



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

Relatório de Estágio

**Vivência da Gravidez Durante o Cancro da Mama**

**Patrícia Marina Brás Simões**

---

**Lisboa  
2022**



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

Relatório de Estágio

## **Vivência da Gravidez Durante o Cancro da Mama**

**Patrícia Marina Brás Simões**



Orientador: Professora Doutora Maria Helena de Carvalho Valente  
Presado



**Lisboa  
2022**

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Helena Presado, pela sua orientação, disponibilidade e apoio, ao longo do meu percurso de aprendizagem. Por ter acreditado e confiado neste meu projeto.

A todas as mulheres que aceitaram participar no estudo, porque sem elas não teria sido possível. Por terem confiado e partilhado comigo tudo o que vivenciaram. Por me terem dado ânimo para continuar. Porque não quero, nem deixo que a vossa história seja esquecida.

À instituição em que se realizaram as entrevistas por ter possibilitado a realização deste estudo, e a todos os seus membros que cooperaram.

Ao meu noivo João, por seres o meu alicerce. Por teres sido tão compreensivo comigo, por termos adiado os nossos planos, pela ajuda e apoio incondicional, e pela tua motivação imprescindível para não ter desistido. Não tenho dúvidas que juntos, somos capazes de tudo, que somos uma dupla imbatível.

Aos meus pais, Lurdes e Leonel, que nunca duvidaram das minhas capacidades e sempre me apoiaram e encorajaram a lutar pelos meus sonhos e objetivos.

Aos meus sogros e cunhados, pela sua preocupação e cuidado. Pelo seu apoio, tendo sempre uma palavra de incentivo.

À Catarina e Luísa, que me acompanharam nesta longa jornada, começando como colegas, mas tornando-se amigas para a vida. Por me terem aceitado, por terem consentido com as minhas picuinhas, por tanto me terem ajudado e por estarem sempre disponíveis.

À Carol, porque este trabalho é para ti, é por ti...

A todos os professores, orientadores e colegas que de diferentes formas contribuíram para a concretização deste Relatório.

À minha chefe Fernanda Conceição, aos meus colegas de trabalho e à minha entidade patronal, por me terem sempre apoiado e por me terem ajudado em tudo o que precisei.

A todos os que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

*“You never know how strong you are until being strong is the only choice you have.”*

Bob Marley

## LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

DGS – Direção Geral de Saúde

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

ICM – International Confederation of *Midwives*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MGF/C – Mutilação Genital Feminina/Corte

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PABC – *Pregnancy-Associated Breast Cancer*

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

WebQda – *Web Qualitative Data Analysis*

## RESUMO

O cancro da mama é um dos desafios de saúde pública, sendo a neoplasia mais frequente na gravidez. Apesar da baixa incidência, o cancro da mama associado à gravidez tem vindo a aumentar pela tendência de se protelar a maternidade. De forma a estarmos capacitados para dar resposta às suas necessidades, importa compreender as vivências das grávidas com cancro da mama e contribuir para a melhoria da prestação de cuidados dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica.

Este relatório reflete o meu percurso de aprendizagem no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e do grau de Mestre.

Ao longo dos vários contextos clínicos, privilegiei a prática de enfermagem avançada e baseada na evidência científica. O Modelo de Sistemas da Betty Neuman foi o quadro de referência que orientou e sustentou a minha prática de cuidados, uma vez que enfoca a pessoa e o ambiente nas intervenções de enfermagem, aos três níveis de prevenção.

Realizei uma *scoping review* segundo *Joanna Briggs Institute* com a questão “Como é que a mulher com cancro da mama vivencia a gravidez?” demonstrando que a temática é pouco explorada. Realizei um estudo de abordagem qualitativa e da análise de conteúdo do discurso das sete participantes entrevistadas, emergiram quatro categorias: Vivências no Momento do Diagnóstico; Vivências Durante a Gravidez; Rede de Suporte e; Estratégias de Superação.

Para que os Enfermeiros Especialistas estejam preparados para cuidar destas mulheres, é imperioso investir na formação e na realização de mais investigação sobre a temática.

**Palavras-Chave:** vivência; gravidez; cancro da mama

## **ABSTRACT**

Breast cancer is one of the public health challenges, being the most common cancer in pregnancy. Despite the low incidence, breast cancer associated with pregnancy has been increasing due to the tendency to delay motherhood. In order to be able to respond to their needs, it is important to understand the experiences of pregnant women with breast cancer and to contribute to the improvement of care provided by Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health.

This report reflects my learning path in developing the skills of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health and the Master's degree.

Throughout the various clinical contexts, I favored advanced nursing practice based on scientific evidence. Betty Neuman's Systems Model was the frame of reference that guided and supported my care practice, as it focuses on the person and the environment in nursing interventions at the three levels of prevention.

I carried out a scoping review according to Joanna Briggs Institute with the question "How does a woman with breast cancer experience pregnancy?" demonstrating that the theme is little explored. I conducted a study of qualitative approach and from the content analysis of the discourse of the seven interviewed participants, four categories emerged: Experiences at the Moment of Diagnosis; Experiences During Pregnancy; Support Network and; Overcoming Strategies.

For Specialist Nurses to be prepared to take care of these women, it is imperative to invest in training and in carrying out more research on the subject.

**Keywords:** experience; pregnancy; breast cancer

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL</b> .....	<b>14</b>
1.1. O cancro da mama e a gravidez .....	14
1.2. Cuidar a grávida com cancro: Modelo de sistemas de Betty Neuman .....	17
<b>2. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO</b> .....	<b>20</b>
2.1. Considerações e procedimentos éticos .....	25
<b>3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	<b>27</b>
3.1. <i>Scoping Review</i> .....	27
3.2. Da ação à evidência: Vivência da gravidez durante o cancro da mama .....	28
3.2.1. Caracterização sociodemográfica das participantes	29
3.2.2. Vivências da grávida com cancro da mama	30
3.2.3. Conclusões	41
3.3. Da evidência à ação: Prática reflexiva no processo de desenvolvimento de competências .....	42
3.3.1. Desenvolver competências gerais e específicas do EESMO na prestação de cuidados ao sistema mulher/recém-nascido/família no âmbito da saúde sexual e reprodutiva	43
3.3.2. Desenvolver competências na prestação de cuidados ao sistema mulher com cancro da mama associado e/ou concomitante com a gravidez	61
<b>4. LIMITAÇÕES AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM</b> .....	<b>63</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>66</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE I – Pesquisa na <i>MEDLINE</i></b>	
<b>APÊNDICE II – Pesquisa na <i>CINAHL</i></b>	
<b>APÊNDICE III – Quadro extração de resultados</b>	
<b>APÊNDICE IV – Questionário e Guião de entrevistas</b>	
<b>APÊNDICE V – Declaração de consentimento informado</b>	
<b>APÊNDICE VI – Quadros de análise e extração de resultados e análise do nível de evidência</b>	
<b>APÊNDICE VII – “Vivência da gravidez durante o cancro da mama: uma revisão <i>scoping</i>”</b>	
<b>APÊNDICE VIII – Informação sobre o estudo para as participantes</b>	

**APÊNDICE IX – Código de árvore “Vivências da gravidez durante o cancro da mama”**

**APÊNDICE X – Poster sobre o Papilomavírus Humano**

**APÊNDICE XI – Sessão “Vivência da gravidez durante o cancro da mama: revisão *scoping*”**

**ANEXOS**

**ANEXO I – Aprovação pela Comissão de Ética**

**ANEXO II – Síntese do registo das atividades realizadas**

**ANEXO III – Participação nas XII Jornadas de Obstetrícia – Por uma vida melhor**

**ANEXO IV – Sessões/Formações como formanda sobre o cancro da mama e o processo de investigação**

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – O Modelo de Sistemas de Neuman.....	18
Figura 2 – Palavras mais frequentes .....	30

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Idade à data da entrevista .....	29
Gráfico 2 – Idade no diagnóstico de PABC .....	29
Gráfico 3 – Habilitações Literárias .....	29

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro de análise de dados relativo à categoria “Momento do diagnóstico” .....	31
Quadro 2 – Quadro de análise de dados relativo à categoria “Vivências Durante a gravidez” .....	32
Quadro 3 – Quadro de análise de dados relativo à categoria “Rede de Suporte” .....	39
Quadro 4 – Quadro de análise de dados relativo à categoria “Estratégias de superação” .....	40

## INTRODUÇÃO

O presente documento retrata o meu percurso de aprendizagem, bem como o meu desenvolvimento de competências durante a Unidade Curricular Estágio com Relatório, segundo o Plano de Estudos do 10º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e, constituindo-se como um importante elemento de avaliação, sendo sujeito a parecer e discussão pública para a obtenção do grau de Mestre. Este Relatório procura refletir o meu percurso de aprendizagem ao longo dos vários contextos clínicos e o desenvolvimento das competências gerais descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019a), das competências específicas descritas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros (2019b) e no “*Essential competencies for basic midwifery practice*” da International Confederation of Midwives (ICM) (2019), bem como das competências do grau de Mestre, segundo os descritores de Dublin para o 2º ciclo.

Apesar de ser pouco frequente, nos últimos anos o cancro da mama associado à gravidez, segundo Martinez et al. (2018) tem vindo a aumentar, sendo considerada a neoplasia mais frequente na gravidez (Marques, 2017). Por ser uma temática ainda pouco explorada, surge o propósito do seu desenvolvimento, de modo a dar resposta às necessidades destas mulheres, percebendo como é a “vivência da gravidez durante o cancro da mama”. De momento exerço funções numa unidade oncológica de referência e como tal, tenho um grande afeto por esta área. Foi durante o exercício das minhas funções que me deparei com um número cada vez mais crescente de mulheres que foram confrontadas com a experiência da gravidez e do cancro da mama. Perante as adversidades com que a mulher grávida com cancro da mama se depara e com a imprevisibilidade da resposta perante o contexto, importa perceber as vivências experienciadas, de modo a que os Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) possam estar capacitados para as ajudar a ultrapassar as dificuldades, prestando cuidados individualizados e centrados na mulher, atendendo às suas necessidades e ao conjunto único de *stressores* que enfrentam.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman foi o referencial teórico que sustentou a prática clínica. Este modelo pretende aceder à forma singular como cada sistema pessoa vivencia a alteração da sua estabilidade, conhecendo os seus *stressores* e o seu impacto no equilíbrio do sistema. Forçadas a lidar em simultâneo com dois

eventos de vida tão contraditórios – a alegria da gravidez combinada com a ameaça do cancro da mama – é imperativo que as grávidas com cancro da mama se sintam bem apoiadas na sua tomada de decisão por profissionais de saúde. Compete ao EESMO contribuir para a adaptação e para o restabelecimento da estabilidade deste sistema e, conseqüentemente, contribuir na promoção do seu bem-estar. As autoras deste modelo teórico defendem que para que isso aconteça, os cuidados de enfermagem devem de atuar em três níveis de intervenção: a prevenção primária; a prevenção secundária e; a prevenção terciária, sendo empregues de acordo com o impacto dos *stressores* na estabilidade do sistema.

Assim, para além de pretender dotar-me de competências para ser habilitada como EESMO e Mestre, ao mesmo tempo pretendo explorar a temática escolhida. Neste sentido, foram delineados dois objetivos gerais:

- Desenvolver competências gerais e específicas do EESMO na prestação de cuidados ao sistema mulher/recém-nascido/família no âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados ao sistema mulher com cancro da mama associado e/ou concomitante com a gravidez.

Este Relatório está dividido em cinco capítulos. O primeiro é relativo ao enquadramento teórico, onde é apresentada a revisão da literatura referente à temática escolhida, bem como o quadro de referência que orienta os cuidados de enfermagem prestados. O segundo capítulo é constituído pela metodologia de trabalho, em que mostro que como metodologia de trabalho, privilegiei a prática baseada na evidência, quer durante a realização da *scoping review*, quer durante a realização do estudo de abordagem qualitativa e no desenvolvimento de competências de aprendizagem. No terceiro capítulo são apresentados os resultados obtidos na *scoping review* e no trabalho empírico realizado e, é feita também uma análise e reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências ao longo dos vários contextos clínicos de aprendizagem. Já o capítulo quatro contém as limitações sentidas ao longo do processo de aprendizagem. O quinto capítulo compreende as considerações finais relativas à realização deste Relatório. E por fim, estão reunidas as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

No presente capítulo é apresentada uma síntese da revisão da literatura sobre os conceitos de cancro da mama e gravidez. Posteriormente, é também apresentado o quadro teórico de enfermagem que sustentou a minha prática ao longo dos diversos contextos clínicos de aprendizagem.

## 1.1. O cancro da mama e a gravidez

Não existe uma doença chamada “cancro”, mas sim um conjunto de muitas e diferentes doenças oncológicas com características muito específicas (Ogden, 2004) que se distinguem particularmente pela sua localização e pela rapidez de evolução do seu prognóstico, mas que partilham características biológicas comuns (Santos, 2006). A doença oncológica, pelas suas especificidades, é muito temida, sendo conhecida como uma doença de curso silencioso, uma ameaça à vida, e ainda para muitos, sinónimo de morte. Desta forma, é grande o impacto do diagnóstico no doente e sua família, acreditando que nada do que possam fazer, alterará o seu percurso e o resultado último da doença (Santos, 2006).

Esta doença, com a carga emocional associada, relembra-nos a nossa vulnerabilidade e a dificuldade em lidar com situações patológicas, tornando-se um fator desencadeador de ansiedade e *stress* (Pais, 2004). O significado da doença oncológica é pessoal, estando relacionado com a idade, com experiências anteriores, com os preconceitos culturais e até com as informações transmitidas pelos meios de comunicação social. Não é vista como as outras doenças, estando muito ligada a imagens e emoções que transmitem visões assustadoras de uma doença mortal e que durante o seu desenvolvimento é acompanhada de sofrimento (Pais, 2004).

Atualmente, o cancro da mama tornou-se um dos maiores desafios de saúde pública à escala mundial (Santos & Lopes, 2014). A *International Agency for Results on Cancer* (2021) da Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2030, em Portugal, existam 7219 mulheres com cancro da mama. Um acréscimo comparativamente a 2020, em que se estimou que existiram 7041. Segundo Guedes & Dias (2017), o cancro da mama é a neoplasia mais comum da mulher em idade reprodutiva, sendo a sua prevalência de 40% de todos os cancros em mulheres com idade inferior a 40 anos. Marques (2017) afirma também que se trata da neoplasia

mais frequente na gravidez com uma incidência de 1/3000 grávidas. Refere ainda que 0,2%-3,8% dos cancros da mama são coincidentes com a gravidez.

O cancro da mama associado à gravidez, apesar de pouco frequente, tem vindo a aumentar nos últimos anos, por existir uma tendência para que as mulheres protelem a maternidade, aumentando assim a sua incidência (Martinez et al., 2018). A definição de cancro da mama associado à gravidez (*Pregnancy-Associated Breast Cancer*, PABC) refere-se a todos os diagnósticos de cancro durante a gravidez ou 1 ano após o parto (Case, 2016). Geralmente apresenta-se como uma massa indolor ou um espessamento na mama, ocasionalmente associado à secreção do mamilo, e o seu diagnóstico é mais desafiador em grávidas, dado que um peito de tamanho médio, durante a gravidez, normalmente duplica o seu peso de 200g para 400g, resultando numa maior firmeza e densidade, que tornam mais difícil a interpretação, quer do exame clínico, quer da mamografia. Além de que, para as mulheres grávidas, terá de se ter uma atenção especial, devido aos riscos da exposição a radiação ionizante para o feto (Durrani, Akbar & Heena, 2018).

Sendo o PABC mais provável de ser diagnosticado num estadio mais avançado, as mulheres grávidas com cancro da mama são mais propensas a apresentarem tumores maiores, nódulos positivos, metástases e invasão vascular (Durrani et al., 2018). Segundo Case (2016), os atrasos no diagnóstico são vitais no prognóstico porque quando o diagnóstico é precoce, este pode ser avaliado, estadiado e tratado durante a gravidez, com segurança e com resultados excelentes, protegendo quer o feto, quer a mãe. Neste sentido, tanto o diagnóstico como a vigilância, devem ser realizados o mais cedo possível, sendo fulcral a articulação entre a equipa multidisciplinar e a grávida, na escolha do tratamento mais eficaz, direcionado e seguro, para a mãe e para o feto (Martinez et al., 2018).

As decisões do tratamento devem ser individualizadas e ter em consideração a extensão da doença; a minimização dos danos para o feto; a idade gestacional e; o impacto na gravidez e na fertilidade (Case, 2016). Mas para serem tomadas decisões informadas e racionais, é imperativo que estas mulheres sejam bem apoiadas nas suas escolhas pelos profissionais de saúde. Isso, permitirá às grávidas e suas famílias que se ajustem à situação, diminuindo a ansiedade e o *stress* (Ives, Musiello & Saunders, 2011).

Embora todas as mulheres com diagnóstico de cancro da mama enfrentem problemas quer psicológicos, quer sociais, as de menor idade são mais vulneráveis a *stressores* psicossociais, tais como: sentimentos de incerteza sobre o futuro; perda de

fertilidade; risco de menopausa relacionado com o tratamento; dificuldade na gestão do diagnóstico e tratamento; dificuldade em cuidar de crianças pequenas; impacto do diagnóstico nos seus filhos, na vivência da maternidade e na carreira profissional; bem como os encargos financeiros associados (Ives et al., 2011). Outras preocupações estão relacionadas com a sua sexualidade e a sua imagem corporal, particularmente quando estas mulheres não estão num relacionamento, mas estão potencialmente procurando por um (Ives et al., 2011). Estes *stressores* podem tornar-se mais marcantes quando o cancro da mama é diagnosticado durante a gravidez, mas infelizmente são poucos os estudos direcionados especificamente para o PABC e para as questões psicossociais que surgem (Ives et al., 2011).

Sendo a gravidez e o cancro da mama tão díspares, ao confluírem poderão deixar sequelas importantes para a vida, tanto a nível físico como psicológico (Martinez et al., 2018). As mulheres com diagnóstico de cancro da mama associado à gravidez têm que enfrentar um conjunto único de *stressores* (Ives et al., 2011). Não conseguem experienciar a gravidez e a maternidade em pleno, por terem que tomar decisões para proteger a saúde do bebé ainda por nascer, às custas da sua própria saúde, ou vice-versa, sendo estes dilemas considerados como stressantes e traumáticos (Ives et al., 2011).

Dado que a reação perante esta doença é única e pessoal, em que cada pessoa apresenta problemas e preocupações próprias em relação ao diagnóstico e ao tratamento, os cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico são um desafio à criatividade, ao empenho e à aptidão dos enfermeiros (Pais, 2004).

As mulheres com PABC podem precisar de mais apoio psicológico e social do que outras mulheres que estejam a lidar com um diagnóstico de cancro da mama. Contudo, há uma escassez de informação neste sentido (Ives et al., 2011), importando por isso, perceber quais as preocupações predominantes, as mudanças sofridas, os receios, os medos e os sentimentos vividos, quando o momento da gravidez se cruza com o cancro da mama, de forma a podermos estar preparados e a criar estratégias para as ajudar a ultrapassar este momento difícil.

## 1.2. Cuidar a grávida com cancro: Modelo de sistemas de Betty Neuman

No desenvolvimento das competências específicas do EESMO, é necessário tecer um plano de trabalho, tendo por base um quadro de referência que oriente e sustente a prática de cuidados de enfermagem de qualidade. Neste caso, foi escolhido o modelo teórico de sistemas de Betty Neuman. Este é um modelo de enfermagem holístico, abrangente e sistémico, em que são definidos quatro conceitos fulcrais na prestação de cuidados: a pessoa; o ambiente; a saúde e; a enfermagem (Neuman & Fawcett, 2011).

