houve uma diferença de 387 horas no total, com média de 39 horas. Nos PE a diferença foi de 132 horas totais sendo a média de 9 horas, já nos partos por ventosa a diferença é menor de apenas 10 horas e a média de 5 horas. A média global do número de horas a menos nos internamentos desta amostra foi de 20 horas (gráfico 3).

Gráfico 2 – Horas totais de internamento e economizadas

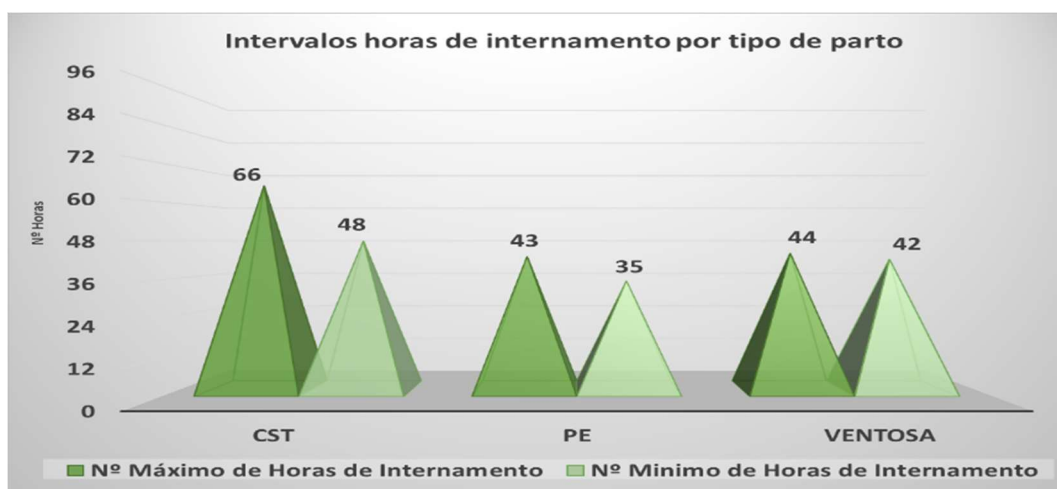


Gráfico 3 - Comparativo entre horas padrão, média de horas efetivas e economizadas por tipo de parto no Internamento



Como pode ser consultado nos gráficos 3 e 4, nos partos por CST foi mais significativa a diferença entre o tempo de alta padrão e de alta dada a este grupo de puérperas, tendo tido uma permanência mínima no hospital de 48 horas e máxima de 66 horas, sendo a média de 57 horas; nos PE o internamento mínimo foi de 35 horas e o máximo de 42 horas com uma média de 39 horas; para os partos por ventosa tendo tido um tempo mínimo de internamento de 42 horas e máximo de 44 horas a média foi de 43 horas. O tempo mínimo de internamento foi de 35 horas e o máximo foi de 66 horas (gráfico 4), dando uma média de internamento total de 46 horas (gráfico 3).

Gráfico 4 –Intervalos Horas de Internamento por tipo de parto



Como podemos constatar as altas não foram dadas com o mesmo número de horas respeitando o tipo de parto, tendo havido o cuidado de adaptar de acordo com as necessidades e preferências de cada família, indo ao encontro do que a evidência nos revela de que se a puérpera e a sua família têm uma preferência e/ou um plano, este deve ser respeitado (Aune et al., 2021; James et al., 2017a; Jones et al., 2021; Lowdermilk et al., 2014; World Health Organization, 2013).

Em relação aos resultados obtidos na colheita de dados através da chamada telefónica realizada 24 horas após a alta, 19,23% da amostra não atendeu o telefone.

Após contacto telefónico, verificámos que 81% das puérperas amamentava em exclusivo, 14% fazia alimentação mista e 5% fazia leite adaptado (gráfico 5). Assim, 71% referiram apresentar mamas moles, 24% já não estavam moles, mas cheias e dessas, 14% apresentavam-se ingurgitadas e 5% referiram apresentar sinais inflamatórios. Destas, 67% conseguiam extrair leite sem dificuldade e 5% da amostra não conseguia extrair leite. 62% referiu apresentar mamilos íntegros enquanto 14% referiram problemas como fissuras e mamilos macerados, 24% não responderam (gráfico 6).

Gráfico 5 – Alimentação do RN

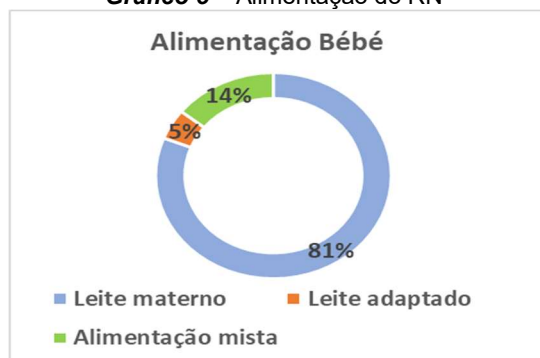
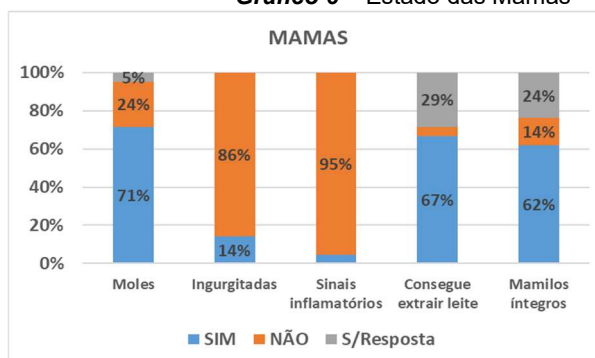


Gráfico 6 – Estado das Mamas



Todas as puérperas referiram lóquios escassos e sem odor fora do normal. Em relação ao desconforto provocado por algias abdominais relacionadas com a ferida operatória decorrente da CST ou involução uterina, foi referida por 48% das mulheres o que vai ao encontro do estudo de Kurth et al. (2016) ao referir que o desconforto provocado pela ferida operatória após uma CST ou no períneo após traumatismo provocado por um parto vaginal, pode condicionar o modo como a mãe consegue pegar no bebê ou mesmo amamenta-lo. Enquanto, apenas 10% da amostra menciona dor no períneo corroborando os autores como Benahmed et al. (2017); Boulvain et al. (2004); Verpe et al. (2019) que defendem que as puérperas não consideram ser um desconforto significativo.

Em relação à adaptação à nova vida e novas rotinas, 52% referiu possuir estratégias e conseguir dormir, 19% disse ter dificuldade em dormir e 29% não respondeu (gráfico 7). Autores como Gözüml & Kiliç (2005) e Kurth et al. (2016) referem a falta de descanso das mães como um possível problema relatado pela puérpera.

Quanto à autonomia dos cuidados aos RN, 90% refere estar autónoma na alimentação, muda da fralda e no cuidado com o coto umbilical, o que vai ao encontro do mencionado por Aune et al. (2018) e James et al. (2017a) ao salientarem de que a AP não interfere nas competências e no autocuidado parentais. No banho ao RN, 81% refere autonomia, 5% diz ter dificuldades na alimentação e no banho e cerca de 10% não reponderam (gráfico 8).

Gráfico 7 – Dormir

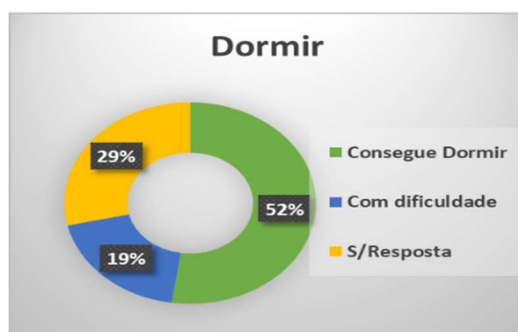
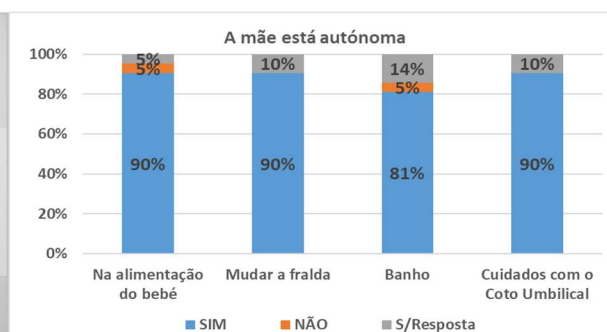


Gráfico 8 – Autonomia da mãe nos cuidados ao RN



Das 21 mulheres que responderam à chamada telefónica, 91% consideraram positiva a AP e 9% não. Das puérperas que não acharam favorável a AP, apresentaram dúvidas em relação à amamentação (38%), às cólicas do RN (19%), ao repouso da mãe (5%), eliminação intestinal (5%), relação com os irmãos (5%).

As ações de educação para a saúde efetuadas através da chamada telefónica 24 horas após a AP, foram adequadas, culturalmente sensíveis, específicas a cada puérpera/família e situação. Foram esclarecidas as dúvidas e validadas as questões levantadas, promovendo o auto cuidado e o bem-estar nesta fase de transição de modo a facilitar o processo de possibilitar (Swanson, 1993). Segundo Lowdermilk et al. (2014) quando ocorre alta precoce, é necessário um ensino focado e eficiente de modo a permitir que os pais e o bebé façam uma transição segura do hospital para casa. Essas ações devem ser acompanhadas por uma escuta sensível e a valorização das especificidades de cada puérpera, que são conhecidas por serem influenciadas por expectativas sociais relacionadas ao exercício da maternidade (Lima et al., 2017).

Lima et al. (2017) argumenta que, por ser o puerpério considerado um período em que existem riscos, os cuidados de enfermagem qualificados deverão ser direcionados para prevenção de complicações, o conforto físico e emocional, assim como para ações educativas que podem ser dadas às mulheres, tornando-se ferramentas essenciais para potenciar o autocuidado.

3.3. Análise do Desenvolvimento das Competências na Prestação de Cuidados

É importante realçar que, o desenvolvimento das competências do EEESMO revistas no Regulamento n.º 391/2019 da OE, esteve sempre presente durante o meu percurso desta UC. Este defende a Mulher inserida na família durante o seu ciclo de vida reprodutiva como sendo o alvo dos cuidados especializados do EEESMO, definindo-a como ser único e sociável, como agente de comportamentos, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se; deve ser considerado o seu meio familiar, social, cultural e político, numa perspetiva individual como pessoa no seu todo que vive e se desenvolve no seu ambiente (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O Enfermeiro Especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção. Demonstra também, um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de

tomada de decisão ética e deontológica. Assim como 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.

Neste sentido irei apresentar o meu desenvolvimento de competências pelos contextos clínicos de aprendizagem.

3.3.1 Cuidados especializados no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)

O modo de funcionamento e o próprio ambiente desta unidade de saúde foram uma novidade para mim. Iniciei logo na primeira manhã com as consultas de família, consultas de vigilância da gravidez, de saúde infantil (CSI), vacinação, avaliação ponderal de RN e Planeamento Familiar (PF). Fui informada nesse dia que existe um Projeto implementado, nesta Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), de vigilância da gravidez de baixo risco a grávidas sem médico de família atribuído, por duas EEESMO, sendo uma delas a minha orientadora clínica, com o apoio de uma médica do Unidade de Saúde (US), e no qual eu iria participar. Fiquei extremamente entusiasmada.

É uma consulta autónoma de enfermagem de Saúde Materna, onde as utentes vão à consulta médica apenas quando é necessário pedir exames ou medicação (uma vez por trimestre), e/ou quando a EEESMO deteta alguma alteração do bem-estar materno-fetal que está fora da sua atuação, sendo necessário o médico encaminhar a grávida para uma unidade de cuidados de saúde especializados.

A gravidez é um processo fisiológico, vivenciado por muitos milhões de mulheres ao longo da história da humanidade, e não um estado de doença que necessite de tratamento. Gerar um novo ser implica uma adaptação a uma nova situação (ser mãe, ser pai) e uma modificação fisiológica corporal e emocional (processo adaptativo da gravidez) que culmina num desfecho: o nascimento de uma ou mais crianças (Almeida et al., 2015).

Segundo o programa da DGS (2015) de vigilância de gravidez de baixo risco, poder-se-á conseguir uma maior otimização de resultados e ganhos em saúde durante a gravidez se for enquadrada num conjunto alargado de intervenções, a iniciar na consulta preconcecional e a finalizar na consulta de puerpério.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são unidades de saúde abrangentes onde se prestam cuidados de enfermagem holísticos, em parceria com a mulher/família

e culturalmente sensíveis. Os cuidados especializados, prestados neste contexto têm presente o Regulamento das competências específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros (2019b), assim como as competências específicas da (ICM competencies Wyatt, 2019). É nestas unidades de saúde que o EEESMO tem um cuidado mais abrangente tendo necessidade de integrar todos os seus conhecimentos e basear a sua prática na evidência científica de modo a satisfazer as necessidades da mulher na comunidade.

Otimizando o estado de saúde materno-fetal, ajudando na transição para a maternidade/parentalidade e incentivando a que o parto seja uma experiência positiva.

Desta forma, nos CSP são prestados cuidados à mulher inserida na família/comunidade, tendo como principal foco a vertente de educação para a saúde de modo a promover e responsabilizar a mulher e sua família para o autocuidado e preservação da saúde.

Norteei a minha prática de cuidados tendo como base conceptual a teoria dos cuidados de Kristen Swanson. Otimizando o estado de saúde materno-fetal, ajudando na transição para a maternidade/parentalidade e incentivando a que o parto seja uma experiência positiva.

Este contexto foi extremamente enriquecedor, nomeadamente pela oportunidade de participar no projeto supra citado, que consiste na consulta de vigilância de gravidez de baixo risco, cumprindo as diretrizes do programa da DGS (Almeida et al., 2015), a utentes sem médico de família atribuído, que na unidade de saúde em questão são em grande numero. Para além de também fazer a consulta de vigilância da gravidez das grávidas que pertencem à lista da unidade familiar da EEESMO que orientou o meu EC e na qual fiquei integrada.

A consulta de enfermagem, pelo EEESMO, cumpre o programa da DGS para a vigilância de gravidez de baixo risco, tendo como enfoque o bem-estar materno-fetal e a educação para a saúde (EPS), estando esta direcionada para a especificidade de cada trimestre e culturalmente sensível, isto é, para além dos temas que são transversais a todas as mulheres grávidas, atuamos de acordo com a grávida consultada. Não descurando que a área de abrangência desta UCSP possui uma numerosa população e com multiculturalidade diversificada.

Nas consultas de enfermagem estão incluídas intervenções onde o EEESMO tem um papel fundamental na identificação das necessidades da grávida/casal/ família, na promoção do bem-estar materno-fetal e na deteção precoce de fatores de risco. Os profissionais de saúde detêm um papel fundamental na vigilância e suporte da grávida

e sua família, estando estes despertos para possíveis desequilíbrios/perturbações não apenas a nível físico como também a nível psicológico/emocional. Assim como detetar necessidades económicas e sociais, problemas conjugais, entre outros que possam pôr em risco a segurança da grávida e/ou a gravidez (Sequeira et al., 2020), tendo a capacidade de orientar a grávida/família para outros elementos da equipa de saúde, como Assistente Social e/ou Psicólogo.

Prestei cuidados de enfermagem especializados segundo as competências da (OE, 2019a, 2019b) e também da (ICM, 2019) a 45 grávidas em diferentes fases da gestação nomeadamente, em consultas do primeiro, segundo e terceiro trimestre de gravidez. Tendo executado os procedimentos adequados a cada consulta como: auscultação dos batimentos cardíacos fetais (ABCF), avaliação da altura do fundo uterino (AFU), manobras de Leopold, avaliação dos parâmetros vitais (Tensão arterial e pulso), peso e IMC e avaliei a urina, através do exame sumário de urina com fita-teste para despiste de alterações. Registei todos os dados avaliados no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) de modo a promover a continuidade dos cuidados, incentivando a grávida a trazer o BSG sempre consigo.

Foram realizadas ações de educação para a saúde, adequadas a cada idade gestacional e a cada grávida, conforme as suas necessidades presentes e detetadas, se primípara ou múltípara; a sua etnia, raça ou religião. Tais como: hábitos alimentares e de exercício; estratégias para ultrapassar os desconfortos da gravidez; se era ou não imune à toxoplasmose e os cuidados a ter; motivos de alerta para recorrer ao SUOG do hospital conforme as semanas de gestação; às grávidas com quase 35 semanas foi-lhes ensinada a importância de contar e a registar os movimentos fetais no BSG no local específico - contagem de Cardiff, e quando seria motivo para recorrer ao SUOG.

Não foram descurados aspetos como a administração da vacina (Tdpa) após a realização da ecografia morfológica (entre as 20 e as 22 semanas mais 6 dias), se esta não tiver alterações, e até às 32 semanas de gestação idealmente (Sequeira et al., 2020), podendo ir até às 36 semanas de gestação, de modo que o feto tenha essa proteção na altura do nascimento, pois só irá levar a sua vacina de DTPa aos 2 meses de vida. Também foi sempre providenciada a Imunoglobulina anti-D no caso de as grávidas terem no grupo de sangue o RH negativo, de modo a ser administrada após as 28s e verificação do teste de coombs indireto, se negativo há menos de 30 dias, e com o devido consentimento informado.

Esta consulta é um momento privilegiado para o EEESMO abordar todos os outros assuntos, como os desconfortos da gravidez; a atividade sexual; o planeamento

do parto, se pretendem frequentar as aulas do Curso de Preparação para a Parentalidade (neste momento ministradas on-line na UCC e no qual participei como convidada em uma sessão) e se querem fazer um plano de parto; o enxoval do bebé e o que levar para a maternidade; o que é o teste de diagnóstico precoce ou teste de Guthrie, vulgarmente chamado de teste do pezinho, quando é realizado e como deve proceder; os apoios da Segurança Social à grávida/casal durante a gravidez e depois do parto.

Questionar como pretende alimentar o bebé e incentivar à amamentação informando sobre as suas vantagens é outro aspeto importante destas consultas, desde o início da gravidez, de modo a ir esclarecendo as dúvidas à medida que a grávida/casal vai pensando nesse assunto e as coloca. Aborda-se também a segurança do RN, como transportá-lo, onde e em que posições deve dormir, o cuidado com o ambiente externo.

Sempre que detetada alguma alteração no bem-estar materno fetal a grávida foi encaminhada para o SUOG do hospital de referência.

Fui participando nestas consultas de uma forma progressivamente mais autónoma, tendo sido uma experiência enriquecedora não só a nível da aprendizagem de competências técnicas, mas também a nível relacional e de comunicação. Foi gratificante aperceber-me o quanto as grávidas/casal estão disponíveis e permeáveis a adotar estilos de vida mais saudáveis e a todos os ensinamentos que lhes proporcionamos.

Após o nascimento, no período do terceiro ao sexto dia de vida de um bebé, é importante realizar o teste de diagnóstico precoce ou teste de Guthrie, a colheita de um pouco de sangue do RN é efetuada nas US ou ainda nas maternidades. As amostras são todas enviadas para a Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, sediada no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge no Porto. Nele são rastreadas 25 doenças (24 doenças hereditárias do metabolismo e hipotireoidismo congénito, estando a decorrer um estudo para detetar fibrose quística) abrangidas pelo Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (Sequeira et al., 2020).

O diagnóstico precoce permitido pelo rastreio e o respetivo encaminhamento dos doentes para a rede de Centros de Tratamento sediados em instituições hospitalares de referência, dão a oportunidade de se implementar quase de imediato o tratamento específico, prevenindo assim a ocorrência de atraso mental, doença grave irreversível ou mesmo a morte da criança (Sequeira et al., 2020).

Devido à grande importância deste procedimento nestes primeiros dias de vida do bebé, se inicia a sensibilização dos pais durante a gravidez, explicando a importância

deste exame para a saúde do RN e como tem de proceder para vir ao CS para ser realizado. Durante a consulta de enfermagem em que se realiza o teste de diagnóstico precoce os enfermeiros desta UCSP fazem uma avaliação sumária do RN e esclarecem dúvidas colocadas pelos pais, incentivam à amamentação e vigiam também se o RN é transportado em segurança. Simultaneamente é feita também uma Consulta de Puerpério precoce à puérpera onde se aborda o futuro PF e métodos contraceptivos a adotar, inclusive são fornecidos preservativos e no caso de puérpera em amamentação –Azália® (ACO) a fim de a iniciar 30 dias após o nascimento, falando-se na sexualidade no pós-parto e no risco de uma gravidez não desejada.

Nessa consulta, é ainda agendado uma avaliação ponderal do RN para depois dos 10 dias de vida, para se avaliar o peso e verificar se a alimentação está a correr bem, de forma que seja precocemente detetada uma possível má progressão ponderal do bebé e despistados problemas que possam ser corrigidos rapidamente, caso este não esteja a ter um aumento de peso dentro dos parametros esperados. Podemos definir má progressão ponderal num recém-nascido (MPP-RN) como uma perda de peso superior a 10% nos primeiros 3-5 dias de vida ou, nos dias e semanas seguintes, um aumento médio diário inferior a 20 gramas /dia (Leitão, 2018).

Nessa primeira abordagem depois do bebé nascer agenda-se também a primeira CSI até aos 15 dias de vida e a segunda ao primeiro mês de vida em conjunto com a consulta de Revisão Pós-Parto (CRPP) para a mãe, sendo as duas consultas no mesmo dia e em horários seguidos é facilitador para a família, havendo apenas uma deslocação ao CS, esta é uma realidade só presente nos utentes com médico de família, no caso de não terem médico atribuído tenta-se cumprir os mesmos tempos, mas é muito difícil face a elevada procura e à diminuta resposta médica.

Assim como o período pré-natal, o período pós-natal continua a ser um momento privilegiado para os cuidados de enfermagem especializados, principalmente, na vertente da educação para a saúde tendo como objetivo promover o autocuidado e o bem-estar dos novos pais, assim como o desenvolvimento de competências parentais. Nesta fase o EEESMO tem um papel crucial no despiste e prevenção de complicações da mulher e do RN (Torgal et al., 2019).

Presenciei algumas CRPP, tantas quantos RN foram observados por mim, tive a oportunidade para avaliação de necessidades, esclarecimento de dúvidas, abordar a sexualidade e respetivo PF às puérperas, durante as primeiras consultas dos seus bebés. Executei seis Testes de Guthrie e fiz avaliação e reavaliação ponderal, assim

como avaliação física Céfalo-caudal do RN na primeira (15 dias) e segunda (1 mês) CSI a 15 bebês.

Os cuidados de saúde nos CSP têm como objetivo a continuidade de cuidados de qualidade e a identificação precoce de desvios da normalidade, nesta fase tão importante da adaptação familiar, para o mais precocemente resolver ou encaminhar para profissionais especializados. Apesar das condicionantes da pandemia, nas consultas com o RN foram permitidos acompanhantes significativos. Fator extremamente interessante, pois permite avaliar, entre outras coisas importantes, o tipo de relação e de interajuda no cuidado ao seu bebê, e as dúvidas são sempre colocadas pelos dois (mãe e acompanhante) assim como os esclarecimentos e explicações também ouvidas pelos dois.

Neste contexto de pandemia e em geral nesta UCSP não é rotina fazer-se visita domiciliar à puérpera (VDP), não existindo uma norma nem uma folha de colheita de dados de modo a sistematizar a colheita de informação necessária. Uma vez que a minha área em desenvolvimento para este ER eram os cuidados do EEESMO à puérpera e RN após a alta hospitalar e para colmatar esta necessidade fui desafiada pela minha orientadora do EC a colaborar com ela na elaboração de dois documentos, o Guião de colheita de dados a aplicar na VDP foi testada e reestruturada e um Protocolo de atuação. Ambos os documentos foram revistos pela Enfermeira Gestora, então em funções, e irão ser implementados na UCSP futuramente.

A realização da VDP a uma das utentes que fez a sua vigilância da gravidez no projeto de vigilância de gravidez de baixo risco, foi para mim um privilégio, uma mais-valia no meu percurso de aprendizagem.

Toda a preparação da VDP em conjunto com a minha orientadora clínica, a possibilidade de prestar cuidados especializados e de qualidade inseridos na filosofia da continuidade de cuidados personalizados e em parceria com as famílias, indo ao encontro das suas necessidades, suportada pela teoria dos cuidados de Kristen Swanson, foi sem dúvida uma expectativa que eu não contava superar devido à situação pandémica que estamos a viver.

Respeitando o ambiente e as crenças da família e agindo em parceria, foi feita a avaliação física da puérpera e RN, realizou-se o Teste de Guthrie ao quarto dia de vida, avaliamos a mamada, e esclarecemos todas as dúvidas do casal, assim como foi feita uma avaliação do ambiente familiar e da segurança em que se inseria o RN, foram abordados temas como a experiência do parto, o PF e o agendamento das próximas consultas para o RN e para a puérpera.

Outro aspeto das competências do EEESMO que tive oportunidade de desenvolver, foi na Consulta de Planeamento Familiar (CPF) em que se faz a vigilâncias da tensão arterial, do peso e IMC, de hábitos nocivos para a saúde, assim como na Consulta de Rastreio do Cancro do Colo do Útero Organizado (CRCCUO), abrangendo a mulher em todo o seu ciclo de vida reprodutiva, climatério e transição para a menopausa.

Segundo Lowdermilk & Perry (2006) o climatério é uma fase transitória durante a qual se verifica uma diminuição da função dos ovários e da produção hormonal, é uma fase abrangente desde o período pré-menopausa até ao período pós menopausa (quando desaparecem na totalidade os sintomas). É por isso uma consulta muito abrangente no que concerne ao desenvolvimento e a responsabilização para a saúde/doença ginecológica, sexual e reprodutiva da mulher nas diferentes faixas etárias.

A CPF é muito mais do que fornecer o método contraceptivo, este é negociado, escolhido pela utente após esclarecimento sobre as vantagens e desvantagens em relação à sua condição de saúde e suas preferências, assim como é esclarecida sobre quando e em que circunstâncias deve recorrer a um profissional de saúde. No caso dos ACO, é-lhes sempre explicado e reforçado como proceder em caso de esquecimento, qual o intervalo seguro (12h) e que a partir desse horário deve tomar na mesma o ACO, mas tem de reforçar a proteção com recurso a outro método contraceptivo, assim como a existência de contraceção de emergência na unidade.

É durante estas consultas que se detetam as utentes que constam do programa de RCCUO e necessitam de fazer a colpocitologia nesse ano, fazendo a colheita no próprio dia se possível, são chamadas as consultas oportunistas. Nestas consultas a EEESMO tinha ainda o cuidado de confirmar se a vacinação da utente estava em dia, pois caso não estivesse era de imediato atualizada com as vacinas em falta.

Participei em 22 CPF, entre as quais três utentes em menopausa e seis na fase de climatério, retirei um DIU e um Implante hormonal. Coloquei quatro Implantes hormonais (Implanon®), um SIU e durante estas consultas uma utente levou a última dose da vacina para o HPV pertencente ao plano nacional de vacinação. Fiz citologia com pesquisa de HPH de alto risco a dez destas utentes com idades compreendidas entre os 30 e os 57anos. Até à data do termino do EC todos os resultados disponíveis estavam negativos para o teste de deteção de HPV de alto risco (14 subtipos).

Segundo Santos, (2019), o cancro do colo do útero é o tumor ginecológico mais mortífero a nível mundial, representando 6% dos tumores malignos ginecológicos. Todos os anos, surgem em Portugal mil novos casos. Está claramente estabelecido que a infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) de alto risco é condição necessária

para a génese do cancro do colo do útero, sendo este detetado em 99.7% dos cancros cervicais.

O HPV é um vírus de transmissão sexual que apresenta tropismo para a pele e mucosas anogenitais e orais. A infeção genital por HPV é muito comum e geralmente transitória - 75 a 80% dos adultos sexualmente ativos apresentam pelo menos um episódio de infeção por HPV antes dos 50 anos. Quando a infeção se torna persistente, aumenta o risco de desenvolvimento de lesões precursoras do cancro do colo do útero. O rastreio do cancro do colo do útero deve ser efetuado a todas as mulheres sexualmente ativas, pelo menos 2 anos depois do início da vida sexual e até aos 65 anos inclusive, de forma a diagnosticar precocemente lesões precursoras deste tipo de cancro (Santos, 2019).

Sendo verdade que a maioria das infeções por HPV é eliminada espontaneamente e não causa sintomas, não deixa de ser um facto que a infeção persistente pode causar o cancro do colo do útero. A prevenção primária, através de vacinação eficaz contra o vírus, assim como as abordagens de prevenção secundária, o rastreio e o tratamento de lesões pré-cancerosas, podem e devem evitar a maioria dos casos (Pedro, 2021). O teste passa pela pesquisa do HPV em meio líquido, devendo ser realizado de 5 em 5 anos nos casos em que não são encontrados desvios da normalidade.

Nos casos em que o rastreio é considerado anormal e em que o risco de lesão pré-maligna o justifique, as mulheres devem ser encaminhadas para as consultas/Unidades de patologia cervical, em Ginecologia. A presença de sinais ou sintomas ginecológicos justificam observação fora do âmbito do programa de rastreio e devem ser também encaminhadas para a consulta de Ginecologia (Pedro, 2021).

Na área de abrangência desta UCSP, assim como de todos os CS pertencentes ao ACES desta região existe um Protocolo com o hospital de referência que recebe e analisa todas as amostras colhidas. Quando os resultados são normais/negativos para HPV ficam disponíveis na plataforma do programa de RCCUO e o médico de família ou a EEESMO responsável imprimem e enviam por correio à utente ou dão em mão na consulta seguinte. No caso de resultado positivo para HPV de baixo risco, repetem a citologia passado 1 ano na unidade e são medicamente aconselhadas a serem vacinadas com 3 doses da vacina HPV, existentes no mercado. Se detetado HPV de alto risco as utentes ficam de imediato referenciadas a uma consulta de patologia do colo do útero no hospital de referência.

Devido ao facto de a EEESMO orientadora fazer parte de uma unidade familiar, participei em equipa na vacinação de adultos, CSI de várias idades e respetiva vacinação, o que me deu oportunidade de me aperceber melhor do trabalho realizado neste contexto de CSP. Tive consciência do conjunto de conhecimentos abrangentes que são necessários para prestar cuidados de qualidade à população e da necessidade de constante atualização dos conhecimentos.

Tive a oportunidade de desenvolver competências, pensamento crítico, a minha capacidade de comunicação com as utentes/família e a equipa multidisciplinar utilizando os conhecimentos científicos de modo a apreciar e emitir juízos com base na informação disponível, assim como intervir em situações complexas de acordo com o esperado das competências como futura EEESMO, tendo por base a teoria dos cuidados de Kristen Swanson, conhecendo os pacientes de modo a respeitar a sua individualidade, suas preferências e suas crenças, prestando cuidados especializados e individualizados.

3.3.2 Cuidar a mulher inserida na família no período pré-natal a vivenciar situações de Risco Materno-Fetal

Neste campo de atuação, como futura EEESMO desenvolvi as competências esperadas numa das maiores maternidades do país e de referência nas valências de Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia da região de Lisboa e Vale do Tejo de 2 de dezembro de 2020 a 24 de janeiro de 2021. Deparei-me com dificuldades específicas das condicionantes impostas pela situação pandémica vivida à data, em que as grávidas internadas não recebiam qualquer tipo de visita, tornando deste modo, o internamento uma vivência ainda mais difícil não só para a grávida como para a família. Apenas as mulheres a vivenciar situações de aborto ou IVG com necessidade de internamento ou Interrupção Médica da Gravidez (IMG) podiam ter um acompanhante que antecipadamente tinha realizado teste a Sars Cov-2, por o espaço físico onde era o internamento se encontrar fora da unidade de Internamento de MMF, separado por uma porta.

A gravidez é já por si uma situação de muitas adaptações para a mulher/casal que agrava quando surgem situações que a tornam de risco, segundo Lowdermilk & Perry (2008) é considerada gravidez de risco quando estão em perigo a vida da mãe e/ou do feto por patologia.

As 120 grávidas a quem prestei cuidados durante o EC, com as patologias mais frequentes de Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT), rotura prematura de membranas (RPM), Diabetes Gestacional (DG), Hipertensão Arterial (HTA) induzida pela gravidez,

placenta prévia total (PPT), teve como base a teoria dos cuidados de Kristen Swanson cuidando cada grávida com respeito pelas suas crenças e individualidade, e as competências preconizadas pelo documento (ICM competencies Wyatt, 2019) os EESMO *“prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a deteção precoce e tratamento ou referência de certas complicações.”*. Também segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019b) o EEESMO *“cuida a mulher inserida na família e comunidade, durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”*.

Como as visitas não eram permitidas, era comum ouvir as grávidas em vídeo chamadas com os outros filhos e familiares mais próximos, pediam-me frequentemente para partilhar a Auscultação Cardíaca Fetal em direto com os seus companheiros, e não era raro haver surpresas na rua, para as grávidas irem à janela, quase como serenatas. Estratégias que fomos arranjando para sobreviver ao distanciamento imposto pela pandemia e que as utentes entendiam como proteção para elas e seus bebés.

Durante este EC fiz seções de educação para a saúde direcionadas às grávidas que partilhavam o mesmo quarto, sobre temáticas adaptadas às suas situações de internamento, nomeadamente, amamentação ou como extrair leite, cuidados ao RN prematuro ou Internado em Neonatologia.

Às 10 mulheres e seus companheiros que vivenciaram processos de Interrupção médica da gravidez (IMG) por anomalia fetal ou doença materna, ou perda fetal (quer espontaneamente ou de forma voluntária), a quem eu prestei cuidados, desenvolvi competências não só de ordem específica como preconizado pelo regulamento da Ordem dos Enfermeiros (2019b) *“ Promove a saúde da mulher durante o período pré - natal e em situação de abortamento.”*, como do foro relacional, da comunicação e emocional. Também a ICM competencies Wyatt (2019) defende que *“as parteiras prestam cuidados individualizados e culturalmente sensíveis à mulheres em situação de aborto , perda ou termino da gravidez que sejam congruentes com a lei e regulamentos aplicáveis de acordo com os protocolos nacionais”*.

3.3.3 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o Trabalho de Parto (TP)

Como estudante, foi um constante desafio acompanhar as grávidas que a minha orientadora clínica me atribuiu, prestando-lhes os melhores cuidados no âmbito de desenvolver as competências preconizadas pela ICM competencies Wyatt (2019) ICM

competencies Wyatt (2019) que defende: as Parteiras *“Prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.”*(ICM competencies Wyatt, 2019). Assim como também a Ordem dos Enfermeiros define como competências dos EEESMOS que estes *“Cuidem 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 recém-nascido na sua adaptação à vida extra uterina”*.(Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Tive sempre presente na prestação de cuidados e no desenvolvimento de competências a base conceptual da teoria dos cuidados, seguindo sempre o princípio pela individualidade, pelo respeito das crenças de cada paciente e sua família, fazendo pelas grávidas apenas o que elas não conseguiam e o que fariam se pudessem e em parceria (Swanson, 1993), de modo a proporcionar experiências destes momentos vividos num BP de acordo com as expectativas de cada mulher/família.