Neste Modelo, as autoras defendem que a pessoa é descrita como um sistema aberto, constituído por cinco variáveis: fisiológica; psicológica; sociocultural; de desenvolvimento e; espiritual, em interação constante com o seu ambiente (interior e exterior). A estrutura básica ou *core* central é a fonte das cinco variáveis do sistema cliente e representa os processos humanos de viver e morrer, dentro do contexto da interseção fluída, da inter-relação e interação das cinco variáveis. É assumida a preservação de um certo grau de equilíbrio/harmonia (a linha normal de defesa), que corresponde ao estado de saúde, através da linha flexível de defesa e da linha de resistência. Cada uma dessas linhas tem o mesmo propósito (manter o sistema estável) e cada uma contém as cinco variáveis do sistema cliente (Neuman & Fawcett, 2011).

Porém, esta estabilidade pode ser comprometida por diferentes *stressores* ambientais (intra, inter ou extrapessoais) com capacidade para alterar o equilíbrio do sistema cliente, ou linha normal de defesa. Estes *stressores* podem afetar o grau de defesa do sistema, protegido pela linha flexível de defesa contra uma possível reação a um único *stressor* ou uma combinação de *stressores*, que vai provocar estados de doença que vão ter maior ou menor repercussão, de acordo com as estratégias (*coping*) necessárias para a pessoa conseguir lidar (Neuman & Fawcett, 2011).

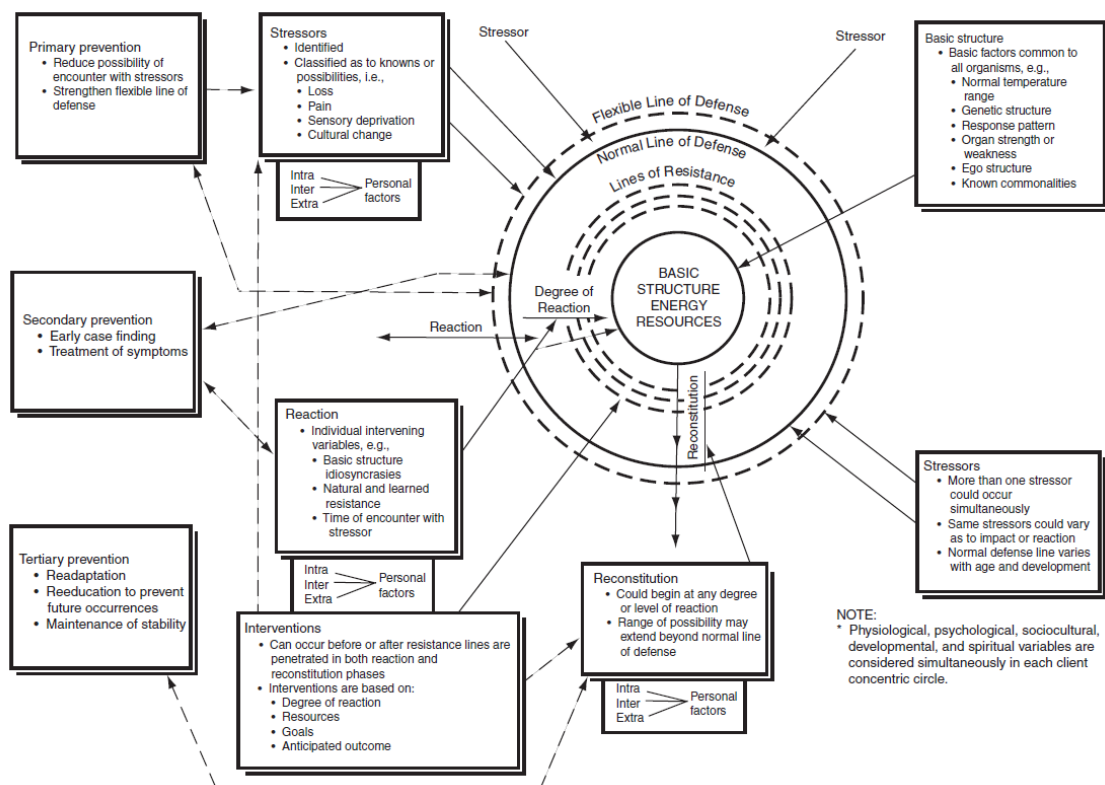
As autoras salientam que quando a linha flexível de defesa deixa de conseguir proteger o sistema cliente contra um *stressor*, este rompe a linha normal de defesa e vão ser as inter-relações das variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual) que vão determinar quer a natureza, quer o grau de reação do sistema ou possível reação ao *stressor*. Implícitos em cada sistema estão os fatores de resistência internos, conhecidos como linhas de resistência, que têm

como função estabilizar e retornar o cliente ao estado de bem-estar normal (linha normal de defesa) ou possivelmente para um nível mais alto de estabilidade através de um ambiente de reação ao *stressor* (Neuman & Fawcett, 2011).

As autoras consideram a enfermagem como a profissão que tem interesse por todas as variáveis que interfiram com a pessoa no seu ambiente e, são propostos três níveis de intervenção: prevenção primária; prevenção secundária e; prevenção terciária. Neste sentido, defendem que na prevenção primária pretende-se evitar ou diminuir o impacto causado pelo *stressor*, reconhecido ou presumido, tendo que se reforçar as “ferramentas” de defesa. É aqui que o objetivo da promoção da saúde se insere. Na prevenção secundária pressupõe-se a ajuda ao restabelecimento do equilíbrio/harmonia do sistema após a intervenção de um determinado *stressor*. Como resultado, a pessoa fica mais capacitada para se adaptar e para saber lidar com um novo *stressor*, igual ou semelhante, que possa surgir no futuro. Já na prevenção terciária, há a consolidação do sistema para saber manter o equilíbrio, apresentando intervenções semelhantes às da prevenção primária, mas posteriores a um *stressor* e já tendo sido restabelecida a estabilidade (Neuman & Fawcett, 2011).

Os componentes específicos e as conexões do Modelo de Sistemas de Neuman estão descritos na Figura 1.

**Figura 1:** O Modelo de Sistemas de Neuman (Neuman & Fawcett, 2011)



A escolha deste modelo prendeu-se sobretudo com a natureza da problemática e com as características do sistema cliente, dado que a grávida com cancro da mama é um sistema aberto, em contacto com o meio envolvente e que é exposta a *stressores* derivados da confluência da gravidez com o cancro da mama.

Compete ao enfermeiro, especificamente ao EESMO, dado que é quem presta cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e quem facilita a sua adaptação durante o período pré-natal, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções (OE, 2019a), identificar os *stressores* intra, inter ou extrapessoais, que ameacem o equilíbrio do sistema pessoa, uma vez que as respostas às alterações do estado de saúde são únicas e pessoais. É também da sua responsabilidade, promover intervenções de enfermagem (primárias, secundárias ou terciárias) de acordo com a sua adequação, que ajudem a preservar, a deter ou a atingir a estabilidade do sistema grávida com cancro da mama. Para isso, é necessário que o EESMO esteja preparado, conhecendo quer as suas competências, quer as suas limitações, para desenvolver estratégias de forma a prestar os melhores cuidados de saúde a estas mulheres.

Segundo um estudo de Venâncio e Presado (2021), das estratégias necessárias do EESMO no cuidar à grávida com cancro, emergiram: a necessidade de uma comunicação eficaz, com informação clara e pertinente e; a demonstração de disponibilidade para as apoiar, promovendo a tomada de decisão de forma informada e esclarecida. Dos resultados deste estudo, os EESMO entrevistados denotaram também, a importância da articulação com outros profissionais e em equipa multidisciplinar. Estes acreditam que se trabalharem de forma dinâmica, em conjunto (obstetrícia, oncologia, neonatologia, psicologia, serviço social e enfermagem), a adaptação da grávida será facilitada. As autoras referem também que, a história pessoal de vida dos profissionais poderá influenciar o cuidado às grávidas com cancro, pela imprevisibilidade do futuro que está subjacente à situação. Disto, ressalta a importância de cuidar também destas equipas de profissionais, para que estejam disponíveis e sejam capazes de prestar os melhores cuidados a estas mulheres (Venâncio & Presado, 2021).

Importa então, conhecer as vivências experienciadas pelas grávidas com cancro da mama, porque só conhecendo os *stressores* que podem comprometer a estabilidade destas mulheres, bem como as vivências que estas experienciam, é que o EESMO consegue estar capacitado para as ajudar a criar as estratégias necessárias para saber lidar e restaurar o seu equilíbrio.

## 2. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO

No decorrer deste Curso de Mestrado, foi elaborado um projeto individual de estágio, de modo a orientar o meu percurso formativo ao longo dos vários contextos clínicos e a capacitar-me para o desenvolvimento do presente Relatório de Estágio. Foram delineados os objetivos e as atividades a serem desenvolvidas, bem como a perspetiva cronológica para as alcançar e os recursos a serem utilizados. Não sendo um instrumento rígido e estanque, mas sim dinâmico e flexível, foi necessário proceder a alterações e ajustes, sempre que assim se justificou.

No presente capítulo procura-se apresentar os procedimentos metodológicos e os processos de trabalho que nortearam o meu percurso de aprendizagem para a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, salientado na prática baseada na evidência do EESMO, segundo os objetivos:

- Desenvolver competências gerais e específicas do EESMO na prestação de cuidados ao sistema mulher/recém-nascido/família no âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados ao sistema mulher com cancro da mama associado e/ou concomitante com a gravidez.

Segundo Pearson e Craig (2004), a necessidade de uma prática baseada na evidência emerge no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Apesar do conceito não ser novo, a expressão é recente no vocabulário do quotidiano das intervenções de saúde e cuidados de saúde, tendo sido descrita como “fazer bem as coisas certas”, ou seja, “não só fazer bem as coisas de uma forma eficaz e com mais elevados padrões possíveis, mas também assegurar que o que é feito, é feito «bem» - para que se obtenham mais resultados benéficos” (Pearson & Craig, 2004, p.4). Isto implica não só a integração da competência clínica individual, mas também do que melhor existe disponível em evidência clínica pela investigação sistemática, envolvendo a perspetiva do doente na tomada de decisão (Pearson & Craig, 2004). Contudo, na maioria das vezes, a pesquisa para encontrar a melhor informação disponível, é feita de forma superficial e apressada, quando é através de uma boa pesquisa de literatura que o processo de resolução de problemas deve ser sustentado, podendo aumentar a probabilidade de alcançar os resultados esperados (Pearson & Craig, 2004).

Neste sentido, para o desenvolvimento do meu projeto de estágio propus-me a:

a) Realizar a revisão da literatura de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Aromataris & Munn, 2020) para a **scoping review** intitulada de “A vivência da gravidez durante o cancro da mama” que tem por objetivo mapear a evidência referente à forma como é vivenciada a gravidez durante o cancro da mama, apresentando como questão de pesquisa: “Como é que a mulher com cancro da mama vivencia a gravidez?”. Para a pesquisa foram identificadas e definidas como palavras-chave: *experience*; *pregnancy* e; *breast cancer*. E os critérios de inclusão foram determinados segundo a mnemónica PCC:

**P** (População): grávidas com cancro da mama;

**C** (Conceito): vivência;

**C** (Contexto): não foi contemplado.

Apenas foram compreendidos os estudos qualitativos sobre a vivência da gravidez no cancro da mama, tendo a estratégia de pesquisa de dados, o intuito de identificar esses estudos existentes. O processo de pesquisa foi abrangente, com o objetivo de identificar os estudos primários publicados e não publicados (recorreu-se ao *Google Scholar*), assim como a existência de revisões sistemáticas da literatura.

A estratégia de pesquisa foi realizada em três etapas, tal como é recomendado pelo JBI (Aromataris & Munn, 2020). Numa primeira etapa foi realizada uma pesquisa mais limitada, nas bases de dados *MEDLINE* (Apêndice I) e na *CINAHL* (Apêndice II). Na segunda etapa foi concretizada uma pesquisa organizada utilizando o conjunto de palavras-chave e termos de indexação, nas duas bases de dados, separadamente. De modo a serem eliminados os artigos duplicados, recorreu-se ao *software* de gestão de referências *Mendeley*®. Os artigos encontrados foram selecionados segundo a sua relevância através da análise da informação contida no título e no resumo, procedendo-se à sua leitura e aplicação dos critérios de inclusão. Foram incluídos os artigos completos que satisfaziam os critérios de inclusão, bem como os artigos com o idioma Português, Inglês e Espanhol. Por fim, na terceira etapa, foram pesquisados estudos adicionais através da análise das referências bibliográficas dos artigos encontrados. Os dados obtidos dos artigos incluídos nesta revisão, foram reunidos em quadros, elaborados de acordo com as orientações metodológicas do JBI (Aromataris & Munn, 2020), tal como que se encontra exemplificado no Apêndice III.

b) Realizar um **estudo de abordagem qualitativa**, com o grande objetivo de identificar as vivências sentidas pelas mulheres com cancro da mama durante a gravidez. Sendo a investigação tão fulcral em qualquer área para produzir conhecimento que, de forma direta ou indireta, se vai refletir na sua prática (Fortin,

2009), este também foi o meu propósito durante o Estágio com Relatório. O intuito de produzir novo conhecimento, tendo em consideração a questão de investigação e os objetivos delineados, permite-me atuar como agente de mudança, dado que acredito que este novo conhecimento contribuirá significativamente para a capacitação do EESMO, bem como para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Como a vivência da gravidez durante o cancro da mama é uma experiência única, existindo diferentes realidades baseadas nas percepções de cada mulher, o método de investigação escolhido foi o qualitativo. Segundo Fortin (2009), todas as investigações qualitativas tendem a ressaltar o sentido ou a significação que o fenómeno estudado tem para os indivíduos. Segundo o mesmo autor (2009), muitas vezes, a conceptualização do tema numa investigação qualitativa, começa pela exploração de um assunto pouco conhecido ou pouco estudado, pelos resultados da *scoping review*.

A investigação qualitativa não tem a intenção de produzir respostas quantificadas, tendo sim, como finalidade “produzir compreensão do mundo social, dentro dos contextos naturais, dando ênfase aos significados, experiências, práticas e pontos de vista dos que neles estão envolvidos” (Livta & Jacoby, 2004, p. 137), em que a compreensão é interpretada e não descoberta. Através deste estudo, pretendi compreender as vivências experienciadas pelas mulheres grávidas com cancro da mama, ouvindo de forma recetiva as suas descrições sobre o processo do fenómeno estudado. Também pretendi contribuir para a capacitação dos enfermeiros no cuidar das grávidas com cancro da mama e, conseqüentemente, para a melhoria da prestação de cuidados, dando resposta às necessidades sentidas por estas mulheres.

Para o desenvolvimento de um trabalho de investigação, são necessários métodos de recolha da informação, de modo a facilitar o registo, a análise, a apresentação de resultados e sua discussão e, neste estudo empírico utilizei como instrumento de recolha de informação, entrevistas. As entrevistas são usadas em saúde para compreender percepções e atitudes subjacentes a certos comportamentos de saúde e de doença, sendo utilizadas para adquirir conhecimento sobre a forma como as pessoas vivenciam e interpretam o mundo que as rodeia, permitindo aos investigadores o acesso a esses pontos de vista para poderem descobrir e explorar porque é que emergem (Livta & Jacoby, 2004). Segundo Magalhães e Paul (2021), este é um método apropriado quando se pretende abordar temas sensíveis e quando há necessidade de recolher informações aprofundadas sobre os pensamentos, as opiniões, as experiências e os sentimentos das pessoas, tendo como principais

objetivos: fazer um diagnóstico; recolher informação e/ou prestar ajuda. Para a concretização das entrevistas foi pedida uma autorização à Comissão de Ética da instituição, que foi escolhida por ser uma referência oncológica no acompanhamento das mulheres com cancro da mama e/ou grávidas. Antecipadamente, delineei um guião com tópicos pré-definidos para as entrevistas semidiretivas (Apêndice IV), por existir flexibilidade para o entrevistador alterar a linguagem, a ordem das questões e até mesmo, introduzir novas questões, expandindo temas que não estavam previstos no guião, com o decorrer da conversação (Magalhães & Paul, 2021). Assim, consegue-se manter uma aparente “conversa” mas ao mesmo tempo, obtêm-se as respostas (Livta & Jacoby, 2004).

A análise dos dados foi procedida através da análise de conteúdo proposta por Bardin. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise, não se tratando apenas de um mero instrumento, mas sim de um instrumento “marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: comunicações” (Bardin, 2015, p.33). Esta é composta por um conjunto de técnicas, com intuito de obter através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relacionados com as condições de produção/receção destas mensagens (Bardin, 2015). De acordo com Bardin (2015), é organizada em torno de três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e; o tratamento dos resultados obtidos, sua inferência e interpretação. A mesma autora (2015) esclarece que a fase de pré-análise é o período de organização e de intuições, que tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de forma a se conseguir um esquema preciso do desenvolvimento das operações. Se esta fase for convenientemente concluída, “a fase de análise propriamente dita não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas” (Bardin, 2015, p.127). Já a exploração do material, considerada como uma fase longa e fastidiosa, consiste na codificação, decomposição ou enumeração, segundo o que foi previamente estabelecido (Bardin, 2015). Por fim, a última etapa consiste no processamento dos dados brutos, de forma a serem significativos e válidos, através de operações estatísticas (Bardin, 2015). Esta descrição do procedimento da análise dos dados é muito importante, porque uma boa investigação qualitativa, tal como referiram Livta e Jacoby (2004, p.137), “exige elementos, tais como, estratégias de amostragem explícitas e uma explicação detalhada, de como os dados foram sistematicamente colhidos e analisados, para dar confiança ao leitor das conclusões delineadas”.

Os dados foram analisados com o apoio do *software Web Qualitative Data Analysis (WebQda®)* que é um programa de apoio à análise qualitativa que permite organizar textos, vídeos, áudios e imagens. Esta ferramenta, segundo Oliveira, Barros e Silva (2016), permite ao pesquisador “criar categorias, codificar, controlar, filtrar, realizar pesquisas e questionar os dados com o objetivo de responder às suas questões de investigação, utilizando um conjunto de instrumentos metodológicos que possibilitam uma interpretação controlada, baseada na inferência” (p.33).

A análise de conteúdo foi então realizada segundo Bardin, em três etapas. A primeira, a de pré-análise, consistiu na enumeração e na leitura prévia com transcrição integral e fiel no webQDA®, obtendo-se o “*corpus*” a ser submetido aos procedimentos analíticos e que, segundo Bardin (2015), deve respeitar quatro regras básicas: a exaustividade; a representatividade; a homogeneidade e; a pertinência. A segunda etapa, a de exploração, compreendeu uma segunda leitura do material, mais exaustiva e meticulosa, com o propósito de realizar o recorte (escolha das unidades) e o agrupamento destas em categorias e sub-categorias. No processo de categorização aqui utilizado, o sistema de categorias não é fornecido, resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos, sendo “o título conceptual de cada categoria somente definido no final da operação” (Bardin, 2015, p.147). Por fim, na última etapa, o tratamento e a interpretação dos dados, a partir da leitura comparativa das entrevistas, permitiu a realização de inferências.

c) Desenvolver **competências clínicas e de mestre** através da prestação de cuidados baseados na evidência científica, de forma a conseguir conferir os melhores cuidados e, por conseguinte, uma prática de enfermagem avançada. Segundo Serrano, Costa e Costa (2011), a Enfermagem relaciona competência com exercício profissional e contexto. Segundo os autores, o processo de cuidar em Enfermagem instiga ao desenvolvimento de conhecimentos, de capacidades e de recursos, ou seja, ao desenvolvimento de competências. A OE (2010) refere que o enfermeiro especialista apresenta um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem e que tem em consideração as respostas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas referentes a um campo de intervenção. Ao longo dos diversos contextos clínicos de aprendizagem, para prestar cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstétrica, tive que desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de Competências Comuns

do Enfermeiro Especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a); bem como ao nível do desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b) e de mestre, segundo os descritores de Dublin para o 2º ciclo. Para tal, recorri à pesquisa da evidência e sua constante atualização, de modo a utilizá-la sistematicamente para dar resposta às questões clínicas que surgiam e a desenvolver intervenções de enfermagem inovadoras durante todos os contextos clínicos. Também pretendi refletir sobre a minha prática, dado que a reflexão de situações reais da minha prática de cuidados, através do pensamento e julgamento crítico, é essencial para o desenvolvimento do meu agir profissional, sustentado pela ética e teoria. Para isso, elaborei os relatórios de estágio e fiz a análise de conteúdo do meu percurso.

d) Realizar **diversas atividades** de forma a cumprir os objetivos definidos, como a divulgação da temática e a divulgação dos resultados da minha *scoping review*, através de sessões ou conversas com os meus pares e outros profissionais de saúde, ou através da participação em jornadas. Propus-me também, a participar em formações/sessões, não só sobre o cancro da mama, mas também sobre o processo de investigação e sobre a análise de dados qualitativos porque, segundo Pearson e Craig (2004), a perspetiva para a Enfermagem é a de que “todos os enfermeiros procurem evidência e a apliquem na sua prática quotidiana, com uma proporção crescente de participação ativa em investigação e desenvolvimento, e que alguns se tornem líderes na investigação” (p.3). Isto vai de encontro ao descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a), atribuindo aos enfermeiros especialistas, “a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (p.4744).

## **2.1. Considerações e procedimentos éticos**

Desde o início da investigação que as considerações éticas devem ser tidas em consideração, dado que a investigação em saúde envolve seres humanos e, quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos fundamentais das pessoas (Fortin, 2009). Neste sentido, para trazerem benefícios importantes, como é de seu objetivo, é essencial que sejam

aplicados princípios éticos que protejam e garantam a dignidade, liberdade e os direitos dos participantes. Esta preocupação já remonta ao ano de 1947 com o Código de Nuremberg, mas foi em 1964, com a declaração de Helsínquia, que conseguiu o reconhecimento universal, tendo posteriormente sido revista várias vezes (última no ano de 2000) (Associação Médica Mundial, 2013).

No decorrer da investigação desenvolvida, considero que todos estes princípios foram tidos em conta, salvaguardando as questões éticas subjacentes à sua implementação, tendo sido obtida a autorização por parte da Comissão de Ética da instituição escolhida para a realização da investigação (Anexo I) e o consentimento livre e esclarecido para a participação e para a gravação áudio por parte de todas as participantes (Apêndice V). O dever de sigilo e de confidencialidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais (Regulamento Geral de Proteção de Dados – Lei n.º 58/2019, 2019) foram sempre assegurados. Para isso, a investigadora codificou cada participante e os documentos resultantes da investigação foram apenas guardados no seu computador, não existindo qualquer comunicação de dados pessoais a terceiros. A participação na investigação foi livre e voluntária, sendo as participantes autónomas na tomada de decisão, após serem informadas sobre o estudo e os seus objetivos. A decisão de não participar, não lhes trouxe qualquer prejuízo. Assim, nesta investigação foi tido em conta o consentimento livre e esclarecido, tal como referido pela Direção Geral de Saúde (DGS) (2015), o respeito pelos grupos vulneráveis, pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o princípio do equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, o princípio da redução dos inconvenientes, bem como o princípio da otimização das vantagens (Fortin, 2009).

Durante a minha prática clínica de enfermagem que exige constantes tomadas de decisão e que exige resposta a dilemas éticos e morais, nos vários contextos de aprendizagem, respeitei os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão, segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015, 2015), o Regulamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista (OE, 2019a) e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2018).

Tanto no que diz respeito à investigação realizada, como no desenvolvimento de competências na minha prática clínica a um grupo-alvo vulnerável, foram tidas em consideração as características quer individuais, quer contextuais, dado que são fatores que potenciam o aumento da vulnerabilidade (Sevalho, 2018).

### 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos, quer na *scoping review*, como no trabalho empírico desenvolvido. É feita também uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências ao longo dos vários contextos clínicos de aprendizagem.

#### 3.1. *Scoping Review*

Para aceder à melhor evidência científica sobre a temática a que me propus explorar, a metodologia utilizada teve como ponto de partida a realização de uma *scoping review* segundo o JBI (Aromataris & Munn, 2020). Até à data, de acordo com a pesquisa efetuada nas bases de dados de revisões sistemáticas do JBI e da *Cochrane*, não existem revisões *scoping* ou de outro tipo de revisão sistemática sobre o tema.

À data de 28 de Agosto de 2021, da pesquisa na *MEDLINE* obtiveram-se 285 artigos e 112 artigos da *CINAHL*. Após serem excluídos os que se encontravam em duplicado, resultaram num total de 329 artigos. Previamente, já tinham sido realizadas várias pesquisas, desde a primeira realizada a 25 de junho de 2019 para a unidade curricular Opção II. Foram incluídos dois artigos completos que satisfizeram os critérios de inclusão e os dados obtidos desses artigos foram reunidos em quadros, elaborados de acordo com as orientações metodológicas do JBI (Aromataris & Munn, 2020) com o objetivo de extrair os dados relevantes, constando pequenas descrições narrativas que respondem à questão e ao objetivo da *scoping review*. Também foi feita a análise do nível de evidência, segundo a *Checklist for Case Reports* da JBI (Aromataris & Munn, 2020) (Apêndice VI).

Como resultados obtidos, surgem: **ocorrências psicossociais; ocorrências emocionais; dificuldades; medos e receios e; estratégias utilizadas.**

As **ocorrências psicossociais** mencionadas foram: incerteza; impacto do diagnóstico (feto e maternidade); dificuldades em gerir a realidade (diagnóstico/tratamento/carreira profissional/cuidar dos filhos posteriormente/gravidez futura); encargos financeiros; preocupação (sexualidade e imagem corporal) (Ives et al., 2011); ameaça à posição de “boas mães”; perturbação e destruição da gravidez e do que tinham previsto para este momento feliz; interferência na vida como mãe,

fazendo-as perder experiências e sentirem-se diferentes; conflito entre o papel de “mãe” e de “paciente” (Rees, 2016). No que concerne às **ocorrências emocionais** referiram: conflitos de decisão (saúde do bebé/mãe, tratamento, necessidade de antecipar o parto, amamentação); altos níveis de *stress*, ansiedade e angústia (Ives et al., 2011) e; sentimentos de culpa (Rees, 2016). Já relativamente às **dificuldades** sentidas, apontaram: a gestão de sentimentos (de culpa e preocupação com o sofrimento do bebé) (Rees, 2016); a gestão da maternidade e o conflito do diagnóstico na gravidez; o isolamento e; a falta de apoio social (Ives et al., 2011). Os **medos e receios** relatados foram: o medo relacionado com o desenvolvimento anormal do bebé (Ives et al., 2011) e; o receio de não poder ter mais filhos após o tratamento (Rees, 2016). Destes estudos, surgiram também diversas **estratégias** que as grávidas com cancro utilizaram durante a vivência deste momento tão distinto, bem como outras vivências sentidas.

A *scoping review* “A vivência da gravidez durante o cancro da mama” foi elaborada em forma de artigo e encontra-se em apêndice (Apêndice VII).

### **3.2. Da ação à evidência: Vivência da gravidez durante o cancro da mama**

Numa investigação, como raramente é possível estudar a totalidade da população alvo, recorre-se à que está acessível, limitada a um local (Fortin, 2009). Neste caso, as candidatas para participarem na investigação foram todas as mulheres grávidas com cancro da mama (9) que estavam a ser vigiadas nessa instituição e que aceitaram participar. Esta corresponde a uma «amostragem por exaustão», ao se utilizarem todos os indivíduos disponíveis, dado que há uma disponibilidade reduzida de sujeitos elegíveis por o fenómeno ainda ocorrer em número diminuto (Fontanella, 2021). Participaram 7 mulheres (78%) que foram confrontadas com o cancro da mama concomitante com a gravidez, com o objetivo de identificar as vivências experienciadas durante este processo ambíguo.

Previamente à realização das entrevistas, em articulação com a instituição, foi entregue a cada candidata um documento com informações relativas à investigação (Apêndice VIII), bem como foram explicados pormenores e esclarecidas dúvidas sobre a mesma. Após anuírem em participar, foi solicitada a assinatura do consentimento para a sua colaboração (Apêndice V) e foi realizada a entrevista semidiretiva com

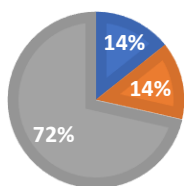
gravação áudio. Para maior proteção dos dados, a colheita de informação relativa à «caracterização das participantes e do cancro associado à gravidez» foi registada à parte, por meio de um questionário (Apêndice IV) com a atribuição de um código numérico. Seguiu-se o início da gravação áudio com a recolha dos restantes dados, registadas com o mesmo código.

### 3.2.1. Caracterização sociodemográfica das participantes

Constatou-se que à data das entrevistas, as participantes, apresentavam idades compreendidas entre os 32 anos e os 47 anos (Gráfico 1). Quando foi feito o diagnóstico de PABC, todas tinham idades superiores a 30 anos e 3 das participantes tinham mais de 39 anos (40 anos, 41 anos e 44 anos) (Gráfico 2).

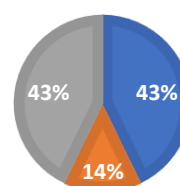
**Gráfico 1.** Idade das participantes

■ 30-34 anos ■ 35-39 anos ■ ≥ 40 anos



**Gráfico 2.** Idade no diagnóstico de PABC

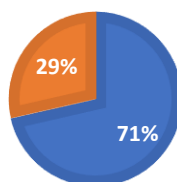
■ 30-34 anos ■ 35-39 anos ■ ≥ 40 anos



No que diz respeito às habilitações literárias, verificou-se que 2 participantes (29%) eram detentoras do grau académico de mestrado e 5 (71%) o de licenciatura (Gráfico 3).

**Gráfico 3.** Habilitações Literárias

■ Licenciatura ■ Mestrado



Três mulheres (43%) já tinham sido mães antes do diagnóstico de PABC. Uma das participantes, apesar de não ter ainda sido mãe biológica anteriormente, tinha um

filho do seu atual companheiro, fruto de uma relação anterior, que considerava como seu e que teve extrema importância durante todo o processo.

Nenhuma participante voltou a engravidar. Uma das participantes, que já tinha engravidado através de fertilização *in vitro*, sabia que não podia voltar a engravidar, devido ao cancro e à sua idade. Outras 3 participantes não podem voltar a engravidar devido ao tratamento, 2 não querem voltar a engravidar e apenas 1 coloca como hipótese uma futura gravidez.

### 3.2.2. Vivências da grávida com cancro da mama

Segundo Bardin (2015), categorizar tem como principal objetivo “fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto” (p.147). Para este processo, recorreu-se ao *WebQda*® que mostrou ser uma ferramenta fulcral de análise. Através desta ferramenta consegui apurar quais as palavras mais frequentes e comuns a todas as entrevistas (Figura 2). A palavra “muito” foi a mais referida e não deixa de ser adequada para adjectivar esta situação, que é sem dúvida algo de “muito” para ter que se lidar.

**Figura 2:** Palavras mais frequentes



Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas, para responder à pergunta: “Como é que a mulher com cancro da mama vivencia a gravidez?”, emergiram quatro categorias: Vivências no Momento do Diagnóstico; Vivências Durante a Gravidez; Rede de Suporte e, Estratégias de Superação, com base, não só no enquadramento teórico e no quadro de referência, mas também da leitura das entrevistas, como pode ser visualizado no Apêndice IX.

## Vivências no momento do diagnóstico

No momento do diagnóstico emergiram os seguintes indicadores: Choro/Choque/Atordoamento; Ambiguidade de acontecimentos de vida; Sentimento de *overwhelming* e; Transmissão da notícia (Quadro 1).

**Quadro 1.** Categoria “Momento do diagnóstico”

Indicadores	Fontes (N7)	Referências (N42)	
Choro/Choque/Atordoamento	6	17	40,5%
Ambiguidade de acontecimentos de vida	5	8	19,0%
Sentimentos de <i>overwhelming</i>	5	6	14,3%
Transmissão da notícia	7	11	26,2%

As mulheres diagnosticadas com PABC enfrentam um conjunto único de *stressores*, pois são forçadas a lidar com dois eventos antagônicos simultaneamente (Ives et al., 2011). Ao descobrirem esta condição, todas elas revelaram experiências particulares desse momento. Cinco destas mulheres (71,4%), mencionaram esta mesma ambivalência de sentimentos, referindo que “estava ali entre duas coisas, uma ambivalência de sentimentos.” (E7); questionando-se sobre “como é que Deus me dá vida e morte ao mesmo tempo!?” (E1); “como é que é possível darem-me um bombom, mas um bombom envenenado: vida e morte” (E1).

Seis participantes revelaram que a forma como foram informadas não foi a melhor, o que as marcou muito: “a reação do médico também não foi a melhor. Ficou tipo parado, nem sabia o que falar ou o que dizer” (E3); “a forma como recebi a notícia não foi das melhores” (E5); “lembro-me da obstetra pelo meio me dizer que que não ia ser nada, que na gravidez só acontecem coisas boas. E essa frase marcou-me.” (E2). Apenas uma referiu que esse momento foi: “espetacular porque acaba por ser um dos dias que me deram das piores notícias, mas dos dias em que também me senti muito bem, rodeada de amor” (E3), tendo a notícia sido transmitida por uma amiga, em sua casa, rodeada pelos seus amigos, família e companheiro.

Também o que sentiram foi muito individual, sendo influenciado, não só pelo seu contexto familiar, mas também pela sua história de vida. Duas delas tiveram dificuldade em engravidar (uma delas tinha recorrido a fertilização *in vitro*) e como tal, enfrentaram esta situação de uma forma muito singular. As emoções mais referidas no momento de diagnóstico foram choro/choque/atordoamento, bem como sentimentos de *overwhelming*: “eu cheguei ao carro e comecei a chorar, a chorar e a

chorar” (E7); “é aquela fase do primeiro impacto e o choque” (E6); “eu fiquei assim meio atordoada” (E3); “é tão *overwhelming*” (E6).

### Vivências durante a gravidez

Emergiram cinco sub-categorias relativas às vivências durante a gravidez: Ocorrências Psicossociais; Ocorrências emocionais; Dificuldades; Medos e receios; e Percepções sobre os cuidados de saúde (Quadro 2).

**Quadro 2.** Categoria “Vivências Durante a gravidez”

Sub-Categorias	Indicadores	Fontes (N7)	Referências (N262)	
<b>Ocorrências psicossociais</b>	Perda de fertilidade	3	6	2,3%
	Perda da experiência da amamentação	4	15	5,7%
	Alteração da imagem	6	18	6,9%
	Encargos financeiros	4	6	2,3%
<b>Ocorrências emocionais</b>	<i>Stress/Ansiedade/Angústia</i>	5	20	7,6%
	Raiva/Revolta	4	12	4,6%
	Preocupação com o filho	7	20	7,6%
<b>Dificuldades</b>	Conflitos de decisão	7	29	11,1%
	Problemas conjugais	4	7	2,7%
	Papel de mãe	6	22	8,4%
<b>Medos e receios</b>	Medo de morrer	5	11	4,2%
	Medo de voltar a passar pelo mesmo	4	7	2,7%
	Receio do estigma social	4	6	2,3%
<b>Percepções sobre os cuidados de saúde</b>	Articulação entre equipas	7	10	3,8%
	Confiança nas equipas	7	27	10,3%
	Tratamento/Acompanhamento	7	46	17,5%

As **ocorrências psicossociais** mais mencionadas foram: a perda da fertilidade; a perda da experiência da amamentação; a alteração da imagem e; os encargos financeiros.

Segundo Rees (2016), o tratamento interferiu nas vidas destas mulheres como futuras mães, fazendo com que se sentissem diferentes e que lamentassem a perda de certas experiências, como a amamentação. Também fez com que pensassem de forma diferente sobre futuras gravidezes, pois muitas delas ficaram inférteis ou tiveram que induzir a menopausa devido aos tratamentos, reduzindo a possibilidade de futuras gestações e de viverem o curso de vida que tinham planeado antecipadamente (Rees,

2016), tal como se verificou: “sempre pensámos em ter mais filhos (...) Mas agora por causa deste segundo tumor, já não dá mesmo” (E7); “e então tive que começar a fazer uma injeção mensal, que ainda estou a tomar para fazer a inibição. Por isso estou em menopausa induzida” (E3).

Mulheres que realizaram quimioterapia e não conseguiram amamentar porque durante o tratamento o leite apresenta vestígios dos citotóxicos (Faguy, 2015), referem ter sido um *stressor* adicional, num momento já por si desafiador, especialmente quando sempre foi sua vontade ou se sempre tinham sonhado com a amamentação (Ives et al., 2011). Como se pôde constatar (mais de 57% das mulheres verbalizaram essa preocupação): “o não poder amamentar foi então uma coisa tremenda mesmo” (E4); “percebi que ok não vou poder amamentar e, chorei muito, chorei muito...” (E6). Devido aos poucos dados existentes sobre a amamentação após a quimioterapia, a sua realização é desaconselhada durante pelo menos quatro semanas após o fim do tratamento devido à excreção desses agentes no leite materno (Faguy, 2015). O que não significa que não possam amamentar depois, mas para tal é necessário que estas mulheres sejam apoiadas por profissionais de saúde, de forma a conseguirem garantir a produção de leite, retirando-o e desperdiçando-o durante esse período, o que nem sempre acontece. Rocha (2020) refere que os profissionais de saúde têm opiniões divergentes sobre a amamentação após o cancro da mama e salienta a necessidade de informação e de uniformização da prestação de cuidados, conduzindo a um aumento das preocupações sentidas por estas mulheres.

Durante as minhas entrevistas, há um relato particularmente perturbador pela forma como esta mulher vivenciou todo o processo de não poder amamentar, chegando mesmo a referir ter sofrido *bullying*, “*bullying* mamário” (E4). Toda a vida tinha sonhado com a gravidez e a amamentação e, para além de ter que lidar com este *stressor* que a obrigou a perder esta experiência tão desejada, sentiu-se ameaçada no seu papel de mãe, por algo que não era sua decisão. Isto aconteceu não só durante o internamento hospitalar: “levavam-me para um gabinete onde por todo o lado havia cartazes sobre a grande vantagem de amamentar! Quer dizer, o único sítio em que me deixavam alimentar o meu filho, está repleto de coisas a dizer-me sobre quais as consequências de não o amamentar”, “ao menos aquele cubículo onde eu sou obrigada a esconder-me para alimentar o meu filho, ao menos que aquele seja “limpo” desse *bullying* mamário!” (E4), como durante as sessões de preparação para o parto e parentalidade: “e já nas aulas de preparação para o parto (...) o discurso é tão focado nisso e tão obcecado que se esquecem que há pessoas que não é por

opção” (E4). Tal como referiu Rees (2016), ambos os papéis de "mãe" e "paciente" implicam obrigações sociais, mas essas obrigações podem entrar em conflito. Esta entrevista corrobora essa mesma ideia, evidenciando como a necessidade de realizar um tratamento que a impedia de amamentar fez com que se sentisse culpada em relação à sua condição de boa mãe (Rees, 2016) e se sentisse isolada, como se não pertencesse à maternidade (Ives et al., 2011). Contudo, outras mulheres racionalizaram sobre a situação, aceitando apesar da preocupação e tristeza de não poderem amamentar, tal como aconteceu no estudo de Ives et al. (2011): “não estar só exclusivamente dependente da mãe é uma ajuda (...) Para mim era impossível aquela coisa (amamentar) constante, mesmo que não tivesse feito quimioterapia. Fico muito feliz de perceber que se pode amamentar depois (...) mas não é porque não amamentas que perdes o elo com o bebé” (E6).

Aparentemente parece ter sido mais fácil para as mulheres que já tinham tido a experiência da amamentação: “eu achava como dei sempre mama aos outros, achei que era uma coisa que me ia fazer muita confusão, mas não fez de todo” (E7).

Vários estudos analisaram a experiência do cancro da mama em termos do seu impacto sobre a feminilidade e a identidade de género e, observou-se que o seu tratamento representa uma ameaça à identidade de género da mulher como resultado por exemplo, da alteração da mama/mastectomia (Rees, 2016). Também esta alteração da imagem foi muito referida como um *stressor* adicional a todo este processo de vivências, tendo sido mencionado por mais de 85% das entrevistadas: “quando me disseram que tinha que fazer mastectomia total bilateral, para mim foi muito agressivo” (E1); “das coisas que me custou mais e, deve ser o relato de muita gente, foi a queda do cabelo” (E5); “parecia um cadáver, branca, com os olhos encavados” (E6); “é muito estranho, mexe connosco” (E8).