Realizei o contexto de Bloco de Partos (BP), de maio a novembro de 2021, na instituição de referência do distrito e uma das pertencentes à região de Lisboa e Vale do Tejo para acompanhamento de grávidas com patologia pelas suas vertentes em Obstetrícia e Neonatologia de excelência. Por esse motivo tive oportunidade de vigiar parturientes em TP pré-termo, gravidez gemelar ou com patologia, dando-lhes apoio no seu TP/parto e recebendo os RN ajudando-os na sua adaptação à vida extrauterina e com a relação entre a díade/tríade, sempre que possível, três desses RN tiveram de ser transferidos para a Neonatologia, tendo eu acompanhado o Pediatra na transferência.

Pelo motivo acima descrito tive oportunidade de participar na vigilância do trabalho de parto ou apenas vigilância enquanto internadas no BP de 47 grávidas com patologias associadas, entre as patologias cotaram: síndrome anti-fosfolipídico (SAF), HTA crónica ou induzida pela gravidez, DG, Hipotireoidismo, Trombocitopénica, três grávidas com hemorragia do terceiro trimestre, Pré-eclâmpsia e APPT. Para além das patologias também participei na vigilância da grávida/ em trabalho de parto (TP) de gravidez gemelar.

Participei também na vigilância de uma grávida de 40 semanas de gestação, com IO-1001, internada no BP após ter sido realizado uma versão externa. A versão externa consiste na tentativa de converter um feto em apresentação pélvica para cefálica com manobras externas através do abdómen materno(Clode, Nuno; Afonso & Fonseca, Andreia; Pinto, 2021). Esta futura mãe desejava muito um parto vaginal e após avaliação

clínica a chefe da equipa médica realizou as manobras, que após verificar que foram bem-sucedidas a parturiente ficou em vigilância do bem-estar fetal com monitorização continua de cardiotocografia. Após um período em que se confirmou pelo traçado cardiotocográfico e por ecografia o bem-estar fetal, iniciou-se perfusão de ocitocina, segundo protocolo do BP, de modo a manter o feto cefálico e iniciar a indução do trabalho de parto.

Esta grávida manteve-se durante a noite com uma perfusão de ocitocina em ritmo reduzido, apenas para iniciar alguma contratilidade, que a grávida ia sentindo, mas sem dor. O parto ocorreu nesse dia cerca das 20h, o feto manteve-se em apresentação cefálica e nasceu por ventosa, com um IA de 9 ao 1º minuto e 10 ao 5º minuto e 3180g de peso.

O total de parturientes a que prestei cuidados neste EC, foi de 93. Quatro das quais, apenas no período do puerpério imediato. Tive a honra de participar em 65 partos eutócicos (PE), de colaborar com estas 65 famílias neste momento emocionante e extremamente exigente. Destas, 8 tinham DG, 1 HTA, 1 DG e Hipotiroidismo, 1 com HTA+DG+Hipotiroidismo e outra com suspeita de Pré-eclâmpsia. Nestes partos foi feita a clampagem tardia do cordão umbilical, o contato precoce pele a pele do feto acabado de nascer com a sua mãe e foi estimulada a amamentação na primeira hora de vida. Sempre que foi o desejo das grávidas e houve essa possibilidade, em relação ao bem-estar fetal, foram proporcionadas posições verticalizadas tanto em TP como no parto. Todos estes procedimentos são norma neste BP, o que traz parturientes de vários pontos do país a nos procurar por esta maneira de atuação, em que os profissionais primam pelo respeito, pela individualidade da mulher/casal/família e pelos seus desejos e expectativas, estejam estes impressos num Plano de Parto ou simplesmente pensados, a necessitar de serem questionados para serem transmitidos e respeitados.

Das parturientes que tive o privilégio de acompanhar, participei ativamente em 6 partos por ventosa, 2 por fórceps, 1 com tentativa de ventosa e que a extração fetal terminou por fórceps. Participei ainda em 7 cesarianas em que recebi e prestei os cuidados aos RN em colaboração com os Neonatologistas, uma das quais foi de emergência por estado fetal não tranquilizador (EFNT), noutra a extração fetal foi extremamente difícil e o RN nasceu em morte aparente e necessitou de reanimação e transferência para a Neonatologia.

Participei no parto de uma parturiente com gravidez gemelar de 37 semanas de gestação, múltipara, em que recebi e prestei os primeiros cuidados ao 2º feto que tinha apresentação pélvica. Como o 1º gémeo tinha apresentação cefálica, a possibilidade de

o 1º parto ser vaginal era muito grande, enquanto o parto do 2º gêmeo seria uma incógnita. É norma do serviço que a parturiente tenha analgesia loco-regional e que o parto ocorra numa das salas de Bloco Operatório, de modo que, rapidamente tudo se possa converter num parto vaginal instrumentado ou numa cesariana, conforme a necessidade.

Neste tipo de partos para além de a grávida estar monitorizada ao cardiotocógrafo continuamente, existe um ecógrafo no Bloco para esclarecimento de dúvidas a qualquer instante, está um anestesista presente, assim como pediatras. Depois da expulsão do 1º feto por PE, a obstetra responsável constatou que as membranas amnióticas do 2º feto estavam integras, verificámos o bem-estar fetal e de seguida foi feita ecografia para verificação da apresentação fetal do 2º gêmeo, que se mantinha pélvico. Como a estimativa de peso fetal da última ecografia não ultrapassava os 2500g a equipa de obstetras decidiu tentar um parto pélvico vaginal, também porque a utente tinha pedido e continuava a pedir para se evitar uma cesariana (embora estivesse consciente que a equipa médica a iria informando da evolução da situação, mas a decisão dependeria da avaliação do bem-estar fetal).

Mesmo após a rotura artificial das membranas amnióticas, quando as contrações uterinas voltaram a ficar regulares, a apresentação mantinha-se pélvica, e foi um parto pélvico vaginal nem necessidade de instrumentação, pude observar todas as manobras aprendidas nas aulas e postas em prática nas aulas práticas. Foi extraordinário não só pela minha experiência como aluna, mas porque o pai dos RN teve oportunidade de estar presente, apesar de estarmos em pandemia e o acesso ao BO ser restrito, e o casal ficou extremamente feliz.

Todas as experiências vivenciadas no BP foram gratificantes, motivadoras de grande aprendizagem, mas assistir a um parto pélvico vaginal excedeu as minhas expectativas, pois no hospital é norma que um feto com apresentação pélvica, a extração ocorra por cesariana.

Para melhor compreender a morbilidade e patologias neonatais, em que os RN necessitam de cuidados especializados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e a separação entre mãe e RN logo à nascença, na UC de ER no contexto de Bloco de Partos, foi inserido uma semana na Neonatologia com um total de 25 horas.

3.3.4 RN em cuidados especiais.

Esta passagem pela UCIN do hospital foi para mim uma descoberta extremamente interessante e mais um incentivo no meu percurso de aprendizagem como futura EEESMO. Como profissional no Bloco de Partos (BP) desta instituição foram muitos os RN prematuros ou de termo a necessitar de cuidados especiais que transferi para a UCIN, mas esta oportunidade de observar o trabalho feito após deixar os bebés foi muito importante e enriquecedor no meu desenvolvimento pessoal e nas competências inerentes a futura EEESMO no que respeita no cuidado ao RN/família nestas condições.

Nos dias em que tive a oportunidade de acompanhar a Enfermeira do serviço no cuidado aos bebés da sala de intermédios e da UCIN, pude seguir o desenvolvimento de vários RN, meus “conhecidos” do BP, alguns conhecia apenas as suas mães e foi gratificante conhecer nesses dias o bebé e a relação estabelecida entre eles. Confesso que para mim foi facilitador para a integração, já ter algum conhecimento do serviço, de alguns elementos da equipa multidisciplinar e inclusive os pais dos RN e a sua situação clínica de base. A maioria dos bebés deste serviço são transferidos do BP e Puerpério, no entanto podem também ser admitidos pela Urgência Pediátrica ou transferidos de outros hospitais.

A maior parte dos RN a necessitarem dos cuidados especiais desta unidade eram RN prematuros, sendo que podemos definir como RN prematuros todos os nados vivos nascidos antes de terminar as 37 semanas de gestação. No entanto existem subcategorias consoante a idade gestacional segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018): extremamente prematuro ou grande prematuro (menos de 28 semanas); muito prematuro (28 a 32 semanas); pré-termo moderado a tardio (32 a 37 semanas).

Globalmente, a prematuridade é a principal causa de morte em crianças com menos de 5 anos. E em quase todos os países com dados confiáveis, as taxas de nascimentos prematuros estão a aumentar. O que está na origem dos nascimentos prematuros inclui gravidez múltipla, infeções e condições crónicas maternas, como diabetes e pressão alta. Também pode haver uma influência genética. Uma melhor compreensão das causas e seus mecanismos promoverá o desenvolvimento de soluções para prevenir o nascimento prematuro (WHO, 2018).

Nas causas que podem levar um RN a necessitar dos cuidados de uma UCIN podemos também encontrar a encefalopatia hipoxico-isquémica; síndrome de dificuldade respiratória; infeções neonatais; a intolerância ou dificuldade na alimentação;

a hiperbilirrubinemia; patologias do foro cardíaco e/ou neurológico: baixo peso; RCIU grave; malformações congénitas graves; alterações metabólicas; entre outras.

Tive a oportunidade de partilhar as experiências orientada pela enfermeira do serviço, na unidade de intermédios e na UCIN. Em ambas as unidades, encontravam-se bebés há já alguns dias e alguns até semanas. Não presenciei a entrada e acolhimento de nenhum RN, mas sei que por vezes pode ser um momento de stress para a equipa com sentimentos que podem atingir desde a impotência à angústia, assim como para os pais/família que esta equipa ajuda a gerir. A equipa de profissionais nesta unidade tem um papel fundamental na aproximação dos pais com o bebé depois de estabilizado, em minimizar o impacto que todos os aparelhos, necessários à manutenção da vida dos seus bebés, causa nos primeiros contatos.

Um RN pré-termo pela sua imaturidade pode passar várias semanas numa unidade de cuidados intensivos neonatais aumentando a probabilidade de desenvolver défices cognitivos e distúrbios comportamentais (Altimier & Phillips, 2016). Segundo Otoni & Grave (2014) enquanto está no útero, o feto passa por constantes transformações, e recebe diferentes estímulos, auditivos como o do ritmo circadiano materno, estímulo tátil através do contato com as paredes uterinas ou o cordão umbilical, além disso, dorme a maior parte do tempo da sua vida intrauterina, permitindo assim que seu organismo em desenvolvimento adquira gradualmente capacidade para incorporar os diversos estímulos, de forma adequada e controlada. Assim numa UCIN o RN pré-termo continua o seu processo de desenvolvimento gestacional fora do útero, exposto a uma fragilidade adicional, o seu sistema nervoso central está longe de se encontrar perante as condições básicas necessárias para enfrentar e organizar os estímulos a que fica sujeito, e é exposto a um ambiente desconhecido muitas vezes agressivo mesmo sendo necessário para que sobreviva.

A literatura refere que o fato do bebé pré-termo se encontrar fora do seu ambiente natural, o útero materno, num período que é extremamente importante para o seu crescimento global, resulta em alterações no seu desenvolvimento neurológico e psicomotor, esta situação é agravada quanto menor for a idade gestacional do RN (Otoni & Grave, 2014). Os procedimentos médicos e de enfermagem numa UCIN, podem requerer frequentes manipulações do RN, implicando em estimulação tátil adversa, que pode causar desconforto e dor. Ao serem submetidos a tais procedimentos, os bebés pré-termos gastam energia para suportar a dor, energia essa que seria utilizada para garantir a vida e o seu desenvolvimento (Otoni & Grave, 2014).

No âmbito da promoção e proteção neurológica do RN pré-termo em UCIN Altamier & Phillips, (2016) desenvolveram/identificaram 7 medidas neuro protetoras para o desenvolvimento do RN pré-termo que vem ajudar os profissionais funcionando como guia de atuação, de modo que cada bebê seja cuidado de forma individual, respeitando as suas características individuais e familiares: Ambiente; Parceria com as famílias; Posicionamento e manipulação; Salvar o sono; Minimizar o stress e a dor; Proteger a pele; Otimizar a nutrição.

A UCI dá assistência ao RN prematuro e/ou em processo de saúde/doença, com diferentes idades gestacionais e condições clínicas, com exigências díspares em termos de proteção e promoção do desenvolvimento, pelo que o plano de cuidados traçado tem em consideração a individualidade de cada RN/família, sendo que a prática diária de cuidados se baseia na filosofia de cuidados centrados no desenvolvimento. São vários os fatores que podem interferir com o neuro desenvolvimento do RN, designadamente fatores emocionais e psicológicos, clínicos e ambientais.

Um dos aspetos extremamente interessantes por mim observados tanto na UCIN como na sala de Intermédios, foi a constante promoção do contacto físico dos pais com o RN, inclusive utilizando o método canguru, descrito na literatura como tendo vários benefícios, entre eles a promoção do AM, mesmo em bebês ventilados, e durante o tempo em que permaneciam nessa posição com as suas mães, pude verificar que tanto a frequência respiratória como a frequência cardíaca normalizavam e assim se maninham, dormiam sonos tranquilos e as saturações de oxigénio não baixavam. As mães mantinham um sorriso no rosto e quando questionadas se estavam cansadas e queriam mudar de posição ou ir ao wc, pediam sempre para ficar mais tempo, o que está de acordo com (Zirpoli et al., 2019).

O Método Canguru (MC) em que o RN de baixo peso é posicionado em decúbito ventral, na posição vertical contra o peito da mãe, este contato pele com pele promove a estabilidade térmica, estimula o aleitamento materno e aumenta o vínculo afetivo entre mãe e filho. Este método foi criado em 1979 pelos doutores Héctor Martinez e Edgar Rey Sandria, na Colômbia (Zirpoli et al., 2019). Segundo os mesmos autores o MC produz um aumento da atividade eletromiográfica do recém-nascido pré-termo, favorece o sono, principalmente o sono profundo e há uma prevalência da amamentação exclusiva até os seis meses. A posição canguru em decúbito lateral trouxe maiores benefícios com relação ao desenvolvimento neuro motor precoce, apresentou taxas de crescimento significativamente maiores com o ganho de peso e aumento do perímetro cefálico.

Durante o turno da noite como não estavam os pais e ao falar sobre a importância dos estímulos e da interação familiar eu e a minha orientadora clínica colocamos uns irmãos gémeos de 35 semanas no mesmo berço, após terem sido alimentados e lhes ter sido prestados os cuidados de higiene, dormiram tranquilamente os dois aconchegados e nós tiramos fotografias para partilhar com os pais. Outra situação que me marcou e me fez refletir exatamente pelo oposto, foi que no dia 15/5 nasceu no BP o F. de 38 semanas de gestação uma segunda gravidez e muito desejado por toda a família, mas no SUOG, foi diagnosticado um mielomeningocelo de grandes dimensões na região lombar e de mau prognóstico. Foi um choque para aqueles pais. Foi contactado o Neurocirurgião e o F. nasceu de cesariana e foi logo transferido para a UCIN. Eu estava a trabalhar e na cesariana, prometi aos pais tirar fotografias do bebé antes de ele ser transferido de modo que eles pudessem vê-lo.

Ao encontrar o F. na sala de Intermédios, já tinha sido submetido a uma primeira cirurgia para o encerramento do tubo neural, tendo indicação de manter o posicionamento em decúbito ventral permanentemente, sem poder ir ao colo, a alimentação por biberão e a muda da fralda eram efetuadas nessa posição assim como todos os outros cuidados necessários, há 20 dias, desde o dia em que nasceu o F. apenas conhecia a mãe e o pai e assim como tudo o que o rodeava daquela perspetiva. Este caso marcou-me logo pela angústia sentida pelos pais, pelo sentimento de impotência, revolta e tristeza (conforme verbalizaram) ao tomar consciência de que o seu bebé tinha uma patologia de tão mau prognóstico e passados tantos dias ainda não tinha sido possível, pegar nele, vesti-lo, aconchegá-lo e mimá-lo quando chorava. Tocar-lhe sim, colocar-lhe a chucha, mas aquele distanciamento físico deixa-me a refletir se não terá interferido no processo de aceitação da doença do F., embora as enfermeiras da unidade refiram que os pais se mostrem menos revoltados com a situação e muito carinhosos com o bebé.

Conheci bebés que nasceram prematuros e que para além da prematuridade sofriam de RCIU grave, observei e aprendi como a equipa multidisciplinar cuida destes pequenos seres em desenvolvimento conhecendo as características e preferências de cada um deles, assim como é estimulada a interação familiar. Outros bebés que apesar de prematuros tinham mais de 33 semanas de gestação e um peso que permitiu que fossem com as mães para o internamento, mas pelo facto do RN pré-termo ter uma grande superfície corporal, com direta relação ao seu peso, com pouco tecido adiposo subcutâneo e camada de gordura castanha quase inexistente, dificulta a produção de calor contribuindo para uma menor eficácia da sua termorregulação, desta forma a

hipotermia é algo que tem elevado risco de acontecer como tal é importante reter que está associada a uma maior necessidade de consumo de Oxigénio e uma maior dificuldade na adaptação à vida extra uterina.

Foi o que aconteceu por exemplo ao N. que necessitou de vir para a unidade para um berço aquecido e aprender a alimentar-se, pois perdeu os reflexos de sucção e deglutição e 48h após o nascimento necessitava de uma sonda Nasogástrica (SNG) para alimentação e de um berço de aquecimento, este bebé que é o terceiro filho e que a mãe já tinha tido dois filhos prematuros “lindos” (disse ela quando chegou ao SUOG), mas este ia ser o mais pequenino. No meu segundo turno na unidade em que ela estava presente, mostrava-se preocupada ao verbalizar: “este meu filho parece que ainda está dentro da minha barriga...” e “...só quer é dormir, nem liga à chucha, será que está quentinho?...”. Apesar desta unidade não ser desconhecida para esta mãe, pois os seus dois outros filhos nasceram nesta instituição e necessitam de cuidados da UCINP, como ela tinha verbalizado logo na admissão, “este era o mais pequenino”, o que queria transmitir era que o N iria nascer com menos semanas de gestação que os irmãos, no entanto naquele momento a mãe estava focada no seu bebé e nas suas necessidades, inclusivamente na quantidade de Leite Materno (LM) que conseguia tirar, sempre depois de ter o N ao colo.