Outra ocorrência psicossocial enfatizada, tal como mencionado por Ives et al. (2011), foi a preocupação com os encargos financeiros, não só pelos tratamentos, mas também pela interrupção da carreira profissional. Esta preocupação talvez tenha sido mais gravosa pelo facto da instituição que escolheram para ser vigiadas, ser de carácter privado: “qual foi meu pânico? Foi não ter capacidade financeira para suportar os custos” (E5); “eu até já tinha feito um seguro para ir para o privado.” (E1); “felizmente tive condições financeiras para ser operada” (E3).

No que concerne às **ocorrências emocionais**, as mais frisadas foram: o *stress/ansiedade/angústia*; a raiva/revolta e; a preocupação com o filho. Segundo Rees (2016), as mulheres diagnosticadas com PABC relataram que o diagnóstico

estragou o que deveria ter sido uma fase feliz de suas vidas, atrapalhando a forma como previram o avanço da gravidez. Estas mulheres relataram altos níveis de ansiedade e *stress*, bem como altos níveis de angústia, que permaneceram durante toda a sua experiência de PABC e no pós-parto inclusive, resultantes do conflito que sentiam entre a preocupação com a saúde do bebê e a preocupação com sua própria saúde e bem-estar, de forma a garantir que recebessem o melhor tratamento possível (Ives et al., 2011). Isto também se confirmou nas entrevistas realizadas, em que mais de metade das participantes referiu que foi uma experiência muito *stressante* e angustiante: “não foi uma situação nada fácil (...) é um momento duplamente *stressante*” (E2); “estava muito *stressada* (...) comecei a ter noção que aquilo realmente era verdade, o que me estava a acontecer, e então foi horrível” (E3), e que no momento da entrevista, pelo passar do tempo, referiram já ser mais fácil lembrarem e falarem da experiência: “hoje em dia também é mais fácil para mim falar desta experiência (...) quanto mais tempo passa mais tranquila fico” (E2).

Também o sentimento de raiva e revolta notabilizou-se durante os relatos. Muitas vezes não foi manifestado diretamente, mas pela forma como descreviam ou pelo seu tom de voz, acabava por transparecer que esteve bastante implícito nas suas vivências: “senti muita raiva quando me disseram (...) nunca me podiam ter feito isto” (E1); “fiquei com muita raiva” (E3).

O sentimento que mais assombrava estas mulheres, era o da preocupação com o filho. O bebê da gravidez atual, mas quando existente, também com o filho anterior. A prova disso é que todas as participantes, a certa altura da entrevista, acabaram por referir essa mesma preocupação: “tinha a preocupação de querer estar bem (...) estava preocupada com o meu filho, mas também comigo (...) Tive medo pelo meu filho” (E2); “só me interessava o meu bebé” (E4); “a minha preocupação sempre foi o meu filho” (E1).

No que concerne às **dificuldades**, as mais descritas foram: conflitos de decisão; problemas conjugais e; o papel de mãe.

Uma mulher grávida com cancro precisará tomar decisões que podem afetar a morbilidade do seu filho e, até mesmo a sua mortalidade, podendo ser necessário tomar uma decisão para proteger a saúde deste, às custas da sua própria saúde, ou vice-versa. Estas decisões têm-se mostrado *stressantes* e traumáticas para estas mulheres (Ives et al., 2011). E este conflito surgiu várias vezes ao longo das entrevistas, ao referirem querer “tentar o melhor dos dois mundos, o que não é fácil...” (E1). Estas mulheres tiveram de escolher entre os tratamentos que lhes foram

sugeridos, sabendo as consequências, quer para elas, quer para os filhos e, todas elas colocaram o seu filho em primeiro lugar, procurando pelo melhor tratamento e local de assistência que lhes permitisse seguir com a gravidez. Isto aponta para a tendência natural de estas mulheres, como todas as mães, para se preocuparem com os seus filhos antes de si mesmas, mencionado por Ives et al. (2011): “mantendo a gravidez morre você e morre o bebê, foi assim que disseram: curto e grosso. (...) eu não queria abortar, de todo! (...) aqui não me disseram que tinha de interromper a gravidez” (E7).

Segundo Ives et al. (2011), as mulheres que foram diagnosticadas com PABC podem também ter medo do desenvolvimento anormal dos seus filhos, especialmente se foram submetidas a quimioterapia, radioterapia ou terapia hormonal durante a gravidez: “tive sempre ciente dos riscos, sabia que tinha de haver um grande acompanhamento, uma grande vigilância e articulação com as equipas (...) podia haver o risco de nascimento com baixo peso, e ter redução do líquido amniótico” (E5). Infelizmente, um dos casos não foi bem-sucedido, culminando numa interrupção da gravidez: “tinha gravíssimos problemas cardíacos (...) tinha trissomia 21 também” (E1). Esta mulher, que tinha decidido seguir a gravidez no momento do diagnóstico de PABC, viu-se obrigada a interromper a gravidez e, devido ao tratamento a que foi submetida, não poderá ter mais filhos, o que ainda a deixa triste ao lembrar-se, mas sabe ter feito a escolha acertada: “eu disse sempre que era incapaz de tirar este bebê. Se ele no caminho tivesse que se perder, perdia-se. Mas por mim, não. (...) Então aí não tive muita opção (...) Foi o que mais me custou de todo o processo” (E1).

Quatro mulheres também referiram ter sentido problemas no relacionamento conjugal, não só pela exigência de toda a experiência: “é tudo muito violento para o casal, não só durante o processo, mas após” (E3); “estamos numa fase em que já não tenho paciência nenhuma para ele” (E1), mas também pela discrepância de opiniões sobre as decisões que necessitavam ser tomadas: “eu disse: essa decisão não te cabe a ti, essa decisão é minha. Tu podes dar a tua opinião, mas a decisão de prosseguir com a gravidez é minha! (...) Porque sou eu que morro” (E6); “o meu marido só estava preocupado comigo e não com o bebê. Ele até chegou a uma determinada altura a dizer que eu estava a pôr a vida do bebê acima da minha e isso nunca aconteceu” (E1). Uma mulher mencionou problemas sexuais resultantes do tratamento, de acordo com o mencionado no estudo de Ives et al. (2011) e, como isso estava a afetar a sua relação conjugal: “a outra sequela no meio disto tudo é a parte

da componente sexual (...) não tenho libido nenhuma (...) de tudo isto, foi a maior sequela” (E3).

A ameaça ao papel de mãe, também foi uma das dificuldades muito sentidas, com a referenciação de seis em sete participantes. O medo de não conseguir lidar com o filho ou a possibilidade de ficarem muito doentes para cuidar dele, são uma ameaça que sentem à sua função parental, tal como Ives et al. (2011) constatou e tal como foi perceptível nas entrevistas: “fisicamente foi muito difícil (...) eu sentia que não conseguia tomar conta do bebé porque estava tão exausta (...) e sentia-me tão mal” (E3); “há momentos mais complicados, quando eu não tenho força para pegar no bebé ou disponibilidade psicológica porque me sinto mais cansada” (E4). Também a perda da fertilidade molda os seus comportamentos, dado que apesar do cansaço extremo, sentem necessidade de cuidar dos filhos por poder ser a última oportunidade para tal, não querendo por isso, falhar neste papel (Rees, 2016).

Da mesma forma, é particularmente preocupante para muitas mulheres com PABC, o medo, não apenas do desenvolvimento anormal do bebé durante a gravidez, mas também que a quimioterapia anterior possa causar defeitos congénitos nas gestações posteriores, ou que possam transmitir uma mutação genética para a sua descendência (Ives et al., 2011). Uma mulher relatou especificamente isto, dizendo que: “não é por medo de voltar a ter (...) tem a ver com as probabilidades de as coisas correrem menos bem também a outros níveis, correndo outros riscos. Porque eu deixo este legado (...) Por isso não, não penso ter mais filhos” (E5).

Para além de tudo isto, estas mulheres sentem-se ainda ameaçadas na sua posição como boas mães, como resultado de terem que antecipar/programar o parto, de terem recebido o tratamento para o cancro da mama ou por não poderem amamentar (Rees, 2016). Como foi o caso de uma das entrevistadas que, quando esta estava internada no bloco de partos, ficou transtornada com a acusação por parte de um médico que seguia o seu caso, de que estava a pôr em risco a vida do bebé quando esta lhe questionou se estava tudo bem com o mesmo. A resposta que o médico lhe deu foi: “está bem para as 38 semanas mas como é evidente, tínhamos que esperar pelas 40 porque é o período que ele precisa. Estamos a pôr tudo em causa!” (E4). Mais tarde, esta mesma mulher voltou a sentir-se ameaçada com a questão da amamentação: “estarem constantemente com esta conversa da amamentação (...) é que me faziam sentir novamente má mãe” (E4).

Relativamente aos **medos e receios**, os mais sentidos foram: o medo de morrer, referido por mais de 70% das entrevistadas e; o medo de voltar a passar pelo

mesmo: “e agora, vamos lidar com a ideia que não volta mais. Ou que pode voltar. Isso é uma coisa que me atormenta muitas vezes. E eu sabia que isso era o que me ia atormentar mais” (E5). O receio do estigma social, também foi referido por mais de 55%. Apesar de a literatura não o mencionar, foi algo bastante marcante para as mulheres entrevistadas que o referiram, como se pode perceber nestes pequenos excertos: “inicialmente foi para mim difícil aceitar, socialmente, a mim como grávida a fazer quimioterapia. Ou seja, eu tinha um bocado de vergonha, no início, do estigma das outras pessoas, de andar na rua e dos olhares das outras pessoas” (E2); “preocupava-me que na rua descobrissem que eu tinha cancro” (E5); “em qualquer lado, aqui ou assim, claro que é estranho e tudo olha (...) porque é muito estranho ver uma grávida careca, ou de lenço” (E7). Isto só vem confirmar que é fundamental, pesquisas que enfoquem estas questões emocionais e sociais enfrentadas por estas mulheres, para podermos estar preparados para as ajudar, intervindo sobre estes *stressores*.

Relativamente às **perceções sobre os cuidados de saúde**, Case (2016) defende que o PABC apresenta um cenário único e muitas vezes desafiador, pois a situação exige uma consideração cuidadosa dos melhores interesses da mãe e do feto. O atendimento deve envolver uma equipa multidisciplinar, incluindo: obstetra; especialista em medicina materno-fetal; médico oncologista; oncologista cirúrgico; nutricionista; geneticista; neonatologista; farmacêutico; assistente social e serviço de apoio psicossocial e, as decisões de tratamento devem ser individualizadas e considerar a extensão da doença, minimizar os danos ao feto, considerar a idade gestacional, o impacto da gravidez e o planeamento da fertilidade.

Todas as mulheres entrevistadas referiram que durante todo o processo houve uma articulação entre equipas, especialmente entre a equipa oncológica e a equipa obstétrica, o que as fez sentirem-se seguras com o tratamento e com confiança nos cuidados prestados. Porém, seis destas mulheres referem ter tido uma má experiência noutras instituições, o que as fez procurar e a serem vigiadas pela atual instituição (apenas uma não o referiu porque recorreu logo em primeiro lugar a esta instituição). As anteriores instituições não lhes transmitiram confiança, não as fizeram sentir apoiadas, nem envolvidas no processo: “não gostei nada. Não senti, foi uma coisa muito impessoal e há coisas que nos marcam” (E7); “então disse que não queria ser lá tratada. Não queria! Não me senti protegida, não me senti! Eu acho que nós, como pacientes, importamos. O paciente faz parte da equipa, o paciente é uma parte muito importante, faz parte da decisão, faz parte do tratamento e do seu sucesso na doença”

(E6). Mas quando passaram a ser vigiadas na atual instituição, a opinião já foi completamente diferente. Gostaram do que lhes foi transmitido, de todo o processo de escolha do tratamento em que foram envolvidas, de todo o tratamento e da articulação entre equipas. Referiram que as ajudou serem vigiadas por uma instituição de referência, já com experiência nestes casos, deixando-as mais tranquilas e acreditando que fizeram uma boa opção: “fiz bem em ter sido seguida noutra hospital” (E3). Estas afirmações vêm reforçar os autores Ives et al. (2011), quando defendem que é imperativo que estas mulheres sejam bem apoiadas nas suas escolhas pelos profissionais de saúde que as ajudarão e às suas famílias a se ajustarem a essa situação difícil e limitará a ansiedade e o *stress* que experienciam, sendo para isso, de grande importância, que sejam realizadas e postas em prática, discussões multidisciplinares.

### Rede de Suporte

Segundo Santos, Ribeiro e Lopes (2003), o suporte social é um conjunto de mecanismos através dos quais as relações pessoais são capazes de proteger o indivíduo (Peixoto & Peixoto, 2017). Também Singer e Lord (1984) demonstraram que o suporte social protege as pessoas contra as perturbações induzidas pelo *stress*, referindo que a sua não existência é fonte de *stress* e que a sua perda é um fator *stressor*, mas que a sua existência torna os indivíduos mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida (Peixoto & Peixoto, 2017). Estas mulheres referiram que a sua rede de suporte foi indispensável durante todo o processo. Todas referiram o companheiro como elemento fulcral de apoio. Seis mencionaram o apoio da família e três o suporte dos seus amigos (Quadro 3).

**Quadro 3.** Categoria “Rede de Suporte”

Indicadores	Fontes (N7)	Referências (N54)	
Família	6	13	24,1%
Amigos	3	11	20,4%
Companheiro	7	30	55,5%

Independentemente da sua proveniência, o carinho, o apoio emocional, o suporte e os cuidados recebidos, trouxeram resultados positivos para estas mulheres durante o processo de vivência da gravidez associada ao cancro da mama, fazendo com que se sentissem protegidas e apoiadas: “ele está lá, não é a figura principal,

mas ele está lá. E esteve sempre lá! Foi muito importante” (E6); “o apoio da família é essencial (...) foi um apoio incondicional!” (E5).

### **Estratégias de Superação**

Apesar de cada mulher vivenciar a gravidez e o cancro da mama de forma única, particular e de acordo com as suas crenças e valores (Ives et al., 2011), destas entrevistas, três indicadores foram indubitáveis das estratégias que estas utilizaram para reduzir as ameaças à sua integridade individual e conservar o equilíbrio emocional: Busca de forças ao filho; Aceitação/Positividade e; Conhecer/Partilhar experiências (Quadro 4).

**Quadro 4.** Categoria “Estratégias de Superação”

<b>Indicadores</b>	<b>Fontes (N7)</b>	<b>Referências (N73)</b>	
Busca de forças ao filho	7	24	32,9%
Aceitação/Positividade	7	28	38,3%
Conhecer/Partilhar experiências	6	21	28,8%

Todas as mulheres referiram ter ganho forças no filho (já nascido ou ao feto da gravidez): “para ir buscar forças, o meu segredo foi este. Porque realmente temos que viver para nós, mas tem de haver objetivos. E o meu objetivo é ver o meu filho crescer” (E1); “agarrarmo-nos com toda a força ao nosso bebé, e pensarmos que queremos vê-lo crescer, que queremos estar bem”; (E4) e “eu foquei-me na minha gravidez e no facto de estar felicíssima e isso fez com que eu não me arrastasse para o cancro da mama” (E6). Houve um relato a referir que quando aquele bebé a que se “agarrava” nasceu, algo mudou e todo o processo que ainda faltava pareceu mais difícil: “depois de nascer, houve ali qualquer coisa que eu me fui um bocadinho abaixo. Parecia que o meu caminho ainda era prolongado, tinha mais tratamentos, depois a radioterapia e parece que já não estava com aquela bolinha de envolvimento, porque já não o tinha aqui dentro a dar aquela força” (E7).

Todas as mulheres referiram que aceitar a situação por que estavam a passar com positividade e foco nas coisas boas que tinham nas suas vidas e no que era realmente importante para cada uma, foi essencial para superarem todo o processo: “aceitei! Se assim foi, foi porque Deus assim quis. Alguma coisa vou ter que aprender disto” (E1); “toda essa positividade, também me ajudou imenso a superar bem o processo e a ter outro foco. A não me deixar levar muito pela doença” (E2).

Seis mulheres, tal como constatou Rees (2016), sentiram-se bem ao conhecer outros casos e a partilharem a sua experiência com outras mulheres em situações semelhantes, ajudando a mudar as suas histórias: “fico muito feliz que sobretudo a história sirva para outras mulheres e que não caia no esquecimento e daqui a uns anos ninguém se lembrar. Ou seja, gostava (...) que outras fizessem o mesmo que eu fiz há uns anos (...) daqui a dez anos, houvesse outra mulher que fizesse a mesma coisa” (E6).

### 3.2.3. Conclusões

As vivências experienciadas pelas mulheres grávidas com cancro da mama permitem identificar dois momentos fulcrais: o momento do diagnóstico e o período da gravidez concomitante com os tratamentos para o cancro.

Relativamente ao momento do diagnóstico, todas as entrevistadas mencionaram esse momento como muito marcante, principalmente pela forma como foi transmitida a notícia. O EESMO deve estar preparado para ajudar estas mulheres na adaptação e no restabelecimento da estabilidade, devendo atuar ao nível da prevenção primária, tentando reforçar as “ferramentas” de defesa, de forma a diminuir o impacto causado pelo *stressor*. Deve ter em atenção a forma com é transmitida a notícia e estar preparado para reações como choro/choque/atordoamento, bem como sentimentos de ambiguidade e de *overwhelming*.

No que diz respeito às vivências experienciadas durante a gravidez, percebe-se que são experienciadas ocorrências psicossociais relacionadas com a perda de fertilidade e da experiência da amamentação e, relacionadas com a alteração de imagem e com os encargos financeiros inerentes a toda a situação. Ressaltam as ocorrências emocionais como: *stress/ansiedade/angústia*; sentimentos de raiva/revolta e; preocupações com o filho, já nascido ou da gravidez atual. Surgem também, dificuldades relacionadas com os conflitos de decisão sobre o tratamento, com os problemas conjugais que vão surgindo e com as alterações no papel de mãe. Este momento também é acompanhado pelo medo de morrer, medo de voltar a passar pelo mesmo no futuro e por receios do estigma social. As perceções sobre os cuidados de saúde são também um ponto muito referido, de extrema relevância para todo o processo vivenciado, sendo mencionada a articulação entre as equipas multidisciplinares, a confiança nas equipas e as perceções sentidas sobre o tratamento/acompanhamento. À exceção de uma mulher (porque foi a sua primeira

escolha), todas as outras deixaram outras instituições e escolheram a atual instituição para serem vigiadas porque esta as fez sentirem-se seguras, apoiadas e integradas em todo o processo. Todas mencionaram sentir-se seguras e ter confiança nos cuidados de saúde prestados.

Compete ao EESMO atuar ao nível da prevenção secundária, ajudando ao restabelecimento da harmonia/equilíbrio do sistema, integrando e dando especial atenção à rede de suporte do sistema grávida com cancro da mama, dado que é parte participante e essencial no apoio durante a vivência deste momento. A rede de suporte mencionada, enfoca a família, os amigos e o companheiro.

Estas mulheres criaram estratégias de superação de forma a ficarem mais capacitadas para se adaptarem e saberem lidar com *estes stressores*, o que é fundamental conhecer para ajudar no futuro com outro *stressor*, igual ou semelhante, que possa surgir (prevenção terciária), mas também para ajudar outras mulheres que possam vivenciar este mesmo *stressor*. As estratégias que foram mais utilizadas, centraram-se na busca de forças ao filho, na aceitação/positividade perante a situação e, no conhecimento e partilha de experiências com outras mulheres que experienciaram a gravidez e o cancro da mama.

### **3.3. Da evidência à ação: Prática reflexiva no processo de desenvolvimento de competências**

Aos inúmeros avanços e inovações na área da saúde, são impostas novas atitudes, condutas e formas de pensar e ser. É exigido que a tomada de decisão por parte dos enfermeiros seja fundamentada por princípios científicos, de modo a poder ser escolhida a intervenção mais adequada para cada situação de cuidado (Pedrolo et al, 2009). A prática baseada na evidência em Enfermagem é definida como uma abordagem resolutiva de problemas na prática clínica que integra o uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência disponível, combinada com a experiência clínica do profissional, bem como com as preferências e valores do cliente (Higgs, Jones & Titchen, 2008). Se os enfermeiros utilizarem na sua prática uma abordagem baseada na evidência, serão capazes de colocar boas questões sobre como e quando devem alterar a sua prática, mostrando que usam boa informação para basearem as suas decisões, bem como avaliam a sua prática e sabem antecipadamente, se os seus resultados são adequados e aceites (OE, 2012). Esta evidência, que é o conhecimento proveniente de diferentes fontes e que foi

considerado credível após ter sido sujeito a escrutínio, pode derivar de dois tipos de conhecimento: proposicional (formal, explícito, derivado de pesquisa e estudo) e não proposicional (informal, implícito e derivado principalmente através da prática) (Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson & McCormack, 2004). Os profissionais precisam extrair e integrar múltiplas fontes de conhecimento (proposicional e não proposicional), informadas por uma variedade de bases de evidências e, de o traduzir e disseminar com o propósito de melhorar a prática clínica, obter eficiência e diminuir custos (Rycroft-Malone et al., 2004).

Inerente à Enfermagem, a reflexão é considerada como uma ferramenta vital para a aprendizagem, em que se revive a experiência, em que se pensa sobre ela, em que se a analisa e em que se a avalia. Esta prática reflexiva assume maior importância em contexto clínico, por ser onde se interligam os conhecimentos teóricos adquiridos com a prática real, por ser imprevisível e por ser necessário refletir para a tomada de decisão (Peixoto & Peixoto, 2016). Segundo Benner (2001), a reflexão permite aos enfermeiros a identificação das preocupações que organizam a história e as noções do que é correto, presentes na história. A reflexão permite também que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração, e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico (Benner, 2001). Assim, esta prática reflexiva realizada no presente, em que se analisa o passado, é essencial para o desenvolvimento do futuro. Neste sentido, apresento uma análise crítica e reflexiva sobre a minha prática de cuidados, nos contextos clínicos de aprendizagem, para a aquisição destas competências. Em anexo consta a síntese do registo das atividades realizadas (Anexo II).

Este capítulo será apresentado através de dois sub-capítulos, em conformidade com os objetivos já anteriormente mencionados.

### **3.3.1. Desenvolver competências gerais e específicas do EESMO na prestação de cuidados ao sistema mulher/recém-nascido/família no âmbito da saúde sexual e reprodutiva**

A mulher, no contexto do seu ciclo reprodutivo, é considerada como o foco de atenção da especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia (OE, 2019b). O EESMO assume a responsabilidade pelo exercício das áreas de atividade de intervenção no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional, da gravidez, do parto, do puerpério, do climatério, da ginecologia, bem como no âmbito da comunidade, regendo-se por

um conjunto de competências específicas (OE, 2019b). Abordarei os cuidados prestados à mulher/família, segundo essas competências que foram desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos clínicos de aprendizagem.

### **Cuida da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional**

Com o direito de todos os homens e mulheres poderem construir uma família, segundo a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), torna-se imprescindível abordar o conceito de saúde reprodutiva. Segundo Vilar (2009), a saúde reprodutiva “é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, em tudo o que se relaciona com o sistema reprodutivo, as suas funções e processos” (p.7).

Segundo a DGS (2008), de acordo com a Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento realizada em 1994, o conceito de saúde reprodutiva compreende também que as pessoas possam ter uma vida sexual saudável e satisfatória, tendo a capacidade de decidir se, quando e com que regularidade têm filhos. Desta forma, é fundamental assegurar o direito à informação e à escolha de métodos de planeamento familiar que sejam seguros e eficazes, o acesso a serviços de saúde adequados, bem como o direito à saúde sexual (Martins, 2014). Neste sentido, os cuidados a serem prestados, devem ser constituídos por um variado conjunto de “serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades específicas dos homens e mulheres, nesta área, ao longo do ciclo de vida” (DGS, 2008, p.5).

Os cuidados pré-concepcionais têm sido uma componente fulcral na saúde reprodutiva, investindo-se no indivíduo saudável e intervindo antes da concepção. Atualmente, as intervenções de saúde já não são planeadas segundo um programa designado de Planeamento Familiar, mas sim, por um mais abrangente, designado de Saúde Sexual e Reprodutiva, em que o entendimento dos cuidados é mais alargado, bem como o grupo-alvo, deixando a mulher de ser o foco de atenção para serem também considerados, o homem, o casal, a família e a comunidade (Guerreiro & Dias, 2018). Este programa de intervenção pode incluir uma consulta de enfermagem, dirigida preferencialmente por um EESMO, dado ser da sua competência cuidar da mulher inserida na sua família e comunidade, tanto no âmbito do planeamento familiar,

como durante o período pré-concepcional, “estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes desejadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade” (OE, 2019b). Estas consultas são então, uma excelente oportunidade para promover benefícios à saúde de todos, devendo ser amplamente aproveitadas para prestar os cuidados necessários ainda antes da concepção e de uma forma que promova a saúde, através de informação, aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce de infeções sexualmente transmissíveis, do cancro do colo do útero e do cancro da mama, na prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, na prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas, tal como definido no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar da Direção Geral de Saúde (2008).

As competências necessárias para tal, foram desenvolvidas maioritariamente em contexto de Cuidados de Saúde Primários, bem como num serviço de Procriação Medicamente Assistida. Nas Consultas de Saúde Sexual e Reprodutiva, através de educação para a saúde, pude cuidar da mulher inserida na sua família e na comunidade, promovendo a saúde familiar, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e, intervindo segundo as necessidades identificadas, aos três níveis de prevenção, fortalecendo/reparando as linhas do sistema cliente. A razão mais frequente para a ida a esta consulta, quer para os homens, quer para as mulheres, foi principalmente o seguimento de um método contraceutivo. O que mais ressaltou nestas consultas, para além da falta de informação, foi que raramente participavam os casais em conjunto. Contudo, também tive a oportunidade de realizar consultas a mulheres que pretendiam contraceção de emergência ou que estavam a ser vigiadas durante o processo de interrupção voluntária da gravidez.

Foi possível colaborar em algumas técnicas, tais como a observação ginecológica, o exame mamário, a colocação de dispositivos intra-uterinos e a realização de citologias, sempre numa lógica de identificação de *stressores* e de promoção do fortalecimento das linhas de defesa.

Na consulta de Procriação Medicamente Assistida participei em punções ováricas, em inseminação intra-uterina e em transferência de embriões. Esta passagem foi muito relevante para o meu crescimento quer profissional, quer pessoal, não só por entender a importância do EESMO nesta área de intervenção, pela sua especificidade, mas também pela sensibilização para o doloroso processo por que estes casais passam para conquistarem a tão desejada gravidez.

E, apesar de menos frequentes, também tive a oportunidade de realizar consultas pré-concepcionais, em que as mulheres já vinham acompanhadas pelos seus parceiros. A consulta pré-concepcional apesar de ser essencial, por ser preponderante no prognóstico favorável da gravidez e do parto, ao identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gravidez (Guerreiro & Dias, 2018), ainda são pouco procuradas.

### **Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**

O período pré-natal é caracterizado como “um período de preparação, física e psicológica, para o nascimento e parentalidade” (Corbett, 2008a, p.246), em que há uma alteração da função conjugal para a função parental. Desta forma, durante o período da gravidez, para além da necessidade de adaptação às mudanças físicas, existe ainda o desafio da redefinição dos papéis na estrutura familiar. Para que este processo de transição do casal (papel de pais) e do sistema familiar e extrafamiliar, onde se vai integrar o novo elemento familiar, ocorra de forma favorável, o conhecimento prévio sobre esta fase de mudança e a comunicação positiva do casal são fatores promotores essenciais (Orfão, 2018).

Segundo a OMS, todas as grávidas e recém-nascidos devem ter acesso gratuito e de qualidade a cuidados de saúde durante toda a gravidez, parto e período pós-natal (OMS, 2016). Para tal, foi elaborado um programa com recomendações sobre o atendimento pré-natal para uma experiência positiva da gravidez, centrando os cuidados de saúde na mulher, incluindo o seu parceiro, a sua família e/ou pessoa(s) de referência. Este documento confirma que dentro dos cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais possuem grande importância através da promoção da saúde, do rastreio, do diagnóstico e da prevenção de doenças (OMS, 2016). A evidência científica mostra que há uma clara relação entre a qualidade da assistência pré-natal e os ganhos em saúde, com a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, fetal e infantil, através da deteção precoce de fatores de risco que possam comprometer quer a correta evolução da gravidez, quer o bem-estar do feto (DGS, 2015). Compete ao EESMO, esta prestação de cuidados pré-natais especializados de alta qualidade (OE, 2019b) e este acompanhamento concretiza-se nos Cuidados de Saúde Primários, no âmbito das consultas de assistência pré-natal, salvo raras exceções, onde é realizado nos hospitais, no caso por exemplo de uma gravidez de risco (Martins, 2014). Segundo Martins & Remoaldo (2014), é fundamental

que o EESMO cuide da mulher grávida como um ser inserido numa família e comunidade, respeitando todos os elementos que a distinguem enquanto ser humano (físicos, sociais, económicos, políticos, culturais e organizacionais) e formando assim, uma relação inter-pessoal e de confiança.

Nas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco, tive oportunidade de prestar cuidados a grávidas com diferentes idades gestacionais a vivenciar os três trimestres da gravidez. Estas consultas incidiram sobretudo na realização de educação para a saúde, de forma a promover e a potenciar a saúde, de forma a detetar e tratar ou referenciar precocemente complicações, promovendo assim, quer o bem-estar materno-fetal, quer uma experiência positiva da gravidez, reforçando as linhas flexíveis de defesa e/ou atuando na prevenção primária e terciária. Para tal, estas consultas foram baseadas segundo as recomendações da DGS, no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (2015), abordando o esquema de vigilância previsto (periodicidade, objetivos das consultas, exames analíticos e ecográficos); as adaptações fisiológicas maternas; os sinais e sintomas de desvios à gravidez normal (desconfortos e sinais de alerta); as expectativas face à gravidez e ao nascimento; a preparação para o aleitamento materno; o plano de parto; a alimentação (suplementação, segurança alimentar); a saúde oral; a sexualidade durante a gravidez; a atividade física; os hábitos e estilos de vida (cessação tabágica, álcool e substâncias psicoativas); os direitos e deveres parentais; o apoio social (proteção contra ameaças e agressões) e; a segurança rodoviária (DGS, 2015).

Durante estas consultas também avaliei e atualizei o histórico vacinal; realizei a profilaxia da isoimunização com a Imunoglobulina anti-D; avaliei o bem-estar materno-fetal (auscultação dos batimentos cardio-fetais, medição da altura do fundo do útero e avaliação da estática-fetal através das Manobras de Leopold); incentivei a grávida/casal a recorrer aos serviços de saúde no caso de algum sinal de alarme ou de alguma dúvida; incentivei à realização do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade que tive oportunidade de assistir a algumas sessões e; incentivei também à continuidade de cuidados e promoção de saúde após o parto.

Foi uma experiência desafiante, não só pela grande mobilização de conhecimentos, mas também pela necessidade de adequação perante as especificidades de cada mulher/casal. Para atender às suas necessidades e ao sucesso da vigilância pré-natal, é essencial reconhecer as suas singularidades e entendê-los como seres únicos, que acarretam consigo uma história de vida particular. Nascimento (2015) realça a importância destas consultas, caracterizando-as como um

espaço de acolhimento para as grávidas, facilitador de diálogo, onde são expressos sentimentos e dúvidas e, na qual o enfermeiro atua ativamente, conduzindo à melhor compreensão pela mulher do período gestacional. O enfermeiro, através da anamnese, consegue não só recolher um conjunto de informações pertinentes sobre a história de vida e de saúde da grávida, como também consegue analisá-las, orientando de forma individualizada e centrada e, contribuindo assim, para a vivência de uma gravidez tranquila, em segurança e com qualidade, quer para a mãe, quer para o bebé que irá nascer (Vieira, Bock, Zocche & Pessota, 2011).

Já no cuidado à grávida/casal em situação de risco materno-fetal, a vivência da gravidez era diferente. Enquanto que para a maioria das mulheres, a gravidez constitui um período normal das suas vidas, para outras constitui um risco significativo devido a condições pré-existentes (Corbett, 2008b), ou a condições que se desenvolvem durante a gravidez ou em resultado do estado gravídico (Corbett, 2008c). A prestação de cuidados de saúde seguros e eficazes para uma gravidez bem-sucedida, constitui um grande desafio, só possível de ser superado através da motivação destas grávidas nos seus tratamentos, conjuntamente com uma gestão criteriosa de toda a equipa multidisciplinar de saúde (Corbett, 2008b).

Os diagnósticos médicos mais frequentes foram: a ameaça de parto pré-termo por encurtamento do colo do útero, por contratilidade uterina e por rotura prematura de membranas; hemorragias nos diferentes trimestres; alterações metabólicas como a diabetes gestacional e de tipo I e tipo II; hipertensão arterial; pré-eclâmpsia; pielonefrite; alterações fetais por restrição de crescimento intrauterino e alterações de fluxos; indução do trabalho de parto, por cardiotocograma suspeito ou pela idade gestacional. Também pude atuar perante um caso emergente de descolamento de placenta. Aqui, as grandes prioridades são a gravidez bem-sucedida e a promoção do bem-estar materno-fetal. Nestas situações em que a mulher e o feto são colocados em risco, uma vigilância materno-fetal adequada é fulcral para a diminuição da ansiedade da grávida/casal/família, através do apoio, disponibilidade, respeito e informação sobre a condição clínica, sobre procedimentos necessários e sobre recursos disponíveis. Aqui, a comunicação e a escuta-ativa assumem uma função primordial no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e no sucesso destes cuidados pré-natais. A relação terapêutica criada entre a grávida e o enfermeiro desde o período pré-natal, deve ser baseada e consolidada no diálogo, focando-se no propósito do cuidado individualizado e humanizado e proporcionando o bem-estar físico e psicológico da mulher (Vieira et al., 2011).

As situações de cuidados experienciadas, bem como das atividades desenvolvidas, permitiram consolidar conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, essenciais enquanto futura EESMO e Mestre.

### **Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto**

Compete ao EESMO cuidar da mulher, inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto, realizando o parto em ambiente seguro, de modo a otimizar a saúde da parturiente e a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (OE, 2019b). Esta competência foi essencialmente desenvolvida em contexto de Bloco de Partos.

O trabalho de parto é caracterizado por um “conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (Fatia & Linoco, 2018, p.308). Este pode ser dividido em quatro estadios. Desde o início do verdadeiro trabalho de parto até à dilatação completa do colo do útero, é considerado o primeiro período, que ainda pode ser dividido, segundo o que foi estabelecido por Friedman no início da década de cinquenta, em fase latente (compreende o apagamento e o início da dilatação até aos 4cm) e fase ativa (que apresenta três fases: período de aceleração - dos 4 aos 6cm de dilatação; período de declive – dos 6 aos 8 cm de dilatação e; a fase de desaceleração – dos 8 aos 10 cm de dilatação) (Dy, 2014). A partir da dilatação completa do colo do útero até ao nascimento do bebé, é caracterizado pelo segundo estadio do trabalho de parto; do nascimento do feto até à expulsão da placenta, o terceiro estadio e por fim; o quarto estadio que compreende uma a duas horas após o parto (Dy, 2014).

A gravidez e o parto são momentos únicos na vida de uma grávida/família, compreendendo um período de construção e desenvolvimento. Muitas vezes, o momento do parto é repleto de medos e mitos, tornando-o mais temido e penoso, e conseqüentemente, formando-se um círculo vicioso de medo-ansiedade-dor, prejudicial para o seu normal desenvolvimento (Pereira, 2018). Assim, tanto a gravidez, como o trabalho de parto e o parto são identificados como *stressores* relevantes na vida das grávidas/casais, que vão comprometer a estabilidade do sistema e/ou vão reforçar as “ferramentas” de defesa. Compete ao EESMO, promover intervenções de enfermagem que atuem ao nível das três prevenções,

desempenhando assim, uma função crucial na vivência que o sistema mulher/casal terão, neste que é considerado como um período inolvidável das suas vidas.

O bloco de partos onde realizei este contexto de aprendizagem, presta cuidados a uma população extremamente diversificada do ponto de vista da multiculturalidade, das condições socioeconómicas e escolaridade, mas também em relação à idade (prestando cuidados a extremos de idade), bem como ao nível da paridade, da vigilância da gravidez e condições de risco. Como a prestação de cuidados à parturiente/casal deve ser centrada nas suas necessidades e não baseada apenas em procedimentos e normas técnicas pré-estabelecidas (Amaral & Martins, 2018), tentei sempre individualizar e personalizar os cuidados, valorizando a pessoa individualmente, tendo em consideração as suas características específicas, as suas experiências anteriores, as suas crenças e opiniões, bem como os seus desejos para o parto. O acompanhamento da parturiente/casal foi muito enriquecedor para mim, porque acredito que os cuidados que prestei, proporcionaram a vivência positiva deste momento tão marcante das suas vidas.

A maioria das parturientes internadas neste serviço, foram admitidas ou para indução médica do trabalho de parto ou já em trabalho de parto. E, apesar de a maior parte das mulheres ter vigiado a gravidez, uma grande maioria não o fez, ou até mesmo desconhecia a gravidez, o que é bastante preocupante.

Foram inúmeras as situações de aprendizagem que experienciei, tendo assistido a 112 parturientes nos diferentes estadios de trabalho de parto. Vinte necessitaram de um parto instrumentalizado (16 por aplicação de ventosa e 4 por fórceps) e 24 mulheres necessitaram de cesariana (1 por gravidez gemelar, 1 cesariana emergente por descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, 1 por apresentar anel de Bandell, 1 por apresentação pélvica, 9 por apresentarem cardiocograma não tranquilizador, 3 por trabalho de parto estacionário e 1 por incompatibilidade feto-pélvica). Prestei cuidados a 38 parturientes durante os quatro estadios de trabalho de parto. Também prestei cuidados a parturientes em situação de risco, nomeadamente: patologia cardíaca; ameaça de parto pré-termo; pré-eclâmpsia; diabetes gestacional; hidrâmnios e doenças crónicas.

Na admissão das grávidas no serviço, consultei o seu processo clínico e de enfermagem, as ecografias e as análises clínicas realizadas, bem como o Boletim Individual da Grávida, para ficar a conhecer os seus antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos, história familiar, conhecer a história obstétrica e intercorrências que pudessem ter surgido durante a gravidez. Procurei sempre realizar

o acolhimento de forma tranquila e empática, esclarecendo sobre o funcionamento do mesmo e demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas que pudessem surgir, bem como ao longo do internamento.

Apesar de apenas uma grávida/casal ter apresentado um Plano de Parto, expressando os seus desejos para aquele momento (todos eles possíveis de ser atendidos) e mostrando flexibilidade e conhecimento sobre as possíveis situações que pudessem surgir, para todas as outras grávidas/casais tentei sempre mostrar-me disponível para dar resposta a todos os seus desejos e expectativas, de forma a conseguir ir ao encontro do que esperavam para o seu parto, mas sempre alertando que não existiam “partos perfeitos” e que apesar das suas expectativas, o parto está sujeito à situação clínica, podendo desta forma, ocorrer desvios ao planeado. A OMS (2018), no *“Intrapartum care for a positive childbirth experience”* defendeu o protagonismo da mulher no seu parto, atribuindo-lhe o direito à tomada de decisão e evidenciando a importância da elaboração do Plano de Parto, de modo a proporcionar uma experiência positiva de nascimento.