Não posso deixar de referir e refletir sobre a situação que mais me marcou, também pelo facto de haver uma continuidade com o estágio em BP. Uma grávida de 33semanas+5dias internada no BP, com rutura prematura de membranas há 8 dias, tinha-lhe sido administrado corticoides para maturação pulmonar do feto segundo protocolo. Era uma gravidez resultante de FIV com óvulos de dadora e como antecedentes pessoais a grávida tinha endometriose e HTA crónica para a qual estava medicada com metildopa 250mg 3xdia. Esta grávida ficou-me atribuída, para vigilância e condução do trabalho de parto, pois ela pretendia um parto natural, tinha feito indução do trabalho de parto e naquele momento tinha perfusão de ocitocina, havia 4h que mantinha 5 cm de dilatação e suspeita de que o liquido amniótico fosse tinto de mecónio, a grávida já tinha analgesia epidural, os parametros vitais estavam estáveis e o traçado cardiotocográfico (CTG) apresentava contrações regulares de média amplitude e um traçado reativo, com boa variabilidade e sem desacelerações.

Havia indicação médica para quando a grávida sentisse mais pressão ou mais dor ser um dos médicos de urgência a observá-la com a intenção de decidir uma possível cesariana. Logo após a passagem de turno, fui-me apresentar à grávida, conhecê-la, avaliar os sinais vitais e as suas necessidades. Encontrei-a de pé junto à

cama onde tinha também a bola de pilatos, estava aparentemente tranquila, mas verbalizou que o efeito da analgesia epidural estava a passar e por esse motivo estava a ficar com dor e a sentir pressão púbica, mantinha-se apirética os valores da TA também estavam dentro dos parâmetros normais. Informei-a de que iria chamar a médica para a observar, ao qual a grávida concordou de imediato pois já tinha sido combinado anteriormente.

A Obstetra observou a grávida e como o trabalho de parto não tinha evoluído e o líquido amniótico era de facto tinto de mecónio a médica conversou com a utente que o melhor seria fazer uma cesariana, uma vez que tinha RPM há muitos dias. O CTG mantinha-se muito bem, reativo com boa variabilidade e sem desacelerações. Tudo previa uma cesariana linear. No Bloco Operatório (BO) com a grávida anestesiada, o Neonatologista à espera para assistir o RN, deu-se início à cesariana e iniciaram as complicações. Foi muito difícil fazer a extração fetal, demorou muito tempo e o bebé nasceu com IA de 0, e estivemos 40min a reanimá-lo, com a ajuda do anestesista, de outro pediatra que foi chamado de urgência e quando desistimos o J. deu sinais de vida, o seu coração começou a bater normalmente. Ainda no BO eu tinha prometido àquela mãe, como seria eu a cuidar do J. e a levá-lo à UCIN, lhe contaria todos os pormenores de como ele ia ficar. E resumindo eu fiquei devastada, esgotada e triste com a situação que vivi, pelo bebé e pelo contexto familiar, como ir falar logo a seguir com aquela mãe a necessitar de apoio emocional se eu própria sentia essa necessidade?

Poderiam pensar que por trabalhar há tanto tempo, por ter passado por tantas e diversas situações assim difíceis de gerir e digerir, seria mais fácil para mim, há pessoas que pensam que criamos uma espécie de carapaça, mas não, cada situação gera de acordo com a sua especificidade uma batalha de sentimentos e reflexões que me ajudam a crescer, a ser mais empática, a ter outra perspetiva da realidade e que existem outras realidades que não são felizes mas que devem ser ultrapassadas, não foi por estar no papel de aluna, eu sou sempre assim. Esta introdução do mau começo de vida do J. foi necessário, pois outro desafio me aguardava na UCIN.

Na UCIN onde se encontravam três RN todos eles prematuros, dois grandes prematuros pois tinham nascido com 26 e 27 semanas de gestação respetivamente e o outro era o J. todos necessitavam de suporte ventilatório. Todos estavam acompanhados das suas mães e todos foram ao colo em contacto pele a pele, apesar de parecer impossível devido a todos os tubos a que estavam ligados. E como foi interessante verificar como todos sem exceção dormiram profunda e tranquilamente, a sua frequência cardíaca e respiratória se manteve dentro dos parâmetros normais. As

mães deram-lhes a alimentação por SNG, revelando uma inter-relação muito boa com o bebé e com a equipa multidisciplinar. Todas as mães também foram retirar leite para que pudesse ser dado aos seus bebés, todas elas também trouxeram LM de casa, reforçando a promoção do Aleitamento Materno (AM).

Mas voltando ao bebé J. nesse dia tive conhecimento que ele voltou a ter mais episódios de paragem cardiorrespiratória de difícil reconversão como no dia do nascimento, o diagnóstico do J. é de Asfixia Perinatal. Fez uma RM de crânio com muito mau prognóstico. Fui informada que tinha havido uma reunião com os responsáveis do serviço, a psicóloga a mãe e a avó do J. no sentido de informar a mãe das condições de saúde/doença do bebé e se estariam de acordo que se ele voltasse a ter outra paragem cardíaca devido a essa condição de saúde do J. não seria para reanimar, e a mãe concordou.

Para mim saber toda esta informação fez-me ficar atordoada, foi um reviver das emoções de há três semanas atrás, agora era enfrentar as consequências do que tinha vivido naquele dia. Encarar o olhar triste daquela mãe, não foi fácil, mas o mais difícil foi vislumbrar uma faísca de esperança nesse olhar, sabendo eu do prognóstico do J. Mas ao observar o J., os cuidados prestados e mesmo ao ajudar, eu própria fiquei surpreendida com o que observei, mesmo com tão mau prognóstico aquele bebé reagia ao som, seguia as vozes com o olhar tinha sinais de interação com o ambiente e principalmente com a mãe. Consegui compreender a tal faísca de esperança no seu olhar, mas toda a equipa, experiente nestes casos, quando eu realçava um movimento, um sinal de que estava a ouvir entre outros, olhavam para mim de forma a dizer-me, não é significativo. Disseram-me mesmo, que o J. se encontra em cuidados paliativos. Perante um RN e uma situação tão delicada parece não ser possível, não ser real...

Soube passado um mês que o J. tinha sido transferido para a Pediatria médica, sem qualquer suporte ventilatório, mas mantendo-se em cuidados paliativos. A sua mãe estava a tentar adaptar-se às novas mudanças.

3.3.5 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Este contexto decorreu de 25 de janeiro a 14 de fevereiro de 2021, no Internamento de Puérperas, num hospital de referência na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Segundo o programa da DGS (2015) de vigilância de gravidez de baixo risco, o Puerpério é o período de recuperação física e psicológica da mãe que começa

imediatamente a seguir ao nascimento RN e se prolonga por 6 semanas (42 dias) pós-parto (Almeida et al., 2015). Nesta fase é importante avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido bem como a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel (Almeida et al., 2015). Durante esta fase, a vida da mulher sofre modificações adaptando-se a nível físico, psíquico, social e económico como também ao seu círculo familiar e até de amigos, fundamentais ao novo papel de mãe (Torgal et al., 2019).

O período pós-natal é um momento privilegiado para os cuidados de enfermagem especializados, principalmente, na vertente da educação para a saúde tendo como objetivo promover o autocuidado e o bem-estar dos novos pais, assim como o desenvolvimento de competências parentais. Nesta fase o EEESMO tem um papel crucial no despiste e prevenção de complicações da mulher e do RN (Torgal et al., 2019).

O EEESMO possui um conjunto de conhecimentos e competências comuns e específicas, segundo a OE e a ICM, de modo a proporcionar e a assumir a responsabilidade por cuidados de qualidade na assistência à mulher de modo a vivenciar processos de saúde e doença durante o período pós-natal e sempre que necessário referencia as situações a outros membros da equipa multidisciplinar (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Por ser um hospital amigo dos bebés no internamento de Puérperas promove-se o alojamento conjunto, em que o bebé fica junto da mãe e aos seus cuidados 24h por dia promovendo e incentivando o aleitamento materno em exclusivo.

Neste contexto clínico em específico, a presença do pai ou de qualquer outro acompanhante de referência não foi permitida, devido à situação pandémica, tendo um impacto negativo nestas famílias. Este facto dificultou a avaliação da interação da tríade.

Devido ao contexto pandémico de grande complexidade onde as US da comunidade não conseguiam dar resposta, passou a ser realizado o teste de Diagnóstico Precoce aos RN antes da alta. Este é um exemplo de como a equipa é dinâmica e está motivada de modo a assegurar os melhores cuidados aos clientes mesmo em situações adversas.

Durante este contexto de aprendizagem, tive a oportunidade de desenvolver competências, pensamento crítico, a minha capacidade de comunicação com as puérperas e a equipa multidisciplinar utilizando os conhecimentos científicos de modo a apreciar e emitir juízos com base na informação disponível, assim como intervir em situações complexas de acordo com o esperado das competências como futura EEESMO.

Desenvolvi também competências no cuidar do RN e na envolvimento da mãe e família no cuidado ao bebê. Prestei cuidados diretos a 48 RN e desenvolvi as minhas competências ao nível da avaliação física e ponderal do RN. Os meus objetivos em relação ao RN foram sempre de promover e facilitar na sua adaptação à vida extrauterina tendo as minhas intervenções, neste caso específico, sido dirigidas à mãe, mas sempre com o propósito da promoção do autocuidado dos pais, no sentido de promover intervenções que fomentassem o desenvolvimento das competências parentais. A promoção para o aleitamento materno fez parte integrante deste processo de vinculação, explorando todas as estratégias adequadas a cada situação e antecipando possíveis dificuldades ou complicações e como as resolver.

Todos os cuidados prestados tiveram por base a teoria dos cuidados de Kristen Swanson, respeitando os princípios da individualidade, das suas crenças e potenciando os cuidados em parceria de acordo com as expectativas de cada parturiente/família para uma adaptação parental.

Todas as puérperas a quem eu prestei cuidados, que foram 49, respeitei a sua individualidade e privacidade, procedi à sua observação e avaliação geral e obstétrica com o objetivo de prevenir/identificar precocemente complicações como sejam, problemas mamários, hemorragias pós-parto de acordo com as recomendações de *Intrapartum care for a positive childbirth experience* (WHO, 2018), assim como infeções, trombozes venosas periféricas/profundas, alterações vesical e intestinal, alterações emocionais como o blues pós-parto, com a finalidade de promover o conforto, a saúde e bem-estar da mulher. Este momento de interação entre futura EEESMO e mulher privilegiava o esclarecimento de dúvidas, desmistificando algumas crenças, bem como o recolher de informação pertinente e complementar, de modo a personalizar mais a minha prática de cuidados. Todas as minhas avaliações foram debatidas com a EEESMO de modo a questionar e motivar a minha aprendizagem.

No início de cada turno era elaborado o plano de cuidados para as parturientes que nos estavam atribuídas, o que permitiu prestar cuidados essencialmente a puérperas que estavam com alta prevista para esse dia, obrigando-me assim, a desenvolver a capacidade de promover uma educação para a saúde personalizada e culturalmente sensível abordando todos os aspetos importantes, desde os cuidados e segurança ao RN, à sexualidade, contraceção e possíveis desconfortos e complicações que suscitem a procura de ajuda especializada.

3.3.6 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

A mulher é o sujeito principal dos cuidados especializados do EEESMO durante a maior parte do seu ciclo vital, tendo com objetivo, de acordo com as suas competências, prestar cuidados individualizados e em parceria com as mulheres e família, assim como tendo em consideração todos os fatores socioculturais, económicos e espirituais.

De 22 de fevereiro a 14 de março de 2021 frequentei três serviços de um hospital de referência na região sul, ligados à saúde/doença ginecológica, sexual e reprodutiva da mulher. Foi-me dada a oportunidade de manter uma observação participativa e prestar cuidados especializados, colaborando com toda a equipa multidisciplinar na Unidade de Técnicas de Ginecologia (UTG), no Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida (CIRMA) e na Consulta de Gravidez não Desejada (CGND) desenvolvendo competências especializadas e dando-me uma maior abrangência como futura EEESMO.

Segundo a *International Confederation of Midwives* (ICM), os EEESMO são detentores de conhecimentos e competências necessários, que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade. Privilegiando, entre outras intervenções, a educação para a saúde e a utilização da evidência científica no planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados à mulher, família e comunidade (ICM competencies Wyatt, 2019).

Também o preconizado no Regulamento de Competências da OE (2019b), o EEESMO cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional, com disfunções sexuais, problemas de fertilidade ou infeções sexualmente transmissíveis; assim como promove a saúde da mulher em situações de aborto; cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Neste contexto de pandemia mundial que estamos a viver e com a restrição da entrada de acompanhantes nas instalações hospitalares, foi mais difícil estabelecer relação com os companheiros/famílias das clientes/utentes.

A consulta de Gravidez não Desejada (GND) é realizada em exclusivo por uma EEESMO, com o apoio da equipa médica, desde 2019, indo ao encontro do Regulamento nº139/2019, com vista a promover a melhoria e excelência dos cuidados às mulheres. Segundo o Parecer nº30/2013 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o EEESMO é o profissional mais habilitado e competente para a realização destas consultas, sendo o profissional que promove a

decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez (IVG), pois informa e orienta para os recursos da comunidade, bem como sobre a sexualidade e contraceção no período pós-aborto. Como tal o enfermeiro EEESMO tem as competências para conceber, planejar, implementar e avaliar as intervenções de cuidados que visam o potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto (OE, 2019).

O processo de GND nesta instituição é realizado em duas consultas, na primeira consulta dá-se o seguimento ao processo de IVG iniciado nos cuidados de saúde primários e a segunda consulta é de seguimento e controlo. Nesses dois momentos é realizado educação para a saúde sobre a vivência de uma sexualidade saudável, planeamento familiar e aconselhamento contracetivo. A segunda consulta é marcada aproximadamente duas semanas após a primeira, e nesse momento a EEESMO realiza ecografia Endo vaginal para visualizar a linha do endométrio e se for possível providencia a colocação de contraceção uterina da preferência da mulher. Sempre que exceda a sua área de competências encaminha para o médico. Caso seja necessário um acompanhamento mais prolongado, com nova administração de terapêutica ou reavaliação ecográfica são remarcadas as consultas necessárias.

É de salientar que nenhuma utente fica sem o seu planeamento de contraceção negociado/implementado, sempre em parceria e de acordo com a sua escolha, condição de saúde de modo a promover uma vida sexual e reprodutiva saudável (Palma et al., 2021).

Nesta consulta tive a oportunidade de realizar citologias (Rastreio oportunista do CCU), colocar SIU, participar em todos os momentos de promoção para a saúde e planeamento familiar das utentes.

Em Portugal, ao contrário do que sucede noutros países da Europa, a IVG é também uma oportunidade de aconselhamento contracetivo. Constata-se que aproximadamente 93% das mulheres que realizaram IVG escolheram posteriormente um método de contraceção, o que permitiu reduzir o número de gravidezes indesejadas. Também, se verifica o decréscimo de ocorrência de complicações pós IVG (Direção Geral de Saúde, 2016).

Com a promoção para a saúde e planeamento de futuras gravidezes feita com as utentes que recorrem à IVG, temos com certeza ganhos em saúde. Questões éticas se levantam e me fizeram refletir, em qualquer área da enfermagem devemos estar isentos de julgamentos, mas esta é uma área extremamente sensível, não imitar juízos de valor é sem duvida ponto de honra desta consulta, pois as razões que levam as mulheres a

recorrer a este tratamento, são variadíssimas, e ouvir, apenas ouvir e instruir para que no futuro não se repita, ter ali a mulher e se for o caso e se for oportuno realizar um Rastreio organizado do Cancro do Colo do Útero (RCCU) é revelador de como os EEESMO têm competência de prestar os melhores cuidados de saúde à mulher.

Na UTG e para a patologia do colo do útero existe a Consulta de Enfermagem da Mulher dinamizada por uma EEESMO, é uma consulta autónoma de enfermagem integrada no programa de rastreio do cancro do colo do útero (RCCU) tem como objetivo fazer o acompanhamento da mulher pós – alta da consulta médica e encaminhamento para os cuidados de Saúde Primários. A EEESMO realiza as citologias das mulheres inseridas no programa de RCCU. A incidência da consulta é na educação para saúde sensibilizando e responsabilizando a mulher para a prevenção do CCU. Tive o privilégio de participar nesta consulta, observar os exames efetuados e intervir na promoção para a saúde das mulheres consultadas, dando-me uma maior consciência da área de abrangência do EEESMO e de como este pode em parceria com a mulher responsabilizá-la para a sua saúde.

Esta é uma unidade que abrange mulheres em idade fértil que por algum motivo recorrem para executar um exame complementar de diagnóstico e/ou tratamento de algum problema de saúde do seu sistema ginecológico e reprodutor e também as mulheres em fase de climatério e menopausa com vigilância do rastreio, de neoplasias e outras patologias do foro ginecológico. Segundo Lowdermilk & Perry, (2006) o climatério é uma fase transitória durante a qual se verifica uma diminuição da função dos ovários e da produção hormonal, é uma fase abrangente desde o período pré-menopausa até ao período pós menopausa (quando desaparecem na totalidade os sintomas). É por isso uma Unidade muito abrangente no que concerne ao desenvolvimento e à responsabilização para a saúde/doença ginecológica, sexual e reprodutiva da mulher nas diferentes faixas etárias.