A parturiente tem direito a ser acompanhada por uma pessoa significativa. Contudo, dada a situação pandémica, o local deste contexto clínico teve que implementar outras medidas. Todos as parturientes e os seus acompanhantes, durante a admissão realizam o rastreio à SARS-Cov-2. Inicialmente, a grávida só podia estar acompanhada durante o segundo estadio de trabalho de parto, mas mais tarde, a diretriz interna do hospital permitiu que estivessem acompanhadas desde o momento em que iniciassem o trabalho de parto, após resultado negativo do teste, não podendo os acompanhantes ausentarem-se do serviço durante esse tempo. Tive plena consciência de que esta situação perturbou bastante as grávidas, pela incerteza de poderem ou não ser acompanhadas por uma pessoa da sua referência. E a presença de uma pessoa próxima, segundo a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) (2009), melhora a fisiologia do parto, bem como aumenta a sensação de confiança materna e, como resultado, vai diminuir “as consequências adversas do medo e do *stress* associado ao trabalho de parto num lugar desconhecido”, o que os torna essenciais na humanização e experiência positiva do parto (p.74).

No primeiro estadio do trabalho de parto, as minhas intervenções centraram-se na avaliação do bem-estar materno-fetal através da monitorização cardíaca fetal (maioritariamente de forma externa, mas quando necessária e quando reunidas as condições necessárias, de forma interna) e de sinais e sintomas expressos pela

parturiente, na avaliação da contratilidade uterina e na monitorização da progressão do trabalho de parto e seu registo no partograma. Realizei a avaliação obstétrica da grávida por meio do toque vaginal, para perceber a evolução do colo uterino (posição, consistência, extinção e dilatação), sempre e apenas quando estritamente necessário (OMS, 2018), dado que é vivenciado pelas grávidas como uma fonte de ansiedade, invadindo a sua privacidade e intimidade (APEO, 2009). Avaliei o estado da bolsa amniótica, assim como da cor e da quantidade do líquido amniótico, avaliei a bacia da grávida e a progressão da descida da apresentação e sua posição e variedade. Em algumas situações, foi necessário recorrer à técnica de amniotomia (rotura artificial das membranas) para ajudar na evolução do trabalho de parto, depois da mulher ser informada sobre os benefícios e os riscos da técnica e ser obtido o seu consentimento. Esta técnica só foi utilizada após se ter recorrido, sem sucesso, a medidas não invasivas assentes na promoção da liberdade de movimentos, com mudanças de posição, mobilização e deambulação (OMS, 2018).

Durante este estadio, em que a maioria das parturientes sente dor de moderada a forte, causada não só pelas contrações uterinas e pela dilatação do colo do útero, mas também por um acumular de estímulos psicológicos e socioculturais, diferindo desta forma, de mulher para mulher e em cada um dos seus partos (APEO, 2009), proporcionei medidas não farmacológicas para o seu alívio e controlo, orientadas não só para melhorar as sensações físicas, como também para prevenir a perceção psicoemocional da dor, tal como recomendado pela OMS (2018). Então, recorri ao método da liberdade de movimentos, com recurso por exemplo: à bola de nascimento (também conhecida como bola de Pilates); ao apoio contínuo durante o trabalho de parto, quer pelo EESMO, quer pela pessoa acompanhante; à utilização da água, permitindo a ida ao duche; a técnicas de relaxamento como a musicoterapia, cromoterapia, controlo da respiração, meditação/visualização ou; à massagem na região dorso-lombar. Quando desejado pela grávida, tal como preconizado, recorri a analgesia sistémica e/ou analgesia regional, explicando em que consistia e quais os seus benefícios e riscos e articulando-me com a equipa de anestesia (OMS, 2018). A analgesia epidural foi a utilizada, na maioria das parturientes. Apenas 4 mulheres recusaram analgesia epidural e 5, apesar da sua vontade, não o conseguiram por apresentarem partos precipitados.

Surgiram algumas situações de emergência, como desacelerações cardíacas fetais prolongadas e de lenta recuperação, em que atuei em equipa e, em que num primeiro momento se procedeu à avaliação do estado de consciência e dos sinais

vitais da grávida, bem como da contratildade uterina; se suspenderam uterotônicos quando em curso; se colocou a grávida em decúbito lateral esquerdo e, quando este não foi eficaz, foi tentado o decúbito lateral direito ou a posição de quatro apoios, pela possibilidade de lateroincidência do cordão; se administrou fluidoterapia endovenosa e oxigenoterapia e; se realizou o toque vaginal para despiste de prolapso do cordão e para avaliação de condições para realizar parto instrumentado, ou ser cesariana emergente (El-Chaar, 2014). Quatro destas situações, sem resposta às intervenções realizadas, terminaram com uma cesariana emergente.

No segundo estadio do trabalho de parto, o meu foco foi a maximização da probabilidade de um parto vaginal e promoção de um parto seguro, sempre sob supervisão da enfermeira orientadora e com a conquista progressiva de autonomia. Como não existe uma única posição para o nascimento, dado que o trabalho de parto é um processo dinâmico e interativo, envolvendo o útero da mulher, bacia e músculos voluntários, foi dada a possibilidade à grávida para adotar a posição mais confortável, permitindo a liberdade de movimentos e incentivando a posição vertical por ser facilitadora do nascimento, da descida da apresentação, reduzindo quer a duração deste período, quer a necessidade de instrumentalização e/ou episiotomia (Lowdermilk, 2008). Todas as grávidas, por conforto e a seu pedido, próximo do momento da coroação da apresentação fetal à vulva, preferiram a posição de decúbito dorsal com as pernas fletidas num ângulo superior a noventa graus para a expulsão do feto. Houve situações em que foram experienciadas outras posições para a expulsão, mas que não foram bem-sucedidas, por não terem sido confortáveis e/ou eficazes para a grávida.

As mulheres foram incentivadas à realização de esforços expulsivos, a partir da dilatação completa do colo uterino e apenas quando sentiam vontade de o fazer. Durante este período, tentei adotar ao máximo uma postura de *hands off*, respeitando a grávida e a fisiologia do parto (OMS, 2018).

Em 42 partos, verificou-se 1 distócia de ombros, tendo sido resolvida com a realização da manobra de McRoberts e, em 6 foi necessário realizar episiotomia. Constataram-se também, 14 situações em que o recém-nascido apresentava uma circular cervical, sendo que 4 delas tiveram mesmo que ser laqueadas por serem muito apertadas e 10 situações em que o recém-nascido apresentava procedência da mão, o que contribui para lacerações.

Depois da expulsão do feto, quando em cima do abdómen da mãe, procedi a manobras de estimulação e de remoção de secreções da cavidade oral, ajudando na

adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Pelo menos dois minutos após o nascimento, sempre que as condições clínicas o permitiram, era realizada a clampagem do cordão umbilical, por ser benéfico para o recém-nascido, estendendo-se os seus benefícios até à sua infância (Hutton & Hassan, 2007). Foi sempre proporcionada à mulher ou ao acompanhante, a possibilidade de cortar o cordão umbilical, de forma a promover a sua participação e envolvimento, e conseqüentemente, de forma a promover o vínculo com o recém-nascido. Também o contato pele-a-pele precoce e a amamentação foram sempre por mim incentivados, pelas suas inúmeras vantagens (OMS, 2018).

Quando o parto não foi conduzido por mim e me foi permitido assisti-lo, após o corte do cordão umbilical, prestava os cuidados imediatos ao recém-nascido, sempre junto à mãe e ao acompanhante. No caso dos partos distócicos, instrumentais ou cirúrgicos, a prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido foi sempre realizada em conjunto com a equipa de neonatologia.

No decorrer do terceiro estadió do trabalho de parto, as competências desenvolvidas centraram-se na dequitudura fisiológica, em que adotei uma conduta expectante, realizando por vezes, apenas uma tração controlada do cordão umbilical; confirmação da formação do globo de segurança de Pinard; massagem uterina externa depois da expulsão da placenta e; administração de uterotómicos, de acordo com o protocolo do serviço, tal como recomendado pela OMS (2018). Prestei cuidados a uma situação de atonia uterina em que foi realizada massagem uterina, administrada ocitocina e fluidoterapia, e em que foi feita a exploração uterina, mas sem evidência da causa, tendo sido resolvida após administração de prostaglandina, combinada com compressão bimanual do útero (Posner, 2014).

A placenta foi sempre inspecionada para confirmar a sua integridade. Houve 6 casos de membranas fragmentadas, 4 resolvidas com revisão manual da cavidade uterina e controlo ecográfico, mas 2 com necessidade de realização de curetagem por parte da equipa médica.

As episiorrafias e as perineorrafias foram um dos maiores desafios de aprendizagem, tendo sido necessário suturar 34 mulheres (episiorrafias e perineorrafias), enquanto 8 apresentaram períneo íntegro. Apesar da prática simulada em sala de aula ter sido muito importante, devido à interrupção prolongada do meu estágio, tive de reaprender as técnicas, o que me deixou insegura e pouco confiante. Mas o apoio da minha orientadora foi primordial e aos poucos fui ganhando destreza, confiança e conseqüentemente, autonomia.

Também tive a oportunidade de participar em 6 partos de pré-termos e assistir nos cuidados a 3 recém-nascidos com síndrome de dificuldade respiratória.

No quarto estadio do trabalho de parto, os cuidados à puérpera devem ser direcionados para intervenções preventivas de complicações e para intervenções promotoras do auto-cuidado e do bem-estar, tendo como objetivo a rápida recuperação da puérpera e a sua dotação de competências (Crum, 2008). Em contexto de Bloco de Partos, apenas é feito o acompanhamento da puérpera durante o puerpério imediato, sendo também realizada a vigilância do bem-estar do recém-nascido e da sua adaptação à mama. Este é o momento primordial na promoção do aleitamento materno (OMS, 2018), no qual sempre tentei promover, incentivar e apoiar.

### **Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**

O período pós-natal compreende o intervalo de tempo entre o nascimento e o retorno dos órgãos reprodutores maternos ao estado normal, não gravídico. E ao conjunto de modificações físicas e psíquicas que se sucedem durante este período, designa-se por puerpério (Centeno, 2018). Por norma, a regressão das alterações fisiológicas e anatómicas inerentes à gravidez ocorrem ao fim de seis semanas após o parto, podendo o puerpério ser classificado em três fases: imediato (desde o nascimento até às primeiras vinte e quatro horas); precoce (até ao final da primeira semana) e; tardio (até ao final da sexta semana após o parto) (Centeno, 2018). Contudo, este período pode variar de mulher para mulher, dado que as mudanças fisiológicas são distintas, existindo vários fatores que ajudam na melhor adaptação a esta fase (Ferreira, 2018).

O EESMO é o profissional de saúde que presta os melhores e mais apropriados cuidados à puérpera, recém-nascido e sua família neste período, por possuir “conhecimentos acerca da anatomia e fisiologia da mulher, das alterações emocionais vivenciadas, da fase de recuperação, das características físicas e comportamentais do recém-nascido”, sabendo assim, identificar os cuidados mais adequados a cada situação, atendendo sempre à individualidade e especificidade de cada sistema cliente (Ferreira, 2018, p.438). O desenvolvimento destas competências foi sendo concretizado ao longo de diversos contextos clínicos de aprendizagem. Em contexto de Cuidados de Saúde Primários, durante o acompanhamento e prestação de cuidados à puérpera/casal que regressa após o nascimento do bebé; em contexto de

Cuidados Intensivos Neonatais onde o sonho de um bebê saudável é destruído pelo nascimento de um recém-nascido prematuro ou com alguma anomalia congênita, conduzindo a sentimentos de culpa, de incapacidade e até de medo de perda; bem como em contexto de Bloco de Partos, na prestação de cuidados durante o puerpério imediato. Mas foi em contexto de Puerpério que prestei cuidados às puérperas e recém-nascidos, em todas as fases do puerpério, não só em contexto de internamento, como também em contexto de visitação domiciliária, numa perspetiva de continuidade de cuidados.

A grande base dos cuidados de enfermagem no cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, em que estamos perante um processo de recuperação e adaptação ao pós-parto, de adaptação ao recém-nascido, bem como perante um processo de transição para a parentalidade, é o desenvolvimento de métodos de educação para a saúde, tal como foi o meu enfoque.

O puerpério acarreta diversas alterações que vão levar à necessidade de atuação ao nível da prevenção primária para restituição do *core*, quer ao nível fisiológico, quer ao nível psíquico, quer ao nível familiar e, como o tempo de internamento acaba por ser bastante reduzido, a preparação para a alta deve ter início desde o primeiro contacto, identificando-se as necessidades após avaliação e observação da puérpera e do recém-nascido, desenvolvendo-se um plano de cuidados individualizado e, envolvendo as pessoas significativas, numa ótica de cuidados centrados na família, de modo a serem alcançados os resultados esperados: a capacitação e a autonomia no seu autocuidado e no do recém-nascido; bem como na identificação e prevenção de complicações e; a vivência de uma parentalidade positiva. Desta forma, realizei educação para a saúde, incidindo sobre os cuidados de higiene e troca da fralda; cuidados ao coto umbilical; aleitamento materno; diagnóstico precoce; vacinação; situações de risco (sabendo reconhecer sinais e sintomas e como atuar); padrões de segurança; prevenção de acidentes domésticos e rodoviários; necessidade de manter vigilância de saúde infantil e da puérpera; bem como sobre atividade sexual e contraceção, promovendo sempre uma escuta ativa e esclarecimento de dúvidas e receios.

## **Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério**

Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) (2016), o climatério é caracterizado como o período da vida da mulher que descreve a transição fisiológica do período reprodutivo para o não reprodutivo, pelo declínio progressivo da função ovárica. Compreende três fases (pré, peri e pós-menopausa) e está associado a um conjunto de sinais e/ou sintomas que caracterizam a “síndrome climatérica”.

A pré-menopausa caracteriza-se como o período decorrido entre o início do declínio da função ovárica e a menopausa (SPG, 2016). A peri-menopausa ou transição menopáusica abrange um período de tempo variável, entre quatro a oito anos, que engloba até um ano após a menopausa (SPG, 2016). A pós-menopausa é o período que se inicia com a última menstruação, podendo ser caracterizado como precoce, quando até 6 anos após a última menstruação, ou tardio, relativamente aos restantes anos (SPG, 2016).

Este período de transição do ciclo vital da mulher está associado a transformações que podem influenciar quer a saúde, quer a qualidade de vida da mulher, bem como ter implicações no relacionamento conjugal (Presado, 2013). Desta forma, compete ao EESMO, cuidar a mulher inserida na sua família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a sua saúde, apoiar o processo de transição e adaptação à menopausa.

Nos Cuidados de Saúde Primários, nas consultas de menopausa, o seguimento da mulher, apesar de ser da competência do EESMO, é realizado em duas fases, sendo complementado por uma consulta com o seu médico de família. Como este período do ciclo vital da mulher, é influenciado por uma simbiose de tudo o que torna uma mulher única e não apenas, por fatores biológicos (Presado, 2013), as intervenções individualizadas planeadas e executadas com este sistema cliente depreenderam-se com recomendações de saúde geral: quer ao nível da alimentação, controlo de peso, estilo de vida; quer ao nível da vigilância de saúde, enquanto *stressores* suscetíveis de serem modificados, reforçando deste modo, as suas linhas de defesa.

## **Cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica**

Segundo o Regulamento de Competências Específicas da OE (2019b), compete ao EESMO prestar cuidados às mulheres a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica de forma potenciar a sua saúde. Contudo, atualmente ainda é esquecido e pouco valorizado, o seu papel e a sua importância na saúde ginecológica da mulher, quer ao nível da prevenção e da promoção, quer na restituição da sua saúde e, por conseguinte, do casal. Desenvolvi competências na vertente ginecológica, centrando os meus cuidados na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de doenças do aparelho reprodutor feminino, através de participação ativa nas consultas ginecológicas, consultas de patologia do colo, consultas de senologia/mastologia, assim como na participação de diferentes tipos de exames e tratamentos. Prestei cuidados a mulheres durante as consultas de patologia do colo, em que é efetuado o diagnóstico e/ou tratamento de patologias do aparelho genital inferior (vulva, vagina e colo do útero). Colaborei na preparação e acompanhamento das mulheres durante a realização destes exames, reforçando a importância da sua realização, informando dos cuidados necessários e as complicações possíveis. Ao respeitar, compreender e apoiar estas mulheres, consegui controlar a sua ansiedade (principalmente das que se submetiam pela primeira vez), sendo o EESMO crucial durante este processo. Não só ao amenizar o desconforto do exame através da promoção de um ambiente mais tranquilizador e afável, que atende à privacidade e individualidade destas utentes, assim como, através de educação para a saúde de qualidade, informando e capacitando para tomadas de decisão conscientes e promovendo o restabelecimento da saúde, não só ginecológica, mas também do casal, tal como preconizado no perfil de competências (OE, 2019b).

Também neste contexto clínico de aprendizagem são realizados vários exames mamários fulcrais para a deteção do cancro da mama, nos quais tive oportunidade de colaborar e, em que surgiu o caso de uma mulher de 30 anos de idade, mãe há menos de um ano, encaminhada pela sua médica ginecologista após palpação de um nódulo na mama direita, para realizar mamografia e ecografia mamária. Após a realização destes exames, pela gravidade das imagens, é realizada uma biópsia que pelas características da amostra, é sugestiva de ser cancerígena. Apesar da prematuridade deste diagnóstico, este poderia ser um caso de cancro da mama associado à gravidez,

que é definido quando o diagnóstico ocorre durante a gravidez ou um ano após o parto (Case, 2016), tal como me foi confirmado mais tarde ser.

Os enfermeiros são fundamentais no processo de transmissão de más notícias e no processo de saúde/doença. Por isso, considero a minha temática tão essencial de ser explorada, dado que com o aumento da sua incidência, é primordial a sua sensibilização, não só dos profissionais de saúde, mas também da população, bem como para a importância da realização de rastreios de diagnóstico precoce. O EESMO tem competências reconhecidas na promoção da saúde ginecológica, no diagnóstico precoce, bem como na prestação de cuidados a mulheres a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica (OE, 2019b) e como tal, por ser preponderante, deve estar capacitado para atender às necessidades destas mulheres/casais, para o qual pretendo contribuir com o meu trabalho/investigação.

De forma a contribuir para a qualidade de cuidados a nível da prevenção e promoção da saúde sexual e ginecológica, ao nível da realização de rastreios do cancro do colo do útero, contribuí com a elaboração de um poster sobre o Papilomavírus Humano (Apêndice X), transmitindo informações sobre o vírus, as suas manifestações, a sua forma de transmissão, promovendo a sua prevenção.

### **Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade**

Sendo a mulher no âmbito do ciclo reprodutivo, o foco dos cuidados prestados pelo EESMO (OE, 2019b), é relevante salientar que este é quem acompanha todo o ciclo de vida da mulher, desde a adolescência; durante a idade adulta/fértil e; durante a gravidez, o puerpério, o climatério e a menopausa. E a mulher deve ser entendida de acordo com duas perspetivas: a individual, tendo em conta a pessoa no seu todo, atendendo à inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual se insere (composto pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais) e; a perspetiva coletiva, em que o grupo-alvo é entendido como o conjunto das mulheres em idade fértil interligadas pela partilha de condições e interesses comuns (OE, 2019b). Desenvolvi esta competência, promovendo a saúde e respondendo às necessidades das mulheres em idade fértil, aproveitando todos os recursos disponíveis na comunidade. Para além da educação para a saúde realizada durante as várias consultas concretizadas na unidade de Cuidados de Saúde Primários, foi-me dada a possibilidade de ir ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) conhecer e participar em alguns dos projetos que estavam a ser

implementados naquela comunidade. Tive então, a oportunidade de participar em algumas sessões do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade dirigidas a grupos de casais, que são tão importantes por ali poderem partilhar as suas experiências, as suas ideias e as suas dúvidas, possibilitando “a percepção do individual no coletivo, diminuindo a ansiedade através dos discursos similares” (Pereira, 2018, p.152). Apesar de nesta comunidade existir um projeto de visita domiciliária, de tão grande relevância na ótica da continuidade de cuidados, infelizmente, por motivos organizacionais que me transcenderam, não consegui participar.

De todos os projetos existentes, houve um em particular que me chamou muito a atenção. Nesta comunidade estava em vigor um projeto com o objetivo de eliminar todas as formas de violência contra as mulheres e combater as práticas tradicionais nefastas, mais especificamente a mutilação genital feminina/corte (MGF/C). A MGF/C “refere-se a todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos femininos externos ou quaisquer danos infligidos aos órgãos genitais femininos por motivos não médicos”, não sendo conhecidos quaisquer benefícios da sua prática para a saúde (OMS, 2009, p.1). Muito pelo contrário, dado que esta, para além de dolorosa e traumática, prejudica das mais variadas formas estas meninas/mulheres, ao interferir com o natural funcionamento do corpo, trazendo consequências para a saúde, quer no imediato, quer a longo prazo (OMS, 2009). Esta é uma prática à escala mundial, a que cerca de duzentas milhões de raparigas e mulheres terão sido submetidas, segundo as estimativas do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2016). As comunidades que a praticam, alegam várias razões de índole religiosa e social, demonstrando uma desigualdade entre sexos e uma profunda discriminação contra o sexo feminino, atentando contra os direitos humanos e sendo exercida maioritariamente sobre menores, violando os direitos da criança (OMS, 2009). Esta prática viola do mesmo modo, “os direitos à saúde, à segurança e integridade física da pessoa, o direito de estar livre de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante e o direito à vida, quando daí resulta a morte” (OMS, 2009, p.2). Segundo tomei conhecimento, ao participar em sessões de educação para a saúde destinadas a profissionais de saúde, em que foram revelados os resultados de um estudo realizado pelo ACES e também durante a Comemoração do Dia Internacional para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres, esta temática já há muito que é de máxima relevância nos instrumentos de política pública desta comunidade, resultando em mais de metade dos inquéritos abertos a nível nacional.

Isto comprova que esta comunidade tem um estadió elevado nesta área devido a um excelente trabalho colaborativo, integrado e coordenado. Pela sua tamanha complexidade, a MGF/C exige uma intervenção que englobe todas as áreas profissionais que, de forma direta ou indireta, possam ter de lidar com casos ou possíveis casos, e deste modo, que estejam capacitados para identificar sinais, sintomas e comportamentos de suspeição. Aqui, o EESMO tem um papel primordial de atuação, no controlo desta prática, atuando quer ao nível da prevenção, quer ao nível do tratamento (Néné, Mendes & Carteiro, 2018).

Com esta oportunidade tão enriquecedora, pude comprovar que são inúmeros os desafios que são colocados à prestação de cuidados especializados a este grupo-alvo, integrado na comunidade.

### **3.3.2. Desenvolver competências na prestação de cuidados ao sistema mulher com cancro da mama associado e/ou concomitante com a gravidez**

Ao longo dos contextos clínicos de aprendizagem, pude partilhar o meu projeto (objetivos e sua pertinência) com os meus pares e restantes profissionais de saúde, quer através de partilhas informais, quer através de sessões de reflexão (Apêndice XI). Desta forma, promovi não só a divulgação do cancro da mama associado à gravidez, dando a conhecer a evidência científica obtida através da minha *scoping review*, bem como a reflexão sobre as necessidades do sistema grávidas com cancro da mama.

A temática suscitou sempre muito interesse por parte dos meus colegas, que revelaram não a conhecer e que não era uma situação para a qual estivessem despertos. Também evidenciaram que esta partilha mostrou ser muito benéfica, não só em termos profissionais, para a melhoria das suas práticas de cuidados, mas também a nível pessoal.

Como investigadora e como formadora, contribuí com o conhecimento sobre a temática. O planeamento, a execução e a avaliação das sessões de formação, permitiu-me conhecer os receios, as necessidades e as dúvidas dos profissionais e contribuir para a capacitação dos EESMO no cuidar das grávidas com cancro.

Também partilhei os resultados da minha *scoping review*, nas “XII Jornadas de Obstetrícia – Por uma vida melhor...” em Vila Nova de Famalicão, em que apresentei uma comunicação livre intitulada por “Vivência da gravidez durante o cancro da mama: revisão *scoping*”. Esta participação e divulgação da temática, obteve um *feedback*

bastante positivo, merecendo o terceiro prêmio (Anexo III). Pelo aumento crescente do número de casos de cancro da mama na gravidez, a sua abordagem foi reconhecida como impreterível, exigindo não só maior atenção, como investigação e divulgação.

Participei em sessões/formações não só sobre o cancro da mama, mas também sobre o processo de investigação e sobre a análise de dados qualitativos (Anexo IV). Particularmente, pude confirmar a importância de conhecer e divulgar esta temática, assim como, de identificar as necessidades destas mulheres/casais, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelo EESMO, dado que para “atuarmos de forma certa, a prática baseada na evidência ajudará a melhorar as experiências de cuidados na saúde e na doença das pessoas” (Pearson & Craig, 2004, p.4).

Como a investigação científica consiste num “método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas”, constituindo assim, uma excelente ferramenta para a aquisição de novos conhecimentos (Fortin, 2009, p.4), com a tendência atual para o aumento do número de casos de cancro da mama na gravidez, urge conhecer as vivências experienciadas por estas mulheres, de modo a que o EESMO esteja capacitado para as ajudar. Assim, através dos resultados do meu estudo qualitativo, pretendo contribuir com novo conhecimento. Conhecimento este, que pretendo dar uso através da minha prática de cuidados nessa área e que pretendo divulgar, não só por meio deste Relatório de Estágio, mas pretendo também divulgar os resultados obtidos quer na instituição, quer por meio da participação em jornadas/congressos e na elaboração de artigos, dado que o centro da pesquisa em enfermagem e da tradução do conhecimento é a sua disseminação. E um estudo não está completo até os seus resultados serem divulgados e revisados por pares, e até serem feitas recomendações apropriadas sobre como os resultados da pesquisa poderiam ser traduzidos na prática clínica (Curtis, Fry, Shaban & Considine, 2016).

Atendendo a que esta foi uma investigação preliminar, considero importante dar prosseguimento a outros estudos de forma a que contribuam para um cuidado de excelência a estas mulheres que simultaneamente vivenciam o cancro e a gravidez.

#### 4. LIMITAÇÕES AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM

A grande limitação durante o meu percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências foi a sua interrupção forçada devido à pandemia SARS-CoV-2. As exigências criadas pelas unidades hospitalares, tendo por princípio uma maior proteção dos clientes e dos profissionais de saúde, impeliu a um ano de interrupção deste percurso. Tinha iniciado o estágio em contexto de Bloco de Partos a 2 de março de 2020, sendo suspenso a 10 de março de 2020 e, voltando a ser retomado apenas a 15 fevereiro de 2021.

Este foi um ano de muito trabalho e desgaste físico e psicológico. Como não desenvolvo a minha atividade profissional em contexto de saúde materna e obstetrícia, exigiu um empenho e uma dedicação adicional da minha parte, para atualizar os conhecimentos. Contudo, consegui ultrapassar as dificuldades sentidas.

Relativamente ao estudo empírico, considero que a maior limitação que interferiu no seu desenvolvimento, foi a longa demora na resposta assertiva por parte da Comissão de Ética, ao pedido de autorização para a realização das entrevistas. Apesar da agravante do atual contexto pandémico, o processo que foi iniciado em novembro de 2019, acabou só por ser autorizado em novembro de 2020, condicionando o número de participantes, quer por terem deixado de ser vigiadas na instituição, quer por falecimento.

Tudo isto, em conjunto com a complexidade exigida, veio dificultar a elaboração e término deste Relatório de Estágio, aliada à necessidade imposta para *terminus* do Curso.

Não poderia deixar de referir que também a minha vida, tanto profissional, como pessoal, foi afetada, tendo que adiar vários projetos.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste Relatório de Estágio permitiu sistematizar a reflexão do meu percurso de aprendizagem ao longo dos diferentes contextos clínicos que proporcionaram experiências muito enriquecedoras, permitindo a aquisição e o desenvolvimento das competências gerais e específicas para me habilitar enquanto EESMO, bem como o desenvolvimento de competências de mestre. Durante o meu percurso, prestei cuidados individualizados, personalizados e especializados, sustentados na melhor evidência científica atual. A procura e o aprofundamento de conhecimentos foram constantes, promovendo o desenvolvimento da minha reflexão crítica. Os cuidados prestados ao sistema mulher/recém-nascido/família tiveram como quadro de referência, o modelo teórico da Betty Neuman, tendo sido respeitados os princípios éticos e o código deontológico.

Com a tendência atual para o aumento de casos de cancro da mama na gravidez, tendo em consideração que as mulheres têm vindo a aumentar a idade da maternidade, torna-se essencial que o EESMO esteja capacitado para as ajudar neste evento traumático, quer para si, quer para as suas famílias.

A *scoping review* demonstrou que esta temática tem sido pouco explorada. A falta de evidência científica no que concerne à forma como é vivenciada a gravidez no cancro da mama, permitiu refletir sobre a necessidade de serem desenvolvidas competências no cuidar destas mulheres. A realização de um estudo de abordagem qualitativa permite atuar como agente de mudança, dado que acredito que este novo conhecimento contribuirá significativamente para a capacitação do EESMO, bem como para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na área de saúde materna e obstetrícia, centrados na mulher e na sua família. Cada mulher entrevistada tinha uma perspetiva única da sua experiência. Porém, houve quatro categorias que emergiram destas sete entrevistas e para as quais devemos estar mais despertos: Vivências no Momento do Diagnóstico; Vivências Durante a Gravidez; Rede de Suporte e; Estratégias de Superação.

As participantes referiram o momento do diagnóstico como um momento muito marcante, e infelizmente, na sua maioria, não pelos melhores motivos. A reação perante a notícia tendeu para o choro/choque/atordoamento; para uma ambiguidade de acontecimentos de vida e para sentimentos de *overwhelming*.

Durante a gravidez e os tratamentos, surgiram ocorrências psicossociais (pela perda de fertilidade; pela perda da experiência da amamentação; pela alteração da

imagem e; pelos encargos financeiros inerentes); ocorrências emocionais (como *stress*/ansiedade/angústia; sentimento de raiva/revolta e; preocupação com o filho, quer já nascido, quer da gravidez atual); diversas dificuldades (como conflitos de decisão sobre o tratamento; problemas conjugais; alterações no papel de mãe); medos e receios (como medo de morrer; medo de voltar a passar pelo mesmo e; receio do estigma social) e; percepções sobre os cuidados de saúde (como a articulação entre equipas; a confiança nas equipas e; as percepções sentidas sobre o tratamento/ acompanhamento). É de salientar que, à exceção de uma mulher, todas tinham recorrido anteriormente a outra instituição e que, por não se terem sentido seguras e não terem sentido confiança na equipa multidisciplinar, as fez recorrer à atual instituição. É aqui que, como EESMO, podemos fazer ainda mais a diferença, olhando para estas mulheres como grávidas com cancro da mama e não apenas como grávidas ou como doentes oncológicas, prestando os melhores cuidados, intervindo através dos três níveis de prevenção.

As participantes referiram que a sua rede de suporte, composta essencialmente pela família, amigos e companheiro, foi indispensável durante o processo e que, as estratégias que utilizaram, centraram-se na busca de forças ao filho; na aceitação/positividade e; em conhecer/partilhar experiências.

No que diz respeito aos contributos para a prática, tanto a discussão, como a formação entre pares sobre esta temática permitiu despertar e refletir sobre os cuidados de enfermagem com base nas necessidades sentidas pelas grávidas com cancro da mama. Consequentemente, contribuiu para melhorar os cuidados prestados a estas mulheres.

Através do meu percurso de aprendizagem e aquisição de competências, bem como através da elaboração deste Relatório de Estágio, considero ter atingido todos os objetivos a que me propus, crendo estar habilitada para a prestação de cuidados especializados à mulher/recém-nascido/família no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, bem como à mulher com cancro da mama associado e/ou concomitante com a gravidez.

Pretendo dar continuidade através da partilha e divulgação da *scoping review* e dos resultados obtidos no estudo, dado que considero serem uma ferramenta relevante no cuidar destas mulheres, contribuindo para a formação e capacitação dos profissionais de saúde. Não obstante, parece imprescindível que esta investigação seja alargada a outras instituições.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. P. & Martins, C. (2018). Manutenção das Necessidades da Parturiente. In Néné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (Coor.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 400-406). Lisboa: Lidel.
- Aromataris, E. & Munn, Z. (Ed.). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Acedido a 10/04/2021. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>
- Associação Médica Mundial (2013). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial - princípios éticos para a investigação médica em seres humanos*. Acedido a 23-10-2021. Disponível em: <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) (2009). *Iniciativa parto normal. Documento de consenso*. Lisboa: Lusociência.
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. (5<sup>o</sup> ed.). Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Case, A. S. (2016). Pregnancy-associated breast cancer. *Clinical obstetrics and gynecology*. Vol. 59 (n<sup>o</sup>4), pp. 779-788.
- Centeno, M. (2018). Puerpério e lactação. In Graça, L. M., *Medicina materno fetal* (pp. 280-287). Lisboa: Lidel.
- Corbett, R.W. (2008a). Cuidados de enfermagem durante a gravidez. In Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E., *Enfermagem na maternidade* (pp.245-303). Loures: Lusodidacta.
- Corbett, R.W. (2008b). Gravidez de risco: patologia pré-existente. In Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E., *Enfermagem na maternidade* (pp.707-752). Loures: Lusodidacta.
- Corbett, R.W. (2008c). Gravidez de risco: problemas gestacionais. In Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E., *Enfermagem na maternidade* (pp.753-807). Loures: Lusodidacta.
- Crum, K. (2008). Cuidados de enfermagem no quarto trimestre. In Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E., *Enfermagem na maternidade* (pp.490-520). Loures: Lusodidacta.
- Curtis, K., Fry, M., Shaban R.Z. & Considine, J. (2016). Translating research findings to clinical nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*. 26, 862–872.

- Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948). Acedido a 07/04/2020.  
Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Saúde reprodutiva/Planeamento familiar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2015). *Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito*. Norma nº 015/2013 DE 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015. Acedido 23-10-2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Durrani, S., Akbar, S. & Heena, H. (2018). Breast cancer during pregnancy. *Cureus*, 10(7). DOI: [10.7759/cureus.2941](https://doi.org/10.7759/cureus.2941)
- Dy, J. (2014). Mecanismos Normais do Trabalho de Parto. In Posner, G., Dy, J., Black, A. & Jones, G. (Coord.). *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote* (pp. 89-102). Porto Alegre: AMGH.
- El-Chaar, D. (2014). Avaliação da Saúde Fetal no Parto. In Posner, G., Dy, J., Black, A. & Jones, G. (Coord.). *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote* (pp. 124-150). Porto Alegre: AMGH.
- Faguy, K. (2015). Breast disorders in pregnant and lactating women. *Radiologic Technology*, 412-442.
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2018). Trabalho de Parto. In Néné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). Lisboa: Lidel.
- Ferreira, A.F. (2018). Fisiologia do puerpério. In Néné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438-442). Lisboa: Lidel.
- Fontanella, B.J.B. (2021). Participantes em investigação qualitativa. In Gonçalves, S.P., Gonçalves, J.P., & Marques, C.G., *Manual de Investigação Qualitativa* (pp.25-40). Lisboa: Lidel.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2016). *Mutilação Genital Feminina: Uma Preocupação Global, uma Resposta Global*. Nova Iorque: UNICEF.

- Gomez, E.E. (2021). Desenhos de investigação qualitativa. In Gonçalves, S.P., Gonçalves, J.P., & Marques, C.G., *Manual de Investigação Qualitativa* (pp.3-23). Lisboa: Lidel.
- Guedes, H. & Dias, M. F. (2017). Gravidez após o cancro da mama: Estado da Arte. *Acta Médica Portuguesa*, (p.818-823). DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.8885>
- Guerreiro, C. & Dias, I. (2018). Conceitos básicos de enfermagem pré-concepcional. In Néné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (Coor.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 4-6). Lisboa: Lidel.
- Higgs J., Jones M. & Titchen, A. (2008). Knowledge, reasoning and evidence for practice. In Higgs, J., Jones M., Loftus, S. & Christensen, S. (Eds.), *Clinical Reasoning in the Health Professionals* (pp.151-162). Oxford, Butterworth Heineman.
- Hutton, E. K. & Hassan, E. S. (2007). Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA*, 297 (11), 1241-1252. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.297.11.1241>
- International Agency for Results on Cancer (2021). *Cancer tomorrow*. Acedido em 27/01/2021. Disponível em: [http://gco.iarc.fr/tomorrow/graphicisotype?type=0&population=900&mode=population&sex=2&cancer=39&agegroup=value&apc\\_male=0&apc\\_female=0](http://gco.iarc.fr/tomorrow/graphicisotype?type=0&population=900&mode=population&sex=2&cancer=39&agegroup=value&apc_male=0&apc_female=0)
- International Confederation of Midwives (ICM) (2019). *Essential competencies for midwifery practice (2019 update)*. Acedido em 11/03/2020. Disponível em: [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019\\_final\\_18-oct-5db05248843e8.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf)
- Ives, A., Musiello T. & Saunders, C. (2011). The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer. *Psycho-Oncology*, 21, 754-761. DOI: [10.1002/pon.1970](https://doi.org/10.1002/pon.1970)
- Lei nº 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. *Diário da República*, Série I (156/2015 de 2015-09-16). 8059 – 8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lei nº 58/2019 (2019). Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao

- tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº58 de 08-08-2019), 3-40. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/123815982>
- Livta, A. & Jacoby, A. (2004). Os métodos qualitativos e a prática baseada na evidência. In J. V. Craig & R. L. Smyth, *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros* (pp.136-163). Londres: Lusociência.
- Lowdermilk, D.L. (2008). Trabalho de parto e nascimento. In Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E., *Enfermagem na maternidade* (pp.414-477). Loures: Lusodidacta.
- Magalhães, J. & Paul, V. (2021). Entrevista. In Gonçalves, S.P., Gonçalves, J.P., & Marques, C.G., *Manual de Investigação Qualitativa* (pp.63-85). Lisboa: Lidel.
- Marques, C. (2017). Patologia cirúrgica na gravidez: cancro e gravidez. In L. M. Graça, *Medicina Materno Fetal* (pp. 528-540). Lisboa: Lidel.
- Martinez, M. T., Bermejo, B., Hernando, C., Gambardella, V., Cejalvo, J. M. & Lluch, A. (2018). *Breast cancer in pregnant patients: a review of the literature*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.04.029>
- Martins, M.F.S. (2014). O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 1008-1012. DOI: [10.1590/0034-7167.2014670621](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670621)
- Martins, M.F.S., & Remoaldo, P. C. A. C. (2014). Representações da enfermeira obstetra na perspetiva da mulher grávida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 360-365. DOI: [10.5935/0034-7167.20140047](https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140047)
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. (2009). *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement*. PLoS Med 6(7). DOI: [10.1371/journal.pmed1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097)
- Nascimento, M.S.L. (2015). Importância das Intervenções de Enfermagem no Período Pré-Natal. *Portal do Conhecimento – Universidade do Mindelo*. Acedido em 20-12-2018. Disponível em <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/4044/1/Maria%20Nascimento%202015.%20Import%C3%A2ncia%20de%20interven%C3%A7%C3%B5es%20de%20enfermagem.pdf>
- Néné, M., Mendes, M. & Carteiro, D. (2018). Mutilação genital feminina. In Néné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (Coor.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 99-106). Lisboa: Lidel.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The neuman systems model*. Londres: Pearson.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Oliveira, E.S.F., Barros, N.F. & Silva, R.M. (2016). *Investigação Qualitativa em Saúde: conhecimento e aplicabilidade*. Aveiro: Ludomedia.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009). *Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta OHCR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2016). *Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Resumo*. Genebra: OMS. Acedido em 14/04/2020. Disponível em <https://www.mcsprogram.org/wpcontent/uploads/2018/07/ANCOverviewBrieferA4PG.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2018). *Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Genebra: OMS.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação – Closing the gap: from evidence to action*. Suíça: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orfão, A. (2018). Determinação do risco materno-fetal. In Néné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (Coor.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 108-116). Lisboa: Lidel.
- Pais, F. (2004). O impacto da doença oncológica no doente e família. In M. Bilro & A. Cruz (Coords.), *Enfermagem oncológica* (pp. 25-38). Coimbra: Formasau.
- Pearson, M. & Craig, V. (2004). Prática baseada na evidência em enfermagem. In J. V. Craig & R. L. Smyth, *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros* (pp.3-21). Londres: Lusociência.
- Pedrolo, E., Danski, M. T. R., Mingorance, P., Lazzari, L.S.M., Méier, M.J. & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14 (4), 760-763.