Estive presente na consulta de Ginecologia Geral, nos exames de Histeroscopia de diagnóstico e terapêutica, onde foram removidos miomas ou pólipos da cavidade uterina. Tendo neste caso, tido a oportunidade de dar apoio direto às utentes durante e após o procedimento com a supervisão da enfermeira responsável pela sala de exames. E também presenciei colposcopias onde se examina o colo do útero com mais pormenor e realizam citologias em meio líquido para despistar as diferentes estirpes de HPV. É nesta consulta de colposcopia que se realizam as conizações, quando é diagnosticado cancro do colo do útero.

No CIRMA que é um centro hospitalar de fertilidade e reprodução medicamente assistida recebe mulheres/casais já referenciados por não conseguirem engravidar e aí vão ser estudados para assim, terem mais hipótese de concretizar um sonho ou objetivo das suas vidas que é serem mães/pais.

A expectativa de vida da maioria das pessoas em todo o mundo inclui o exercício da parentalidade. No entanto, nem todos os casais que desejam ser pais irão alcançar esse objetivo de forma espontânea, sendo que uma percentagem necessitará de ajuda medida para o conseguir. A infertilidade tem sido considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública.

A OMS define infertilidade como a “ausência de gravidez após dois anos de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção”. Existe, no entanto, consenso em considerar que após um ano, deve ser iniciado um processo de avaliação de eventuais fatores envolvidos (Direção-Geral da Saúde, 2008).

A infertilidade considera-se primária quando não houve uma gravidez prévia e secundária nas demais situações, mesmo que a gravidez tenha resultado em aborto ou gravidez ectópica. As causas de infertilidade são múltiplas e podem, ou não, estar associadas a anomalias do sistema reprodutor masculino ou feminino. A investigação deve desenvolver-se de forma faseada e abranger simultaneamente os dois elementos do casal, uma vez que em cerca de 30% dos casos, ambos contribuem para o problema. As percentagens relativas dos fatores de infertilidade presentes não são universais, mas globalmente, é possível identificar um fator masculino em 30%-40% dos casos. Na mulher a patologia ginecológica está presente também em 30%-40% das situações (endometriose 5%, doença tubária 15%, entre outras) e a disovulação em 14%-15% (Direção-Geral da Saúde, 2008).

A fertilidade é influenciada por diversos fatores como, idade da mulher, de forma mais significativa acima dos 35 anos; tipo e frequência das relações sexuais; consumo de tabaco, de álcool ou drogas ilícitas assim como medicamentos utilizados; hábitos alimentares e estilos de vida e certos tipos de trabalho e/ou lazer associados a alterações significativas do peso ($IMC < 19$ e > 29) (Direção-Geral da Saúde, 2008).

O tratamento da Infertilidade pode ser cirúrgico, por indução de ovulação ou Técnicas de Procriação Medicamente Assistidas (TPMA). As TPMA são: Inseminação Artificial Conjugal (IAC); Fertilização in-vitro (FIV); Microinjeção (ICSI); Extração de espermatozoides do testículo (TESE); Doação de gâmetas.

A prestação de cuidados nesta área específica tem como objetivos principais: preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis; identificar, apoiar e orientar

os casais com dificuldade em obter uma gravidez espontânea; contribuir para o bem-estar do casal e para a sua realização parental e familiar.

Foi um grande desafio e ao mesmo tempo muito gratificante, tentar perceber todo o trabalho fantástico realizado nesta unidade, principalmente pelas EEESMOS, todos os ensinamentos, esclarecimentos de dúvidas, a sua disponibilidade constante de modo a diminuir a ansiedade sentida pelos casais durante os tratamentos. Tive oportunidade de presenciar praticamente todos os tratamentos realizados nesta unidade e a relação estabelecida com os casais.

Foi, no entanto, uma aprendizagem árdua por ser tão intensiva, em apenas três dias, mas importante, não esquecendo o laboratório e os Biólogos que aí desenvolvem o seu trabalho dando o seu contributo para que estes casais concretizem o seu sonho.

4. LIMITAÇÕES

Uma grande limitação acompanhou todo o meu percurso de aprendizagem e de aquisição de competências, como foi sendo referida neste Relatório. A situação pandémica veio trazer muitas limitações nas nossas vidas em geral e em particular nas instituições de saúde, onde foram impedidas as visitas a quem está internado, e onde se teve de fazer reestruturações/adaptações de modo a dar resposta a um número crescente de doentes infetados pelo Sars Cov-2 a necessitar de cuidados em internamento e mesmo em cuidados especiais, ficando outras áreas, indiscutivelmente para segundo plano.

Por esse motivo não me foi possível fazer sessões de formação nos contextos de CS e de Puerpério para divulgar o meu projeto de estágio e as ações que fui desenvolvendo durante esse período foi diretamente com as chefias e os pares presentes nos turnos de estágio, de modo a obter a sua colaboração e futura implementação nesses serviços.

Pelo mesmo motivo apenas tive oportunidade de participar numa aula, via *Teams*, do curso de PPP do ACES a que pertencia a UCSP onde fiz o estágio, e apenas como assistente.

Foi extremamente limitante o tempo para o desenvolvimento de competências, divulgação e desenvolvimento do projeto.

Houve ainda um problema de saúde que me afetou e limitou as minhas capacidades de comunicação, entre outras, com início em março de 2021 e ainda não terminou.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório serve para reflexão e consolidação das aprendizagens adquiridas durante todos os contextos da UC de ER, em todas as competências comuns e específicas como futura EEESMO e como mestre, promovendo, novamente, a mobilização de conhecimentos teóricos e científicos.

Tento com o tema deste RE, despertar os EEESMO de que o cuidar na nossa especialidade no período pós-parto, e especificamente nos primeiros dias em casa, é tão importante como os cuidados especializados de excelência prestados na vigilância da gravidez e no parto, numa altura em que se começam a dar AP às mães e seus bebés.

No entanto, ainda não existe uma infraestrutura, no nosso país, capaz de prestar os cuidados especializados, dando o apoio que as puérperas e RN necessitam, neste hiato de tempo entre a alta hospitalar e a primeira ida à unidade de saúde na comunidade. Para muitas famílias não existe sequer a visita domiciliária, e quando é feita no final da primeira semana de vida do RN, o mais provável é que não seja um EEESMO a fazê-la.

Foi deveras motivador perceber, através da realização da SR, que este é um tema de preocupação transversal a múltiplos países do mundo. Vários países da Europa ocidental já possuem diversas opções para as famílias que optam por ter AP, de modo que sintam segurança por existir uma política de continuidade de cuidados especializados com qualidade.

A Alta Precoce é motivo de satisfação para as mulheres/familiares, tendo considerado ser benéfico regressar ao ambiente familiar, mais tranquilo, confortável com mais interação do pai e outros apoios familiares.

O hospital teve um ganho de 20 horas em média por puérpera com as AP o que tem implicações relevantes na gestão de camas e em todos os custos relacionados com o internamento.

No nosso país existe uma necessidade notória de formação e envolvimento dos profissionais das instituições de saúde sobre AP e as necessidades das famílias que dela usufruem, assim como é extremamente importante a promoção da articulação de cuidados entre hospital e US da comunidade, de modo que as parturientes possam

receber cuidados especializados nos primeiros dias após a alta conforme preconizado e demonstrado na evidência científica confrontada neste RE.

Como futura EEESMO sinto, quase a terminar este percurso académico, que muitas barreiras foram ultrapassadas, umas com mais dificuldades do que outras. No entanto, cresce em mim, a necessidade de continuar a explorar e dar contributos para que esta área de atuação se desenvolva. Atingi os objetivos a que me propus, uma vez que este estudo ajudou a implementar o projeto de AP na instituição onde se desenvolveu, aumentando o grau de satisfação das mulheres e profissionais, com implicações para a saúde e economia. Embora, ainda numa fase inicial, acredito que este projeto de AP, seja impulsionador do desenvolvimento da PBE, valorizando a profissão e os cuidados de enfermagem especializada de excelência a serem replicados noutras instituições de saúde.

Apesar das dificuldades, conseguimos desenvolver competências como EEESMO na prestação de cuidados especializados autónomos e interdependentes, a todas as Mulheres e sua família inseridas na comunidade, ao longo do seu ciclo de vida. Foi desenvolvida em paralelo com as competências técnicas, a prática reflexiva e a adaptação dos cuidados a cada ser de forma única, integrando a evidência científica em todos os contextos de EC, tendo-me ajudado no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Irei começar uma nova etapa, esperando continuar o meu desenvolvimento de forma sólida e responsável, e comprometo-me a continuar a divulgar, a investigar e a trabalhar nesta área de atuação de modo a contribuir para a sua difusão no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C., Costa, F., Graça, P., Menezes, B., Mota, E., Oliveira, D., Órfão, A., Torgal, L. A., Vicente, L. F., & Silva, J. A. (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Em *Direção Geral da Saúde*.
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- American Academy of Pediatrics. (2021a). 11 condições comuns em recém-nascidos - *HealthyChildren.org*. American Academy of Pediatrics. <https://healthychildren.org/English/ages-stages/baby/Pages/Common-Conditions-in-Newborns.aspx>
- American Academy of Pediatrics. (2021b). Como seu recém-nascido se comporta - *HealthyChildren.org*. American Academy of Pediatrics. <https://healthychildren.org/English/ages-stages/baby/Pages/How-Your-Newborn-Behaves.aspx>
- Aune, I., Dahlberg, U., & Haugan, G. (2018). Health-promoting influences among Norwegian women following early postnatal home visit by a midwife. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(4), 177–186. <https://doi.org/10.1177/2057158517733244>
- Aune, I., Voldhagen, H., Welve, I., & Dahlberg, U. (2021). Early discharge from hospital after birth: How Norwegian parents experience postnatal home visits by midwives – A qualitative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 30(May). <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100672>
- Benahmed, N., San Miguel, L., Devos, C., Fairon, N., & Christiaens, W. (2017). Vaginal delivery: How does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1465-7>
- Boulvain, M., Perneger, T. V., Othenin-Girard, V., Petrou, S., Berner, M., & Irion, O. (2004). Home-based versus hospital-based postnatal care: A randomised trial. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 111(8), 807–813. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS%7B%7DPAGE=reference%7B%7DD=med5%7B%7DNEWS=N%7B%7DAN=15270928%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS%7B%7DPAGE=reference%7B%7DD=emed9%7B%7DNEWS=N%7B%7DAN=39061503>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Atenção à Saúde do Recém-Nascido: guia para os profissionais de saúde. Em *Atenção à Saúde do Recém-Nascido* (Vol. 1). https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v2.pdf
- Centro Hospitalar de Leiria. (sem data). Vou ser Mamã, Alta do Serviço |. Em *Centro Hospitalar de Leiria*. Obtido 13 de Fevereiro de 2022, de <http://www.chleiria.pt/utentes-e-visitas/-/alta-do-servico-43/>
- Cerejeira, I., Cardoso, A., & Portugal, J. (2022). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Materna e Obstétrica. Em *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/padr-es-de-qualidade-mceesmo/full-view.html>
- CHLN. (2020). *GUIA DE ACOLHIMENTO NO SECTOR DO PUERPÉRIO (PÓS-PARTO)*. [https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/servico_obstetricia/Guia_de_acolhimento_no_Sector_do_Puerperio_\(pos-parto\).pdf](https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/servico_obstetricia/Guia_de_acolhimento_no_Sector_do_Puerperio_(pos-parto).pdf)
- CHUSJ. (2021). Pós-parto | *CHU de São João*. <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/425>
- Clode, Nuno; Afonso, M. de C., & Fonseca, Andreia; Pinto, L. T. (2021). *Versão Cefálica Externa*.
- Dahlberg, U., Haugan, G., & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the

- early postnatal period. *Midwifery*, 39, 57–62. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003>
- Diário da República. (2014). Lei n.º 15/2014 - Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 57 — 21 de março de 2014, 2127–2131. <https://dre.pt/application/conteudo/571943>
- Direção-Geral da Saúde, M. D. S. (2008). Saúde Reprodutiva, Infertilidade. *Direcção-Geral da Saúde: Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*, 1–18.
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/a-dgs/direcao-e-organica/direcao-de-servicos-de-prevencao-da-doenca-e-promocao-da-saude/divisao-de-saude-sexual-reprodutiva-infantil-e-juvenil.aspx>
- Gözüm, S., & Kiliç, D. (2005). Health problems related to early discharge of Turkish women. *Midwifery*, 21(4), 371–378. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.02.005>
- Graça, L. M. (2017). *Medicina matero-fetal* (5ª, Número 5ª edição). Lidel.
- ICM competencies Wyatt. (2019). Essential Competencies. Em *People & Strategy* (Vol. 32, Número 2). <http://w3.bgu.ac.il/lib/customproxy.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=43594828&site=eds-live&authtype=ip,uid&custid=s4309548&groupid=main&profile=eds>
- James, L., Sweet, L., & Donnellan-Fernandez, R. (2017a). Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. Em *Women and Birth* (Vol. 30, Número 2, pp. 87–99). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.013>
- James, L., Sweet, L., & Donnellan-Fernandez, R. (2017b). Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. *Women and Birth*, 30(2), 87–99. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.013>
- JB1. (2020). *JB1 Manual for Evidence Synthesis - JB1 Global Wiki* (E. Aromataris & Z. Munn (eds.)). <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JB1MES-20-01>
- Jones, E., Stewart, F., Taylor, B., Davis, P. G., & Brown, S. J. (2021). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002958.PUB2/INFORMATION/EN>
- Kurth, E., Krähenbühl, K., Eicher, M., Rodmann, S., Fölmli, L., Conzelmann, C., & Zemp, E. (2016). Safe start at home: What parents of newborns need after early discharge from hospital - A focus group study Healthcare needs and demand. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1300-2>
- Leitão, H. (2018, Novembro 19). *Má progressão ponderal no recém-nascido | Pedipedia - Enciclopédia Pediátrica Online*. artigo profissional. <https://pedipedia.org/artigo-profissional/ma-progressao-ponderal-no-recem-nascido>
- Lowdermilk, L., & Perry, S. E. (2008). Enfermagem na Maternidade. Em Lusodidacta (Ed.), *Enfermagem na Maternidade* (7º).
- Lowdermilk, L., Perry, S. E., & Cashion, M. C. (2014). *Maternity Nursing - Revised Reprint*. 904.
- McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice - A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8(6), 412–419. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002>
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 -. Em *Diário da República*, 1.ª série — N.º 157. <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Em *Lidel - Edições Técnicas, Lda* (1ª edição). Lidel.
- Nilsson, I. M. S., Kronborg, H., Knight, C. H., & Strandberg-Larsen, K. (2017). Early discharge following

- birth – What characterises mothers and newborns? *Sexual and Reproductive Healthcare*, 11, 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.007>
- Nunes, L. (2013). *CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, nº26, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República*, 2ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019, 13560–13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Otoni, A. C. S., & Grave, M. T. Q. (2014). Avaliação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(2), 151. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i2p151-158>
- Palma, S., Presado, M. H., & Ayres-de-Campos, D. (2021). *Perceção de enfermeiros portugueses sobre a tomada de decisão contraceptiva de mulheres após aborto voluntário: Contributo de um grupo focal*. 8, 707–714. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.707-714>
- Pedro, A. (2021, Janeiro 25). *É urgente retomar o rastreio do cancro do colo do útero – Observador*. jornal. <https://observador.pt/opiniao/e-urgente-retomar-o-rastreio-do-cancro-do-colo-do-uterio/>
- Petrou, S., Boulvain, M., Simon, J., Maricot, P., Borst, F., Perneger, T., & Irion, O. (2004). Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: An economic evaluation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(8), 800–806. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00173.x>
- Santos, Â. (2019). *A importância do rastreio atempado do cancro do colo do útero*. Direção Geral de Saúde (DGS). <https://www.trofasaude.pt/bragacentro/noticias-e-eventos/noticias/cancro-do-colo-do-uterio-a-importancia-do-rastreio-e-diagnostico-precoce/>
- Scrivens, L., & Summers, A. D. (2001). Home too soon? A comment on the early discharge of women from hospital after childbirth. *Australian journal of midwifery : professional journal of the Australian College of Midwives Incorporated*, 14(3), 28–31. [https://doi.org/10.1016/S1445-4386\(01\)80022-7](https://doi.org/10.1016/S1445-4386(01)80022-7)
- Sequeira, A., Pausa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. LIDEL.
- Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Direitos e Deveres do Utente*. <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/direitos-e-deveres-do-utente/>
- SESARAM, E. P. E. (sem data). *Serviço de Urgência - Pós-parto*. Obtido 13 de Fevereiro de 2022, de https://www.sesaram.pt/maternidade/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=184
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública* (Lusodidacta (ed.); 7ª Edição). <https://www.lusodidacta.pt/enfermagem/54-enfermagem-de-saude-publica>
- Stevens, B., Guerriere, D., Mckeever, C. P., Croxford, R., Miller, K.-L., Msw, M. A., Watson-Macdonell Mscn, J., Gibbins, S., Dunn, M., Ohlsson, A., Ray, K., Rn, M., Coyte, P., & Phd, M. A. (2006). *NURSING AND HEALTH CARE MANAGEMENT AND POLICY Economics of home vs. hospital breastfeeding support for newborns. March 2005*, 233–243.
- Swanson, K. M. (1993). Informed Caring. *IMAGE: Journal of nursing scholarship*, 25(4), 352–357.
- Torgal, A. L., Sales, C., Dias, I., Tavares, M., Odilon, N., Souto, P., Miguel, P., Pestana, R., Machado, S., Antunes, V., & Cardoso, V. (2019). *Livro de Bolso: Programas de Preparação para o Parto, Adaptação à Parentalidade e ao Pós-Parto*.

ULSAM. (2014). *Serviço de Obstetrícia GUIA DE ACOLHIMENTO-SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA*.

Verpe, H., Kjellefold, M., Moe, V., Smith, L., Vannebo, U. T., Stormark, K. M., Søvik, M. L., & Skotheim, S. (2019). Early postpartum discharge: maternal depression, breastfeeding habits and different follow-up strategies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 85–92.
<https://doi.org/10.1111/scs.12604>

WHO. (2005). Sobrevivência neonatal. *Lancet*, Março, 1–60.

World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Wright, L. M., & Maureen, L. (2011). *Enfermeiras e Famílias* (L. Roca (ed.); 5ª Edição).
<https://www.wook.pt/livro/enfermeiras-e-familias-lorraine-m-wright/16123060>

Zirpoli, D. B., Mendes, R. B., Reis, T. S., Barreiro, M. do S. C., & Menezes, A. F. de. (2019). Benefits of the Kangaroo Method: An Integrative Literature Review / Benefícios do Método Canguru: Uma Revisão Integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(2), 547–554.
<https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.V11I2.547-554>

ANEXOS

Anexo I – Síntese de registros 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 | <u>47</u> |
| 2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman | |
| • Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100) | <u>160</u> |
| 3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor. | |
| • Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40) | <u>65</u> |
| • Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries | <u>1</u> |
| • Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births | <u>3</u> |
| • Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births | <u>19</u> |
| • Episiotomia/Episiotomy | <u>3</u> |
| • Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy | <u>49</u> |
| 4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk | |
| • Gravidez/Pregnancy (40) | <u>109</u> |
| • Trabalho de parto/Labor | <u>47</u> |
| • Puerpério/Puerperium | <u>15</u> |
| 5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/Supervision and care to the women in the postnatal period (100) | <u>118</u> |
| 6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/Supervision and care to the healthy new-born (100) | <u>139</u> |
| 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 | <u>21</u> |
| 8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology | <u>27</u> |

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

- Colocação de DIU/IUD insertion practice 4
- Colocação de implantes/Implants insertion practice 4
- Observação ginecológica e colpocitologia/Gynecological observation practice and colpocytology 12

10. Prática Simulada/Simulated practice

- Prática em partos eutócicos/Practice eutocic delivery 2
- 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 3
- Prática na colocação de implantes/Implants insertion practice 1
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/Gynecological observation practice and colpocytology 2

Lisboa, 30/11/2021

Estudante/Student

Ana Raquel de Branco Ribeiro

Docente/Teacher

[Signature]

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

M^{te} Anabela Ferreira do Santos

APÊNDICES

Apêndice 1 - Fundamentação científica do
Projeto de Estágio com Relatório

Fundamentação científica do Projeto de Estágio com Relatório

O CUIDAR DO ENFERMEIRO OBSTETRA À PUERPERA E RECEM-NASCIDO APÓS A ALTA PRECOCE

Ana Margarida Branco Ribeiro
Sob Orientação da Professora Doutora Maria Helena Presado
11º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Almada
Maio, 2021

Índice

1	TÍTULO DO PROJETO.....	3
2	AUTORES DO PROJETO/FUNÇÕES/INSTITUIÇÕES	3
3	LISTA DE ABREVIATURAS	3
4	INTRODUÇÃO	3
5	OBJETIVOS	5
6	METODOLOGIA.....	5
6.1	Tratamento de dados.....	6
7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	6
8	CRONOGRAMA	8
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9

1. TÍTULO DO PROJETO

O cuidar do Enfermeiro Obstetra à puérpera e recém-nascido após a alta precoce

2. AUTORES DO PROJETO/FUNÇÕES/INSTITUIÇÕES

Ana Margarida Ribeiro ¹ & Maria Helena Presado ²

¹ Mestranda em Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Enfermeira

² Doutora em Psicologia: ramo Psicologia Clínica e da Saúde, Mestre em Comportamento Organizacional, Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

3. LISTA DE ABREVIATURAS

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EESMO – Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

RCEEESMO - Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

RN – Recem-Nascido

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

4. INTRODUÇÃO

A duração do internamento no pós-parto tem vindo a diminuir no nosso país, em todos os tipos de parto, existindo assim uma evolução para um cuidado mais humanizado indo ao encontro das expectativas das famílias sem prejudicar os cuidados de saúde.

O internamento no pós-parto tem dois objetivos principais, o primeiro é identificar complicações na mãe e no recém-nascido e o segundo é providenciar o apoio necessário à mãe no regresso a casa (Bravo et al., 2011). Que poderá ser complementado com um suporte, apoio especializado nos primeiros dias após a alta hospitalar.

Neste sentido e no âmbito do 11º CMESMO da ESEL, tendo em conta o desenvolvimento de competências e obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), foi-nos proposto a elaboração de um projeto para implementar ao longo do Estágio com Relatório. O presente Projeto foi conceptualizado para ser desenvolvido no Serviço de Internamento de Puérperas, acompanhando as parturientes com gravidez e partos de baixo risco com

probabilidade para alta precoce e o desenvolvimento do seu acompanhamento por um EESMO após a alta.

O período após a alta hospitalar para uma nova família e principalmente para a nova mãe é crítico, necessitando de apoio e orientação de modo a ajudar a ultrapassar esta etapa tão delicada das suas vidas. O nascimento de um filho representa um acontecimento especial na vida familiar e principalmente da mulher, pois está repleto de emoções, de transformações físicas e psicológicas. Por esse motivo a nova mãe vivência momentos de alegria e felicidade, mas também pode sentir medo, ansiedade, provocando insegurança e momentos de conflito de emoções.

O período pós-parto ou também denominado puerpério, tem uma duração de seis semanas. As mudanças fisiológicas que ocorrem no puerpério são distintas, embora normais, à medida que os processos relacionados com a gravidez regridem (Lowdermilk & Perry, 2008). Nesta fase ocorre simultaneamente o efetivo exercício da maternidade, na qual a mulher experimenta profundas modificações. Assim, este evento pode ser concebido como um fenômeno de grandes alterações no âmbito tanto biológico, quanto psicológico e sociocultural. O puerpério é concomitantemente o momento de assistência e avaliação do recém-nascido abrangendo intervenções de enfermagem na promoção de saúde, na prevenção e no despiste de complicações.

Perante esta tendência em reduzir o tempo de internamento após os nascimentos, de modo a promover a satisfação da mulher e sua família, e em simultâneo a necessidade sentida de um cuidado especializado nos primeiros dias depois da alta hospitalar, impõe-se que o EESMO exerça as competências previstas no regulamento da OE no que visa o cuidar da mulher e recém-nascido no pós-parto.

Voltar para casa do hospital com um filho recém-nascido é um desafio que resulta em necessidades significativas de apoio e acompanhamento da saúde materno-infantil. Mesmo em países com mais recursos, os acessos aos cuidados domiciliários de acompanhamento não são garantidos devido à falta de coordenação entre serviços. Para atender às suas necessidades, os novos pais desejam serviços de atendimento integrado, uma linha de apoio 24 horas, visitas domiciliárias por profissionais de saúde qualificados e a possibilidade de apoio doméstico (Kurth et al., 2016).

Está previsto na Secção II, artigo 18 do DRE Cooperação entre serviços, o acompanhante e a mulher grávida ou puérpera (SNS, 2019) no Nº 2 na pag 9

“2 - Após a alta hospitalar e durante a primeira semana de puerpério, o estabelecimento de saúde em que ocorreu o parto deve garantir um contacto, designadamente telefónico, com disponibilidade permanente, para que a mulher puérpera, o pai, outra mãe ou pessoas de referência

possam esclarecer dúvidas, designadamente sobre cuidados a ter com o recém-nascido, aleitamento materno ou a condição de saúde física ou emocional da mulher puérpera.”

Em Portugal, muitas das maternidades não disponibilizam o serviço mencionado na legislação. No hospital onde exerço funções as puérperas recorrem com frequência ao SUOG por situações que denunciam falta de apoio especializado após a alta hospitalar. Nos Cuidados de Saúde Primários não são todos os Centros de Saúde que fazem a visita domiciliar à puérpera, os que a fazem é só do quarto ao sexto dia para a realização do “teste do pezinho” ou diagnóstico precoce e a maioria das puérperas não são abrangidas por essa visita. Existe uma deficiente articulação entre o meio hospitalar e os Cuidados de Saúde Primários de modo a apoiar as puérperas e suas famílias nas suas dúvidas e na adaptação a esta nova função de pais.

5. Objetivos

- Analisar as dificuldades da puérpera e recém-nascido após a alta precoce, com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto;
- Colaborar na elaboração da proposta: uma linha de apoio com videochamada à puérpera, disponível 24h, de modo que a mulher ou os conviventes significativos possam aceder para esclarecimento de dúvidas;
- Avaliar/analisar as intervenções de enfermagem de apoio à puérpera após a alta;

6. METODOLOGIA

O EEESMO deve incorporar na sua prática estratégias especializadas baseadas na evidência, alicerçados em cuidados que potenciem uma vivência de experiências positivas na vida dos seus clientes. A evidência científica encontrada na revisão da literatura efetuada com recurso à metodologia *Scoping Review* do JBI, comprova que as famílias esperam cuidados de saúde especializados. Segundo o estudo efetuado por (Kurth et al., 2016), os pais referem necessitar de apoio especializado após a alta e dão relevância a uma linha telefónica, 24horas por dia, para esclarecimento de duvidas. Já (Stevens et al., 2006) refere que em termos económicos, não existem diferenças significativas entre prolongar os cuidados no hospital ou ter uma assistência domiciliária especializada. E (Boulvain et al., 2004) salienta ainda, que tendo esses recursos disponíveis, deve-se respeitar a escolha das mães e suas famílias, promovendo a sua satisfação nos cuidados de saúde.

Os dados que pretendo analisar estão diretamente relacionados com o meu projeto individual que promove a alta precoce da puérpera de baixo risco que deverá acontecer num período de internamento igual ou superior a 24h pós-parto segundo a WHO, 2018 com vigilância e

acompanhamento de um EEESMO, através de visita no domicílio ou por videochamada/contacto telefónico, nesta instituição será por contacto telefónico.

Integrando os resultados da evidência científica descrita, pretendo de forma retrospectiva, analisar os resultados dos indicadores pertinentes para um regresso a casa com qualidade da puérpera e do seu RN. Pretendo analisar apenas os dados pertinentes e necessários ao meu projeto, existentes no processo clínico das utentes no hospital, na plataforma SCLINICO, garantindo o anonimato das utentes de modo que, no tratamento dos dados não irão constar dados identificativos, como o nome ou número de processo.

7.Tratamento de dados

Pretendo avaliar:

- O número de puérperas que teve alta precoce, partos vaginais com internamento < a 48h e CST< a 96h até 31/10/2021;
- as dificuldades no regresso a casa: na amamentação, no repouso, no autocuidado e no cuidado ao recém-nascido;
- o nível de satisfação com a alta precoce
- se houve necessidade de recorrer ao SUOG e qual ou quais os motivos: amamentação; hemorragia; períneo/sutura;
- se houve necessidade de recorrer ao SUP e qual ou quais os motivos;
- número de chamadas não atendidas;
- contactos feitos pela puérpera/família ao serviço de Puérperas para esclarecimento de dúvidas no mês após a alta.

8.CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os enfermeiros na sua prática clínica se devem reger por padrões de qualidade de acordo com as suas competências, incluindo as de domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. O Enfermeiro Especialista deverá desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, assim como garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019a)

A Enfermagem enquanto profissão é regulada por princípios éticos, descritos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e pelo Regulamento de Exercício Profissional (REPE), alicerçados nos princípios dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Todas as questões éticas intrínsecas ao presente projeto terão em conta salvaguardar os princípios éticos, beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013).

Todos os dados apresentados neste projeto serão anónimos, sem referência aos dados pessoais que possam identificar as utentes e comprometer o seu anonimato. Os dados recolhidos no âmbito deste estudo são propriedade hospitalar e os indicadores a analisar não irão contemplar dados identificativos das utentes/famílias, como os seus nomes e/ou números de processo, assim como dos profissionais da instituição e serão destruídos após a colheita de informação garantindo os princípios éticos do anonimato e confidencialidade. Os participantes no estudo terão conhecimento deste e ao concordar participar irão assinar a declaração de consentimento informado (Apêndice II), no momento da alta precoce, onde é esclarecido que serão contactados pelo enfermeiro para acompanhamento do puerpério no domicílio e que os dados serão compilados para posterior avaliação e que, em qualquer momento puderam abandonar o estudo sem qualquer prejuízo, e o estudo não implica risco, acarreta qualquer custo ou incómodo para o participante.

9. CRONOGRAMA

[illegible]

10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boulvain, M., Perneger, T. V, Othenin-Girard, V., Petrou, S., Berner, M., & Irion, O. (2004). Home-based versus hospital-based postnatal care: A randomised trial. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 111(8), 807–813.
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS%7B%7DPAGE=reference%7B%7DD=med%7B%7DNEWS=N%7B%7DAN=15270928%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS%7B%7DPAGE=reference%7B%7DD=emed%7B%7DNEWS=N%7B%7DAN=39061503>
- Bravo, P., Uribe, C., & Contreras, A. (2011). Early postnatal hospital discharge: The consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Revista da Escola de Enfermagem*, 45(3), 758–763. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300030>
- Lei 21/2014, 2014-04-16 - DRE, Diário da República nº75/2014, Série I de 2014-04-16 2450 (2014).
<https://dre.pt/pesquisa/-/search/25344024/details/maximized>
- Kurth, E., Krähenbühl, K., Eicher, M., Rodmann, S., Fölmli, L., Conzelmann, C., & Zemp, E. (2016). Safe start at home: What parents of newborns need after early discharge from hospital - A focus group study Healthcare needs and demand. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–15.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1300-2>
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade* (Lusodidacta (ed.); 7º).
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, nº26, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República*, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019, 13560–13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Direitos e Deveres do Utente*. <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/direitos-e-deveres-do-utente/>
- Stevens, B., Guerriere, D., Mckeever, C. P., Croxford, R., Miller, K.-L., Msw, M. A., Watson-Macdonell Mscn, J., Gibbins, S., Dunn, M., Ohlsson, A., Ray, K., Rn, M., Coyte, P., & Phd, M. A. (2006). *NURSING AND HEALTH CARE MANAGEMENT AND POLICY Economics of home vs. hospital breastfeeding support for newborns. March 2005*, 233–243.

Apêndice 2 - Instrumento de colheita de dados

Registo de enfermagem do contacto telefónico 24h pós-alta

Vinheta da utente

Contacto telefónico:	Data e hora da alta: / / __:__	Dia e hora da chamada: / / __:__	Tipo de parto:
Centro de Saúde:	Médico de família:	Enfº de família:	IO: IG:

Dados importantes do Internamento/Alta:

Avaliação da Puérpera

Nível de energia sentido: _____

Observação:

Mamas	Moles ☐	Ingurgitadas ☐	Sinais inflamatórios Sim ☐ Não ☐		Consegue extrair leite Sim ☐ Não ☐		Mamilos íntegros Sim ☐ Não ☐	
Lóquios	Coágulos ☐	Escassos ☐	Moderados ☐		Hemáticos ☐	Sero hemáticos ☐		Cheiro ☐
Dor	Sim ☐	Não ☐	Períneo ☐		Abdómen ☐	Notas: _____		
Penso da sutura	Limpo ☐	Seco ☐	Repassado ☐		Características: Agrafos/intradérmica? _____			
Edemas	Sim ☐	Não ☐	MIS ☐	MIS e MS ☐	Períneo ☐	Generalizados ☐		

Alimentação e hidratação: _____

Eliminação vesical: _____ Eliminação intestinal: _____

Padrão de sono: _____

Existem estratégias para recuperação de energia: Sim ☐ Não ☐

Cuidados ao bebé

Alimentação	Leite materno ☐	Leite adaptado ☐	Alimentação mista ☐	Horários: _____ _____
Pele	Cor ☐	Hidratada ☐	Couto umbilical ☐	
Padrão de sono	Eliminação vesical Sim ☐ Não ☐	Eliminação intestinal Sim ☐ Não ☐	Cólicas Sim ☐ Não ☐	

A mãe está autónoma:

Na alimentação do bebé Sim ☐ Não ☐	Mudar a fralda Sim ☐ Não ☐	Banho Sim ☐ Não ☐
Cuidados com o Coto Umbilical Sim ☐ Não ☐	Segurança (agua do banho, onde dorme, deixar o bebé sozinho, preparação de LA)	Acolhimento do bebé em casa Irmãos:

Avaliação do bem-estar emocional

Autoavaliação adequada Sim ☐ Não ☐	Projeção positiva no futuro Sim ☐ Não ☐	Estabilidade e harmonia familiar Sim ☐ Não ☐	Apoio do companheiro nas tarefas domésticas Sim ☐ Não ☐	Apoio do companheiro no cuidado ao bebé Sim ☐ Não ☐
Tem outras ajudas: Sim ☐ Não ☐ Quais: _____				

Considerou benéfico a alta precoce? Sim ____ Não ____,

Justifique a sua resposta :

Educação para saúde:

Verbaliza compreensão da informação transmitida: _____

Agendamentos: _____

Avaliação ponderal do bebé: _____

Consulta de Vigilância de Saúde do Bebê a _____

Diagnóstico Precoce a _____

Disponibilizar o contacto telefónico do serviço em caso de necessidade.

Apêndice 3 - Folha de consentimento informado

Consentimento Informado esclarecido e livre

Título do estudo: O cuidar do Enfermeiro Obstetra à puérpera e recém-nascido após a alta precoce

Investigadora: Ana Margarida Ribeiro, enfermeira e aluna do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Helena Presado.

No âmbito do meu projeto de Estágio com Relatório pretendo desenvolver competências de enfermeiro especialista analisando os dados recolhidos na chamada telefónica feita 24h após a sua alta precoce. Tendo como objetivo identificar quais as maiores dificuldades sentidas ao chegar a casa e o grau de satisfação por ter tido alta mais cedo, de modo a promover uma maior satisfação e segurança à puérpera e recém-nascido após a alta precoce, assim como proporcionar cada vez mais os melhores cuidados de saúde especializados à população que nos procura.

Este documento pretende formalizar o consentimento e participação voluntária no estudo, sendo garantido o total sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes. Os dados obtidos serão usados apenas para fins da investigação.

Os participantes têm o direito de anular o consentimento e abandonar o estudo, em qualquer momento e sem quaisquer prejuízos.

A participação no estudo não apresenta qualquer tipo de risco, custo ou incómodo para a participante.

Declaro que aceito colaborar no estudo supracitado, assinando o consentimento de forma livre e esclarecida.

Data: __/__/2021

Assinatura do participante:

Assinatura da investigadora:

Apêndice 4 - Artigo SR

O cuidar do EEESMO após a alta precoce da puérpera e RN: uma *scoping review*

Presado, M.H.¹ & Ribeiro, A.M.²

¹Licenciatura em Enfermagem, Especialidade em Saúde Materna e Obstétrica, Docente do Departamento de Saúde Materna e Obstétrica, Mestrado em Comportamento organizacional, Doutoramento em Psicologia. ²Licenciatura em Enfermagem, Mestranda em Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Autor correspondente: amribeiro@campus.esel.pt

ABSTRACT

Objetivo: Mapear e explorar a evidência científica disponível sobre o cuidar de um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna à puérpera e recém-nascido, nas primeiras 24 horas após a alta hospitalar precoce. **Introdução:** A problemática em estudo prende-se com a tendência que se observa, de que a permanência no hospital de uma puérpera e seu recém-nascido após o parto, ser cada vez menor. A duração do internamento no pós-parto tem vindo a diminuir no nosso país, em todos os tipos de parto, existindo assim uma evolução para um cuidado mais humanizado indo ao encontro das expectativas das famílias sem prejudicar os cuidados de saúde. **Métodos:** Realizada uma *Scoping Review*, utilizando a metodologia recomendada pela *Joanna Briggs Institute* (JBI). Para a sua realização recorremos à plataforma EBSCO e às bases de dados *MEDLINE Complete*, *CINAHL Complete* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*, em novembro de 2021. Critérios de inclusão: Todos os tipos de estudos que incluem as puérperas que tiveram partos de baixo risco, que foram sujeitas a uma alta precoce e tiveram cuidados especializados no pós-alta, entre 2000 e 2021, em português, inglês, francês e espanhol, com *Full Text*. **Resultados:** Emergiram doze estudos (dois são revisões sistemáticas da literatura, um *focus group study*, um estudo randomizado e os restantes são exploratórios), onze são em inglês e um em espanhol. Não foram encontrados estudos em português. **Conclusões:** A definição de alta precoce não é unânime. Todos os estudos selecionados salientam a importância e a necessidade sentida pelas puérperas de continuação de cuidados especializados, em concreto de um enfermeiro obstetra, após a alta precoce. Não foram encontrados estudos realizados em Portugal.

Palavras-chave: alta precoce, cuidar, puérpera, recém-nascido, enfermeiro obstetra

Introdução

A tendência que se observa é de que a permanência no hospital de uma puérpera e recém-nascido após o parto, ser cada vez menor. A duração do internamento no pós-parto tem vindo a diminuir no nosso país (em todos os tipos de parto), existindo assim uma evolução para um cuidado mais humanizado indo ao encontro das expectativas das famílias sem prejudicar os cuidados de saúde. Em média, a alta é de 48h a 72h para um parto vaginal, eutócico ou distócico, e de 72h a 96h para uma cesariana (Bravo et al., 2011).

O período após a alta hospitalar para uma nova família e principalmente para a puerpera é crítico, necessitando de apoio e orientação de modo a ajudar a ultrapassar esta etapa tão delicada das suas vidas. O nascimento de um filho representa um acontecimento especial na vida familiar e principalmente da

mulher, pois está repleto de emoções e transformações físicas e psicológicas (Torgal et al., 2019). Por esse motivo, a puerpera vivencia momentos de alegria e felicidade, mas também pode sentir medo, ansiedade, provocando insegurança e momentos de conflito de emoções (Torgal et al., 2019).

Socialmente vivemos cada vez mais isolados, a noção de família alargada em que as novas mães poderiam usufruir do apoio dos elementos mais experientes deixou de existir, pois na maioria dos casos, todos os outros elementos da família ainda se encontram a trabalhar. Assim a puérpera encontra-se isolada e sem apoios para a sua adaptação à nova identidade, com um bebé que está a conhecer e com todas as outras tarefas domésticas a seu cargo.

Segundo a WHO (2013), todas as mulheres deveriam permanecer

internadas pelo menos 24h após o parto, de modo a assegurar que as mães e os seus recém-nascidos tenham um atendimento adequado e uma identificação precoce de complicações que surgem com mais frequência no puerpério imediato.

A tendência internacional da redução nos tempos de internamento hospitalar baseia-se nos esforços para reduzir os custos dos cuidados de saúde, juntamente com as exigências para haver menos intervenções medicamentosas e experiências mais centradas na família. A alta precoce para mães e recém-nascidos saudáveis viabiliza uma abordagem mais humanizada ao nascimento, permite um maior envolvimento dos pais, diminui a rivalidade entre irmãos, melhora o descanso da mãe, minimiza o risco de infeções nosocomiais e também promove o aumento da confiança materna no cuidado ao seu bebé. (Benahmed et al., 2017).

A legislação portuguesa prevê que após a alta hospitalar e durante a primeira semana de puerpério, a instituição de saúde onde ocorreu o parto, garanta um contacto com disponibilidade permanente, designadamente telefónico, de modo que a puérpera/casal ou outra pessoa de referência a possam utilizar para esclarecimento de dúvidas sobre: cuidados ao RN, amamentação, condição física ou psicológica da puérpera (Diário da República, 2014).

Em Portugal, muitas das maternidades não disponibilizam este serviço. Da nossa experiência, as puérperas recorrem com frequência ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica por situações que denunciam falta de apoio especializado após a alta hospitalar. Nem sempre é oferecida a visita domiciliária, por parte dos cuidados na comunidade e quando é realizada é em contexto do diagnóstico precoce, a maioria das puérperas não são abrangidas. Existe uma deficiente articulação entre o meio hospitalar e os Cuidados de Saúde Primários de modo a apoiar as puérperas e suas famílias

nas suas dúvidas e na adaptação a esta nova função de pais.

Objetivos e Questão de investigação

Ao pretendermos mapear e explorar a evidência científica disponível sobre os benefícios de um contacto com um enfermeiro obstetra nas primeiras 48 horas da puérpera e RN após a alta precoce, realizou-se uma *scoping review* (SR).

Para esse fim foi concebida uma questão de investigação em formato População, Conceito e Contexto (PCC) segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute (JBI, 2020)*.

O que é que a evidência revela sobre o cuidar do enfermeiro obstetra à puérpera e recém-nascido após a alta precoce?

A População são todas as puérperas que tiveram partos de baixo risco. E como Conceitos: Alta precoce, hospitalar da puérpera e recém-nascido (díade) após um parto de baixo risco, (sem patologia associada e sem complicações) depois de um período de internamento inferior a 48 horas. O Enfermeiro Obstetra, o cuidar e o recém-nascido. Não se aplicando o Contexto.

Foi utilizado o termo O Enfermeiro Obstetra por ser o termo reconhecido pelos descritores de ciências da saúde.

Critérios de inclusão

Serão incluídos todos os tipos de estudos independentemente do desenho e metodologia selecionada, do ano 2000 até 2021 e em português, inglês, francês, espanhol e em texto integral. Como tal, todas as evidências serão elegíveis para inclusão, incluindo artigos de opinião e artigos editoriais.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa teve como objetivo obter a informação mais atualizada e encontrar os estudos publicados mais pertinentes sobre o tema e iremos descrever a estratégia de pesquisa em três passos como recomendado pelo *JBI*.

Foi realizada uma pesquisa inicial limitada na plataforma EBSCO, e nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete para identificar artigos sobre o tema, seguido pela análise das palavras obtidas nos títulos e resumos dos artigos e dos termos indexados contidos nesses artigos. Isso permitindo o desenvolvimento de uma estratégia de pesquisa, incluindo a identificação das palavras-chave pertinentes e dos termos indexados que serão utilizados em cada fonte de informação.

Foi feita uma segunda pesquisa usando as palavras-chave identificadas segundo a mnemônica PCC e os termos indexados nas duas bases de dados referidas, revelando artigos correspondentes à temática. A pesquisa foi realizada em cada base de dados individualmente e termo a termo, em novembro de 2021 inserimos também, a base de dados *Cochrane Database of Systematic Reviews* com o mesmo princípio utilizado na pesquisa anterior.

A pesquisa nas bases de dados foi realizada com os termos naturais e de indexação.

Com a pesquisa das palavras identificadas na tabela obteve-se uma lista de referência de todos os artigos identificados em cada base de dados, através da junção de todos os termos de pesquisa de cada elemento da questão PCC, separadamente, com o designador booleano OR. Por conseguinte, após a junção de todos os elementos PCC e com o designador booleano AND, de acordo com as orientações do JBI.

Foram analisados todos os títulos e os resumos dos artigos selecionados de modo criterioso, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão, previamente definidos para a realização desta SR.

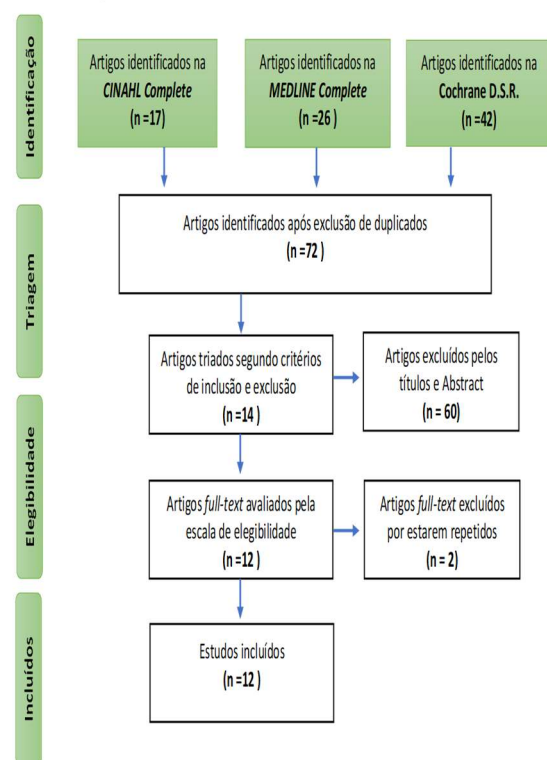
Da base de dados *CINAHL Complete* foram identificados 17 artigos, contudo, somente 4 respondiam aos critérios de inclusão e exclusão da SR. Relativamente à *Medline Complete* foram identificados 26 artigos, mas após aplicados os critérios de inclusão e exclusão 9 foram selecionados. Destes

13 artigos verificou-se que 2 se encontravam duplicados nas duas bases de dados, o “Early postpartum discharge: maternal depression, breastfeeding and different follow-up strategies.” (Verpe et al., 2019) e o “Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study” (Kurth et al., 2016). Na *Cochrane Database of Systematic Reviews* imergiram 42 revisões sistemáticas, mas apenas uma correspondia ao tema e aos critérios previamente definidos.

Seguidamente é apresentado um diagrama-resumo da pesquisa realizada, adaptado do *PRISMA Flow Diagram* para o processo de SR segundo JBI (2020).

Quadro 1: Triagem e seleção dos estudos

PRISMA Flow Diagram da SR



Extração de dados

Após a implementação das estratégias de pesquisa emergiram um total de 85 artigos provenientes das três bases de dados selecionadas, mas após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram apurados 12 estudos,

sendo que 11 são na língua inglesa e um na língua espanhola. Estes dão resposta à questão de pesquisa.

Ao realizar a extração dos dados efetuou-se uma análise dos estudos identificados das bases de dados acima apresentadas. Nesta análise, e conforme preconizado pela JBI, foram identificados no total de dose artigos científicos que procuram responder à questão inicial.

Na base de dados *CINALH Complete* identifiquei cinco artigos:

1. "Early postpartum discharge: maternal depression, breastfeeding and different follow-up strategies." (Verpe et al., 2019)
2. "Evaluación de los resultados del programa «Parto en el hospital, comadrona en casa» (Crespo et al., 2015)
3. "Health-promoting influences among Norwegian women following early postnatal home visit by a midwife" (Aune et al., 2018a)
4. "Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study" (Kurth et al., 2016)

Na base de dados *Medline Complete* identifiquei sete artigos:

1. "Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge" (James et al., 2017)
2. "Nursing and Health Care Management and Policy Economics of home vs. hospital breastfeeding support for newborns" (Stevens et al., 2006)
3. "Health problems related to early discharge of Turkish women" (Gözüm & Kiliç, 2005)
4. "Home-based versus hospital-based postnatal care: A randomised trial" (Boulvain et al. 2004)
5. "Parents' experiences of using videoconferencing as a support in early discharge after childbirth (Lindberg et al., 2009)
6. "Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation" (Petroiu et al., 2004)
7. "Home too soon? A comment on the early discharge of Women from hospital

after childbirth" (Scrivens & Summers, 2001)

Na base de dados *Cochrane Database of Systematic Reviews* identifiquei apenas uma Revisão Sistemática da Literatura

"Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants." (Jones et al., 2021).

Apresentação e discussão dos resultados

Dos doze estudos encontrados dois são revisões sistemáticas da literatura (RSL), um *focus group study*, um estudo randomizado e os restantes são estudos exploratórios.

É de salientar que não há unanimidade quanto à definição de alta precoce, são muitos os intervalos horários considerados pelos estudos analisados, alguns deles aproximando-se do tempo de alta praticado no nosso país. A definição de 'alta precoce' variou consideravelmente entre os ensaios, o que tornou a interpretação dos resultados um desafio (Jones et al., 2021).

No entanto, em relação aos artigos selecionados chegamos à conclusão de que todos os autores são unânimes em afirmar que o pós-parto é um período crítico para a mulher, e que esta necessita de um suporte de cuidados especializados após a alta hospitalar, tendo uma maior relevância se a díade teve uma alta hospitalar precoce.

Jones et al, (2021) refere que quando a alta das mães e seus bebês ocorre mais cedo, tem vantagens potenciais, incluindo um ambiente familiar e melhor sono, menos exposição a horários artificiais impostos no ambiente hospitalar e diminuição da exposição aos riscos de infeção. No entanto, os autores defendem que, sair do hospital mais cedo pode resultar em oportunidades perdidas de amamentação e apoio aos cuidados infantis e na identificação de problemas de saúde infantil e materna após o nascimento. (Jones et al., 2021)

Para (Kurth et al., 2016), após a alta hospitalar, os novos pais precisam de apoio prático, acompanhamento e

cuidados. Esse apoio é importante para a saúde e o bem-estar da mãe e do filho. Os artigos salientam que a alta precoce é uma alternativa viável desde que exista visita domiciliária feita por uma parteira de modo que haja uma continuidade dos cuidados de saúde prestados durante o internamento (Aune et al., 2018a; Crespo et al., 2015; Kurth et al., 2016; Lindberg et al., 2009; Verpe et al., 2019).

O acompanhamento de cuidados profissionais após o nascimento representa um importante mecanismo de suporte e uma contribuição significativa para a saúde e o bem-estar a longo prazo, para a mãe e o bebê. Assim, os cuidados no período pós-natal pelas parteiras/enfermeiros obstetras representam um componente essencial da promoção da saúde. (Aune et al., 2018)

Segundo o estudo efetuado por Kurth et al. (2016), os pais referem necessitar de apoio especializado após a alta e dão relevância a uma linha telefónica, disponível 24 horas por dia, para esclarecimento de dúvidas. Já Stevens et al. (2006) referem que em termos económicos, não existem diferenças significativas entre prolongar os cuidados no hospital ou ter uma assistência domiciliária especializada. E Boulvain et al. (2004) salientam, que tendo esses recursos disponíveis, deve-se respeitar a escolha das mães e suas famílias, promovendo a sua satisfação nos cuidados de saúde.

O estudo de Stevens et al. (2006) foca-se especificamente na implementação da amamentação, os resultados sugerem, que os custos dos programas de apoio à amamentação domiciliar eram comparáveis aos custos do tratamento padrão hospitalar. O apoio à amamentação em casa por consultores de lactação deve ser considerado como uma opção, pois não são mais dispendiosos do que o apoio de consultores de lactação no ambiente hospitalar. Skene et al. (2012), no seu artigo corrobora que havendo infraestruturas de apoio com cuidados especializados, dá sustentabilidade à alta precoce após o parto, diminui as

taxas de reinternamento e aumenta a satisfação dos pacientes.

Na revisão da literatura, conduzida por James et al. (2017) concluíram que a maioria dos estudos mostrou: a alta precoce é promotora de um ambiente confortável para apoiar o início da amamentação e que os períodos de internamento pós-natal individualizados podem ser benéficos. Jones et al. (2021) defendem, não existir diferenças entre a alta precoce e a padrão nas situações de depressão pós-parto, amamentação, número de contatos com profissionais de saúde e custos de cuidados.

Num estudo realizado na Suíça por Petrou et al. (2004), é mencionado que uma política de alta pós-natal precoce combinada com apoio especializado domiciliar reduz significativamente os custos sobre o cuidado pós-natal tradicional, sem comprometer a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê.

Conclusão

Todos os estudos que emergiram da pesquisa efetuada, dão resposta à questão colocada no início desta SR. Salientam a importância e a necessidade sentida pelas puérperas de continuação de cuidados especializados, em concreto de um enfermeiro obstetra, após a alta precoce. Estes cuidados poderão ser de visita domiciliar, linha telefónica disponível 24 horas por dia ou uma consulta nos primeiros dias após a alta hospitalar. Os artigos que abordam as questões monetárias referem não haver diferenças significativas, entre um apoio hospitalar ou um apoio especializado no domicílio. No entanto não existe uma definição consensual de alta precoce. É consensual que um apoio especializado às famílias após a alta hospitalar da puérpera, deverá ser integrado no Sistema Nacional de Saúde. Os estudos analisados foram realizados em alguns países europeus e na Austrália, no entanto, não foi encontrado nenhum estudo realizado em Portugal. Seria importante a realização de estudos que refletissem a realidade portuguesa.

Referências bibliográficas

- Aune, I., Dahlberg, U., & Haugan, G. (2018a). Health-promoting influences among Norwegian women following early postnatal home visit by a midwife. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(4), 177–186. <https://doi.org/10.1177/2057158517733244>
- Benahmed, N., San Miguel, L., Devos, C., Fairon, N., & Christiaens, W. (2017). Vaginal delivery: How does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1465-7>
- Bravo, P., Uribe, C., & Contreras, A. (2011). Early postnatal hospital discharge: The consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Revista da Escola de Enfermagem*, 45(3), 758–763. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300030>
- Boulvain, M., Perneger, T. V., Othenin-Girard, V., Petrou, S., Berner, M., & Irion, O. (2004). Home-based versus hospital-based postnatal care: A randomised trial. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 111(8), 807–813. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS%7B%7DDPAGE=reference%7B%7DD=med5%7B%7DNEWS=N%7B%7DAN=15270928%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS%7B%7DDPAGE=reference%7B%7DD=emed9%7B%7DNEWS=N%7B%7DAN=39061503>
- Crespo, E., Carmen España, M., Basteiro, E., Zegarra, M. M., Botet, F., María Pérez, J., Arranz, Á., Palacio, M., & Crespo, E. (2015). Evaluación de los resultados del programa «Parto en el hospital, comadrona en casa». *Matronas Prof*, 16(1), 20–27. www.inatal.org
- Dahlberg, U., Haugan, G., & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, 39, 57–62. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003>
- Diário da República. (2014). Lei n.º 15/2014 - Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República, 1.ª série — N.º 57 — 21 de março de 2014, 2127–2131. <https://dre.pt/application/conteudo/571943>
- Gözüm, S., & Kiliç, D. (2005). Health problems related to early discharge of Turkish women. *Midwifery*, 21(4), 371–378. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.02.005>
- James, L., Sweet, L., & Donnellan-Fernandez, R. (2017). Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. Em *Women and Birth* (Vol. 30, Número 2, pp. 87–99). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.013>
- JB. (2020). *JB Manual for Evidence Synthesis - JBI Global Wiki* (E. Aromataris & Z. Munn (eds.)). <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Jones, E., Stewart, F., Taylor, B., Davis, P. G., & Brown, S. J. (2021). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002958.PUB2/INFORMATION/EN>
- Kurth, E., Krähenbühl, K., Eicher, M., Rodmann, S., Fölmli, L., Conzelmann, C., & Zemp, E. (2016). Safe start at home: What parents of newborns need after early discharge from hospital - A focus group study. *Healthcare needs and demand. BMC Health Services Research*, 16(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1300-2>
- Lindberg, I., Christensson, K., & Öhring, K. (2009). Parents' experiences of using videoconferencing as a support in early discharge after childbirth. *Midwifery*, 25(4), 357–365. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.06.002>
- Petrou, S., Boulvain, M., Simon, J., Maricot, P., Borst, F., Perneger, T., & Irion, O. (2004). Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: An economic evaluation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(8), 800–806. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00173.x>

- Scrivens, L., & Summers, A. D. (2001). Home too soon? A comment on the early discharge of women from hospital after childbirth. *Australian journal of midwifery: professional journal of the Australian College of Midwives Incorporated*, 14(3), 28–31. [https://doi.org/10.1016/S1445-4386\(01\)80022-7](https://doi.org/10.1016/S1445-4386(01)80022-7)
- Skene, C., Gupta, A., Flaherty, M., & Sherwood, E. (2012). Neonatal rapid access clinic: an innovative practice to reduce neonatal readmissions to hospital. *Infant*, 8(6), 184–186. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2011763094&site=ehost-live>
- Stevens, B., Guerriere, D., Mckeever, C. P., Croxford, R., Miller, K.-L., Msw, M. A., Watson-Macdonell Mscn, J., Gibbins, S., Dunn, M., Ohlsson, A., Ray, K., Rn, M., Coyte, P., & Phd, M. A. (2006). *NURSING AND HEALTH CARE MANAGEMENT AND POLICY Economics of home vs. hospital breastfeeding support for newborns. March 2005*, 233–243.
- Torgal, A. L., Sales, C., Dias, I., Tavares, M., Odilon, N., Souto, P., Miguel, P., Pestana, R., Machado, S., Antunes, V., & Cardoso, V. (2019). Livro de Bolso: Programas de Preparação para o Parto, Adaptação à Parentalidade e ao Pós-Parto.
- Verpe, H., Kjellevold, M., Moe, V., Smith, L., Vannebo, U. T., Stormark, K. M., Søvik, M. L., & Skotheim, S. (2019). Early postpartum discharge: maternal depression, breastfeeding habits and different follow-up strategies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 85–92. <https://doi.org/10.1111/scs.12604>
- World Health Organization. (2013). WHO | WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Em *WHO*. World Health Organization. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/

Apêndice 5-Tabela de descritores e termos de indexação

Tabela -Termos de pesquisa

PC	Termos Naturais	Termos de indexação <i>MEDLINE</i>	Termos de indexação da <i>CINAHL</i>	Termos de indexação da <i>Cochrane DSR</i>
P	Mother	MM"Mother"	MH"Mother*"	(ZE "mothers")
	Women	MH"Women*"	MH"Women*"	
	Postpartum	MS"Postpartum period/PH*"	MH"Postnatal Care*"	(ZE "postpartum period") (ZE "postnatal care")
	Post-natal	"Post-natal "	MH"Postnatal Care*"	
C	Early discharge	MM"Early Ambulation"	MM"Early Patient Discharge"	
	Length of stay	MM"Length of stay"	MM"Length of stay"	MM length of stay (ZE "postpartum period")
	Care	MM"Post-natal care"	"Care" MH"Postnatal Care*"	
	Newborn	MH"Infant, Newborn*"	MH"Infant, Newborn*"	
	Midwives	MM"Nurse Miwives"	MH"Midwives" MM"Nurse Miwives"	MM midwives (ZE "midwifery")

Apêndice 6 -Tabela - Síntese dos resultados obtidos após a
seleção dos estudos a incluir na SR

Tabela - Síntese dos resultados obtidos após a seleção dos estudos a incluir na SR

Autor & Ano	Título do Artigo	Objetivo do Estudo	Conclusões
Lucy James; Linda Sweet; Roslyn Donnellan-Fernandez; 2016	Breastfeeding initiation: A literature review of what women value and the impact of early discharge	Avaliar criticamente as evidências sobre o que as mulheres valorizam em relação à iniciação e apoio à amamentação e investigar o impacto que a alta precoce pode ter sobre esses valores	Os resultados sugerem que períodos de internamento pós-natal individualizados podem ser benéficos para o início da amamentação. Cinco valores não foram afetados pela alta precoce, mas sim pela prática individual das parteiras. É consenso na literatura que a alta precoce promoveu um ambiente confortável para apoiar o início da amamentação. Existem diferentes definições de alta precoce pós-natal que tornaram difícil tirar conclusões influentes. Portanto, mais pesquisas são necessárias.
Hege Verpe; Marian Kjellevoid; Vibeke Moe; Lars Smith; Unni T. Vannebo; Kjell Morten Stormark; Kjell Morten Stormark; Siv Skotheim 2018	Early postpartum discharge: maternal depression, breastfeeding habits and different follow-up strategies	O objetivo principal deste estudo foi explorar se diferentes estratégias de acompanhamento foram associadas de forma diferente com depressão materna e hábitos de amamentação, 6 semanas e 6 meses após o parto.	Estratégias de acompanhamento diferenciais na primeira semana após o nascimento não tiveram impacto na depressão materna ou nos hábitos de amamentação. No entanto, o cuidado domiciliar parece ser considerado como favorável e não estigmatizante para mulheres em risco de depressão pós-parto.
Bonnie Stevens; Denise Guerriere; Patricia McKeeever; Ruth Croxford; Karen-Lee Miller; Jo Watson-MacDonel; Sharyn Gibbins; Michael	Nursing and Health Care Management and Policy Economics of home vs. hospital Breastfeeding support for newborns	Este artigo apresenta os resultados de pesquisas comparando os custos incrementais associados ao fornecimento de apoio domiciliar vs. hospitalar para	Os resultados sugerem, que os custos dos programas de apoio à amamentação domiciliar eram comparáveis aos custos do tratamento padrão hospitalar. O apoio à amamentação em casa por consultores de lactação deve ser

Dunn; Arne Ohlsson; Karen Ray; Peter Coyte 2005		amamentação por enfermeiras consultoras em lactação para neonatos a termo e próximos ao termo durante a primeira semana de vida.	considerado como uma opção, pois não era mais caro do que o apoio de consultores de lactação no ambiente hospitalar. Os resultados para bebês pré-termo precisam ser interpretados com cautela, dado o pequeno tamanho da amostra.
Esther Crespo, M. Carmen España, Elena Basteiro, Mary Michel Zegarra, Francesc Botet, José María Pérez, Ángela Arranz, Montse Palacio 2015	Evaluación de los resultados del programa «Parto en el hospital, comadrona en casa	Descrever as características e a evolução clínica das puérperas e os recém-nascidos incluídos num programa de alta hospitalar precoce.	As mulheres que participaram no programa eram principalmente espanholas, múltiparas e com estudos superiores, a metade dos casos optaram por um parto com analgesia epidural. As dificuldades encontradas às 24 horas após a alta estavam relacionadas com a amamentação, e foi necessária a determinação precoce da bilirrubina. Este programa facilita o empoderamento das famílias, sem aumentar a morbidade materna e do recém-nascido.
Inger Lindberg RNM, MSc (Professor) aKyllike Christensson RNM, PhD (Professor) b Kerstin Öhring RNT, MEd, PhD (Professor Sênior) a 2007	Parents' experiences of using videoconferencing as a support in early discharge after childbirth	Descrever as experiências dos pais no uso de videoconferência (VC) ao receberem alta precoce da maternidade.	Usar a VC como suporte em casos de alta precoce após o parto pode facilitar um encontro que possibilite aos novos pais serem orientados pela parteira na transição para a parentalidade. As descobertas deste estudo indicam que o equipamento VC pode ser útil para pais que recebem alta hospitalar logo após o parto. Os resultados também podem ser usados como base para um maior desenvolvimento da aplicação da VC nos cuidados de saúde materna e nos cuidados de saúde em áreas rurais.
Ingvild Aune1 , Unn Dahlberg2 and Gørill Haugan 2017	Health-promoting influences among Norwegian women following early	Objetivos de avaliar o tempo de permanência no hospital após o	Sem diferenças significativas entre o grupo de intervenção e o grupo

	postnatal home visit by a midwife	nascimento entre mulheres multíparas e primíparas, para investigar a continuidade relacional dos cuidados de obstetrícia, para investigar a validade e confiabilidade do questionário de visita domiciliar, e para investigar as possíveis influências positivas de uma visita domiciliar de uma parteira dois a seis dias após o nascimento.	controle foram evidentes no que diz respeito ao tempo de internamento pós-natal. Contudo, considerando as primíparas da amostra total, o grupo de intervenção a deixar o hospital mais cedo do que o grupo de controle. As mulheres que receberam uma visita domiciliar de uma parteira relataram pontuações mais altas na experiência de previsibilidade e continuidade no cuidado pós-natal do que o grupo controle. As mulheres primíparas vivenciaram a visita domiciliar como tendo uma influência significativa na capacidade de cuidar do bebê recém-nascido, na saúde mental e na sensação de ser reconhecido e com suporte. Uma visita domiciliar por uma parteira logo após a alta hospitalar parece ter uma influência positiva na promoção da saúde na confiança e na capacidade das mulheres primíparas de cuidar dos seus bebês recém-nascidos e no apoio percebido, previsibilidade e continuidade dos cuidados obstétricos.
Michel Boulvain Thomas V. Perneger Véronique Othenin-Girard Stavros Petrou Michel Berner Olivier Irion 2004	Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial	Comparar o encurtamento do internamento hospitalar com as visitas da parteira em casa aos cuidados hospitalares habituais após o parto	Em gestações de baixo risco, a alta precoce do hospital e as visitas da parteira em casa após o parto são uma alternativa aceitável para uma maior duração do cuidado no hospital. As preferências das mães e as considerações econômicas devem ser levadas em consideração na escolha de uma política de atenção pós-natal.

Sebahat Gözüm Dilek Kilic-, 2005	Health problems related to early discharge of Turkish women	Determinar os problemas das mulheres ao receberem alta hospitalar precocemente após parto vaginal normal em uma amostra de conveniência simples de mães em uma parte da Turquia.	Não é possível prever qual mãe terá riscos, como infecção ou mastite. Portanto, as mulheres que recebem alta hospitalar nas primeiras 24 horas após o parto devem ser educadas sobre os problemas que podem surgir durante o período pós-parto. Elas também devem receber cuidados profissionais e ajuda em sua casa por parteiras que trabalham na unidade de saúde primária. As mães devem ser instruídas a notificar suas parteiras sobre o parto e a alta, a fim de receber acompanhamento domiciliar precoce.
Eleanor Jones, Fiona Stewart 2 Beck Taylor, Peter G Davis, Stephanie J Brown 2021	Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants	Avaliar os efeitos de uma política de alta pós-natal precoce do hospital para mães saudáveis e bebês nascidos a termo em termos de saúde materna, infantil, o seu impacto na transição para a parentalidade e resultados relacionados.	A definição de 'alta precoce' variou consideravelmente entre os ensaios, o que tornou a interpretação dos resultados um desafio. A alta precoce provavelmente leva a um risco maior de readmissão do RN dentro de 28 dias após o nascimento, mas provavelmente faz pouca ou nenhuma diferença para o risco de readmissão materna dentro de seis semanas após o parto. Não temos certeza se a alta precoce tem algum efeito sobre o risco de mortalidade infantil ou materna. No que diz respeito à depressão materna, amamentação, o número de contatos com profissionais de saúde e custos de cuidados, pode haver pouca ou nenhuma diferença entre a alta precoce e a alta padrão, mas são necessários mais ensaios para medir esses resultados a fim de aumentar o nível de certeza das evidências. Ensaios grandes e bem

			elaborados de políticas de alta antecipada, a incorporação da avaliação do processo e o uso de abordagens padronizadas para a avaliação dos resultados são necessários para avaliar a aceitação das co-intervenções. Visto que nenhuma das evidências apresentadas aqui vem de países de baixa renda, onde a mortalidade infantil e materna pode ser mais alta, é importante conduzir estudos futuros em ambientes de baixa renda.
Elisabeth Kurth , Katrin Krähenbühl , Manuela Eicher6, Susanne Rodmann, Luzia Fölmli, Cornelia Conzelmann and Elisabeth Zemp 2016	Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study	Investigar as experiências de novos pais e examinar as suas visões sobre os cuidados após a alta precoce hospitalar.	Após a alta hospitalar, os novos pais precisam de apoio prático, acompanhamento e cuidados. Esse apoio é importante para a saúde e o bem-estar da mãe e do filho. Os serviços integrados de atendimento, incluindo visitas domiciliares profissionais e uma linha de ajuda 24 horas, podem ajudar a atender às necessidades de novas famílias.
Stavros Petrou,Michel Boulvain,Judit Simon,Patrice Maricot,François Borst,Thomas Perneger,Olivier Irion 2004	Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation	Comparar o custo-benefício da alta pós-natal precoce e do apoio obstétrico domiciliar com uma internação pós-natal tradicional. Análise de minimização de custos de projeto dentro de um ensaio clínico randomizado pragmático.	Uma política de alta pós-natal precoce combinada com apoio de obstetrícia domiciliar exibe fraco domínio econômico sobre o cuidado pós-natal tradicional, ou seja, reduz significativamente os custos sem comprometer a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê.

Leonie Scrivens Dra. Annette D. Summers 2001	Home too soon? A comment on the early discharge of women from hospital after childbirth	Este artigo explora os fatores que abordam a tendência para uma alta precoce e destaca a necessidade de uma infraestrutura comunitária de obstetrícia pós-parto para apoiar as mulheres que recebem alta do hospital antes que os processos de amamentação e educação dos pais sejam estabelecidos	Dada a base filosófica da obstetrícia, de cuidados centrados na família, as parteiras são os profissionais melhor posicionados para serem fortes defensores de que cuidados pós-parto são atendidos. Com um planejamento cuidadoso e tomada de decisão durante a gravidez, a alta precoce pode se tornar uma alternativa e uma experiência satisfatória para as famílias, fornecendo um meio para diminuir o custo sempre crescente dos cuidados de saúde. Este debate serve para lembrar as parteiras que a preocupação econômica sobre cuidados de saúde vai persistir e que estas precisam estar politicamente cientes além de seus ambientes de trabalho imediatos para ter uma abordagem mais abrangente para os cuidados pós-parto que não se baseiam nos cuidados hospitalares tradicionais. Ao entrarmos no século 21, precisamos expandir o nosso pensamento e mudar radicalmente os cuidados pós-parto; nós não podemos apenas, aceitar tendências para alta antecipada sem a responsabilidade de substituir os cuidados perdidos referentes ao pós-parto, para as mulheres e RNs que estão sob nossos cuidados
--	--	---	---