- Peixoto, N.M.S.M. & Peixoto, T.A.S.M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (11), 121-132. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, A. (2018). Preparação para o Nascimento e Parentalidade. In Néné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (Coor.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 152-157). Lisboa: Lidel.
- Presado, M.H.C.V. (2013). *Climatério/menopausa, relacionamento conjugal e qualidade de vida* (Tese de doutoramento). Disponível em: [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2688/3/Helena\\_Presado\\_Climat%C3%A9rioMenopausa%2c%20Relacionamento%20Conjugal%20e%20Qualidade%20de%20Vida.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2688/3/Helena_Presado_Climat%C3%A9rioMenopausa%2c%20Relacionamento%20Conjugal%20e%20Qualidade%20de%20Vida.pdf)
- Posner, G. (2014). Hemorragia Pós-Parto. In Posner, G., Dy, J., Black, A. & Jones, G. (Coor.). *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote* (pp. 324-343). Porto Alegre: AMGH.
- Rocha, F.M.D.C. (2020). *Cancro da mama e Amamentação: o cuidar do Enfermeiro Obstetra* (Relatório de Estágio). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37413/1/Frederico%20Miguel%20Dinis%20Camilo%20da%20Rocha%20-%202026.02.2021.pdf>
- Rees, A.Y.S. (2016). The Experiences and Perceptions of Women Diagnosed with Breast Cancer during Pregnancy. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 3, 252 - 258. DOI: [10.4103/2347-5625.189814](https://doi.org/10.4103/2347-5625.189814)
- Rycroft-Malone J., Seers K., Titchen A., Harvey G., Kitson A. & McCormack B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice?. *Journal of Advanced Nursing*. 47(1), 81–90.
- Santos, C. (2006). *Doença oncológica - representação coping e qualidade de vida*. Porto: Formasau.
- Santos, L. & Lopes, B. (2014). *Cancro da mama - o que devemos saber?*. Lisboa: Lidel.
- Sevalho, G. (2018). *The concept of vulnerability and health education based on the theory laid out by Paulo Freire*. *Interface (Botucatu)*, 22 (64), p.177-88.
- Serrano, M.T.P., Costa, A.S.M.C. & Costa, N.M.V.N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), 15-23. Acedido em: 06/04/2020. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf>

- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG). (2016). *Consenso nacional sobre menopausa*. SPG.
- Venâncio, C. & Presado, M.H. (2021). Cuidar da grávida com cancro: Estratégias dos enfermeiros obstetras. *Investigação Qualitativa em Saúde: avanços e desafios*, 8, 460-468. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.460-468>
- Vieira, S. M., Bock, L. F., Zocche, D. A. & Pessota, C. U. (2011). Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré natal. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20 (spe), 255-262. Acedido em 03-01-2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea32.pdf>
- Vilar, D. (2009). Contributos para a história das políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal. *E-cadernos CES*, 4. DOI: <https://doi.org/10.4000/eces.203>

**APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Pesquisa na *MEDLINE***

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S14	S12 AND S13	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	285
S13	S10 AND S11	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	5,932
S12	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,244,013
S11	S3 OR S4	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	914,425
S10	S1 OR S2	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	401,521
S9	experienc*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,229,311
S8	"pregnancy experience"	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases	347

			Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S7	"experience"	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	724,659
S6	(MH "Life Change Events")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	23,089
S5	"lived experience"	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	4,994
S4	preganc*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	147
S3	(MH "Pregnancy")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	914,392
S2	(MH "Breast Neoplasms")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	302,123
S1	"breast cancer"	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	302,882

Base de datos - MEDLINE  
Complete

## **APÊNDICE II – Pesquisa na CINAHL**

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S15	S13 AND S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	112
S14	S11 AND S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,882
S13	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	508,332
S12	S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	251,965
S11	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	106,526
S10	experienc*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	503,158
S9	experience	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	390,189

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S8	pregnancy experience	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	278
S7	life experiences	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	35,629
S6	life change events	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	8,048
S5	lived experience	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	22,214
S4	pregnanc*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	251,965
S3	pregnancy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	251,807
S2	breast neoplasms	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	89,703

S1	breast cancer	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Base de dados - CINAHL Complete Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	95,362
----	---------------	--	---	--------

### **APÊNDICE III – Quadro extração de resultados**

## Quadro extração de resultados

<b>Autor(es)</b>	
<b>Ano da publicação</b>	
<b>País de origem</b>	
<b>Objetivos</b>	
<b>População em estudo</b>	
<b>Metodologia</b>	
<b>Vivências descritas pelas grávidas</b>	
<b>Outras vivências descritas</b>	

Elaborado segundo a metodologia para a síntese de evidência recomendada pelo JBI (Aromataris & Munn, 2020)

## **APÊNDICE IV – Questionário e Guião de entrevista**

## ENTREVISTA DO ESTUDO: “VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA”

Para maior proteção dos seus dados, por favor responda a este pequeno questionário, que terá um código numérico anónimo atribuído, que corresponderá ao da gravação áudio.

• Idade: \_\_\_\_\_

• Profissão:

\_\_\_\_\_

• Habilitações literárias:

\_\_\_\_\_

• Agregado familiar:

\_\_\_\_\_

• História ginecológica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• História familiar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Idade gestacional/ Tempo de diagnóstico:

\_\_\_\_\_

Muito obrigado

Enf<sup>a</sup> Patrícia Simões

## GUIÃO DE ENTREVISTA DO ESTUDO: “VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA”

(Entrevista semi-estruturada com gravação áudio por telemóvel e duração máxima de vinte minutos)

<b>Tópicos / Temas</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>	<b>Recolha de Dados</b>
Caracterização das participantes e do cancro da mama associado à gravidez	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade;</li> <li>• Profissão;</li> <li>• Habilitações literárias;</li> <li>• Agregado familiar;</li> <li>• História ginecológica;</li> <li>• História familiar;</li> <li>• Idade gestacional/ Tempo de diagnóstico.</li> </ul>	Recolhido por meio de questionário, com a atribuição de um código numérico anónimo.
Pode falar-me sobre todo o processo, desde que descobriu, à partilha com a família, à tomada de decisão, até ao tratamento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico;</li> <li>• Transmissão do diagnóstico;</li> <li>• Negociação do plano terapêutico;</li> <li>• Tomada de decisão;</li> <li>• Tratamento;</li> <li>• Pessoas de suporte;</li> <li>• Envolvimento/apoio da família;</li> <li>• Cuidados de saúde multiprofissionais (médicos, enfermeiros e outros);</li> <li>• Articulação de cuidados (oncológicos/obstétricos/comunitários/enfermagem).</li> </ul>	Início da gravação áudio por telemóvel com a recolha dos restantes dados, que será registada com o mesmo código.
Consegue descrever-me a sua experiência durante todo o processo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades;</li> <li>• Medos e receios;</li> <li>• Ocorrências psicossociais;</li> <li>• Ocorrências emocionais;</li> <li>• Estratégias utilizadas.</li> </ul>	Gravação áudio por telemóvel, que será registada com o mesmo código.
O que acha que podia ter sido diferente no seu acompanhamento durante o processo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissionais/família/emprego/vigilância de saúde;</li> <li>• Opinião (expectativas/falhas);</li> <li>• Sugestões para melhorar.</li> </ul>	Gravação áudio por telemóvel, que será registada com o mesmo código.

**APÊNDICE V – Declaração de consentimento informado**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**Título do estudo:** “Vivência da gravidez durante o cancro da mama”

**Investigador:** Patrícia Marina Brás Simões (Enfermeira na Área de Cuidados Intensivos e Recobro [REDACTED] e estudante do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo-assinado (nome completo da participante)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
consinto a realização da entrevista com registo áudio por telemóvel. Compreendi o esclarecimento que me foi transmitido sobre o estudo de investigação que se pretende realizar, no que diz respeito aos seus objetivos, sua metodologia, benefícios e riscos. Foi-me assegurado o direito de recusar a qualquer momento na participação deste estudo, sem que isso tenha prejuízo no meu atendimento. Também me foi dada a oportunidade de colocar as questões que julguei necessárias, obtendo resposta satisfatória a todas.

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

Lisboa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura da participante

Assinatura do investigador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE VI – Quadros de análise e extração de resultados e  
análise do nível de evidência**

**Artigo 1: *The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer***

<b>Autor(es)</b>	A. Ives; T. Musiello; C. Saunders
<b>Ano da publicação</b>	2011
<b>País de origem</b>	Austrália
<b>Objetivos</b>	Explorar as experiências psicossociais da gravidez em mulheres diagnosticadas com cancro da mama durante ou logo após a gravidez
<b>População em estudo</b>	Quinze mulheres que receberam um diagnóstico de cancro da mama gestacional (GBC).
<b>Metodologia</b>	Estudo qualitativo retrospectivo através de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas pretendiam identificar as questões emocionais e sociais relacionadas às experiências da gravidez e maternidade em mulheres diagnosticadas com cancro da mama gestacional.
<b>Vivências descritas pelas grávidas</b>	<p><b>Ocorrências psicossociais:</b> Mulheres relataram sentimentos de incerteza sobre o futuro; sobre a perda de fertilidade e o risco de menopausa relacionado com o tratamento; dificuldade em gerir a realidade do diagnóstico e o tratamento do cancro da mama; dificuldade em cuidar de crianças pequenas; o impacto do diagnóstico do cancro da mama nos seus filhos e a experiência da mulher com a maternidade; dificuldade em continuar uma carreira; os encargos financeiros e a preocupação com a sexualidade e a imagem corporal.</p> <p><b>Ocorrências emocionais:</b> Relataram altos níveis de <i>stress</i>, angústia e de ansiedade (que estava ligada ao conflito entre a preocupação com a saúde do bebé e com a preocupação com a sua própria saúde e bem-estar, com o tratamento, com a necessidade de antecipar o parto e com a amamentação); e relataram conflitos de decisão.</p>

	<p><b>Dificuldades:</b> A maternidade e o conflito do diagnóstico durante a gravidez, o isolamento; e a falta de apoio social.</p> <p><b>Medos e receios:</b> Relataram medo em relação ao desenvolvimento normal dos seus filhos, especialmente se tiverem sofrido quimioterapia, radioterapia ou terapia hormonal durante a gravidez.</p> <p><b>Estratégias:</b> Todas as mulheres entrevistadas tinham uma perspectiva única da experiência do cancro da mama durante a gravidez, da maternidade, do diagnóstico, do tratamento, prognóstico e problemas familiares, baseando-se nas suas crenças, nos seus valores e nas experiências de vida. O fator que mais influenciou as suas escolhas e reações foram os seus pontos de vista pessoais sobre ter filhos - nascido, in-utero e/ou ainda a ser concebido - e se ela acreditava que a sua família estava completa.</p>
<p><b>Outras vivências descritas</b></p>	<p>As mulheres descreveram que ter um filho após o tratamento para o cancro da mama tem um aspecto psicológico positivo, trazendo um grau de normalidade às suas vidas, melhorando a sua qualidade de vida e dando-lhes esperança para o futuro.</p>

## JBI Critical Appraisal Checklist for Case Reports

Reviewer Patrícia Simões Date 25/06/2019

Author A. Ives; T. Musiello; C. Saunders Year 2011 Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient's demographic characteristics clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was the patient's history clearly described and presented as a timeline?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the case report provide takeaway lessons?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include   X   Exclude      Seek further info  

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

**Artigo 2: *The Experiences and Perceptions of Women Diagnosed with Breast Cancer during Pregnancy***

<b>Autor(es)</b>	A. Rees
<b>Ano da publicação</b>	2016
<b>País de origem</b>	Reino Unido
<b>Objetivos</b>	Embora muito tenha sido documentado sobre a experiência do cancro da mama, os relatos das mulheres jovens têm sido relativamente negligenciados, apesar de cerca de 20% dos diagnósticos de cancro da mama ocorrerem em mulheres com menos de 50 anos. As vozes das mulheres diagnosticadas durante a gravidez são ausentes das pesquisas apesar de o cancro da mama ser o mais comum associado à gravidez, e ser diagnosticado em cerca de 1 em 3000 gravidezes.
<b>População em estudo</b>	Este estudo apresenta dados de três mulheres extraído de um estudo maior de mulheres que haviam sido diagnosticadas, com menos de 45 anos e que completaram o tratamento para o cancro da mama.
<b>Metodologia</b>	Entrevistas qualitativas semiestruturadas com uma metodologia construcionista.
<b>Vivências descritas pelas grávidas</b>	<b>Ocorrências psicossociais:</b> As mulheres percebiam uma ameaça à sua posição como boas mães de ter que dar à luz mais cedo, ou receber tratamento contra o cancro da mama quando seus filhos eram muito pequenos. As mulheres revelaram que o cancro estragou o que deveria ter sido um momento feliz das suas vidas, perturbando o que tinham previsto para a sua gravidez. O tratamento interferiu nas suas vidas como novas mães, fazendo-as sentir diferente de seus pares, e lamentaram a perda de certas experiências como a amamentação. Isso também fez com que elas pensassem diferentemente sobre futuras gravidezes. Ambos os papéis de

	<p>“mãe” e “paciente” que implicam obrigações sociais, entram em conflito.</p> <p><b>Ocorrências emocionais:</b> Referiram sentimentos de culpa.</p> <p><b>Dificuldades:</b> As mulheres referiram muita dificuldade em lidar com os sentimentos de culpa e com a preocupação com o sofrimento dos filhos.</p> <p><b>Medos e receios:</b> As mulheres tinham receio de não poder ter mais filhos após o tratamento.</p> <p><b>Estratégias:</b> Ter mais filhos posteriormente, foi visto como uma maneira de restaurar a identidade ou de voltar ao seu um curso de vida.</p>
<b>Outras vivências descritas</b>	<p>Houve relato de uma mulher que sentiu necessidade de ajudar as pessoas que passam por cancro ou outras dificuldades. Para ela, não passara apenas pelo cancro da mama, mas passou por isso enquanto também se tornou uma nova mãe, apesar de reconhecer o quão difícil e assustador tinha sido, mas queria mostrar a outras mulheres que estão a passar por uma experiência semelhante que é possível.</p>

## JBI Critical Appraisal Checklist for Case Reports

Reviewer Patrícia Simões Date 25/06/2019

Author A. Rees Year 2016 Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient's demographic characteristics clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was the patient's history clearly described and presented as a timeline?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the case report provide takeaway lessons?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include X Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

**APÊNDICE VII – “Vivência da gravidez durante o cancro da mama:  
uma revisão scoping”**

# VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ NO CANCRO DA MAMA: UMA REVISÃO SCOPING

## EXPERIENCE PREGNANCY IN BREAST CANCER: A SCOPING REVIEW

### AUTORAS

**PATRÍCIA MARINA BRÁS SIMÕES** | *Enfermeira Generalista na Área de Cuidados Intensivos e Recobro da Fundação Champalimaud, Portugal.*

**PHD MARIA HELENA CARVALHO VALENTE PRESADO** | *Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, CIDNUR (Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem), CEMRI (Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais-Universidade Aberta), Portugal.*

---

### RESUMO

**Introdução:** O cancro da mama tornou-se um dos maiores desafios de saúde pública, sendo a neoplasia mais frequente na gravidez. Apesar da baixa incidência, o cancro da mama associado à gravidez tem vindo a aumentar pela tendência para protelar a maternidade. De forma a estarmos capacitados para dar resposta às necessidades destas mulheres, importa compreender as suas vivências.

**Objetivo:** Mapear a evidência referente à forma como é vivenciada a gravidez no cancro da mama.

**Método:** A *scoping review* foi realizada com base nos princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute* (2020). Definiu-se a questão de pesquisa segundo a mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto): “Como é que a mulher com cancro da mama vivencia a gravidez?”. A pesquisa foi efetuada na plataforma *EBSCO* da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, nas bases de dados *CINAHL* e *MedLine* e, na plataforma *Google Scholar*, decorrendo entre 25 e 28 de agosto de 2021. Foram incluídos estudos em português, inglês e espanhol.

**Resultados:** Resultaram 397 artigos, maioritariamente na língua inglesa. Após aplicação dos critérios escolhidos, foram selecionados dois estudos, publicados em 2011 e 2016, na Austrália e Reino Unido respetivamente.

**Conclusão:** As mulheres relataram sentimentos de ambivalência entre a maternidade e o diagnóstico de cancro. Referiram também, a necessidade de criar estratégias de superação para restaurar a sua identidade e a normalidade das suas vidas. É fulcral, que os profissionais estejam preparados e capacitados para apoiar e ajudar estas mulheres e as suas famílias.

**Palavras-Chave:** vivência; gravidez; cancro da mama

---

### ABSTRACT

**Background:** Breast cancer has become one of the biggest public health challenges, being the most frequent neoplasm in pregnancy. Despite the low incidence, breast cancer associated with pregnancy has been increasing due to the tendency to delay motherhood. In order to be able to respond to the needs of these women, it is important to understand their experiences.

**Objective:** To map the evidence regarding how pregnancy is experienced in breast cancer.

**Method:** The scoping review was carried out based on the principles recommended by the Joanna Briggs Institute (2020). The research question was defined according to the mnemonic PCC (Population, Concept, Context): “How does a woman with breast cancer experience pregnancy?”. The research was carried out on the EBSCO platform of the School of Nursing in Lisbon, on the CINAHL and MedLine databases, and on the Google Scholar platform, taking place between August 25 and 28, 2021. Studies in Portuguese, English and Spanish were included.

**Results:** 397 articles resulted, mostly in English. After applying the chosen criteria, two studies were selected, published in 2011 and 2016, in Australia and the United Kingdom respectively.

**Conclusion:** Women reported feelings of ambivalence between motherhood and the diagnosis of cancer. They also mentioned the need to create coping strategies to restore their identity and the normality of their lives. It is essential that professionals are prepared and trained to support and help these women and their families.

**Keywords:** experience; pregnancy; breast cancer

---

## INTRODUÇÃO

O cancro da mama é a neoplasia mais comum da mulher em idade reprodutiva, sendo a sua prevalência de 40% de todos os cancros em mulheres com idade inferior a 40 anos (Guedes & Dias, 2017) e tornou-se um dos maiores desafios de saúde pública à escala mundial (Santos & Lopes, 2014)

Apesar de pouco frequente, o cancro da mama associado à gravidez tem vindo a aumentar nos últimos anos, pela tendência das mulheres protelarem a maternidade, aumentando assim a sua incidência (Martinez *et al.*, 2018). É considerada a neoplasia mais frequente na gravidez, com uma incidência de 1/3000 grávidas, sendo que 0,2%-3,8% dos cancros da mama são coincidentes com a gravidez (Marques, 2017).

A definição de cancro da mama associado à gravidez (*Pregnancy-associated breast cancer*, PABC) refere-se a todos os diagnósticos de cancro durante a gravidez e/ou até 1 ano após o parto (Case, 2016).

Sendo a gravidez e o cancro da mama dois acontecimentos tão marcantes da vida de uma mulher, ao ocorrerem em simultâneo poderão deixar sequelas importantes para a vida, tanto a nível físico como psicológico (Martinez *et al.*, 2018). Assim, à mulher com cancro da mama, são colocados diversos dilemas e decisões difíceis, não conseguindo experienciar em pleno a gravidez e a maternidade, neste momento tão especial para a maioria das mulheres.

## OBJETIVO

Importa perceber quais as preocupações predominantes, as mudanças sofridas, os receios, os medos e os sentimentos vividos pela mulher quando o momento em que a gravidez se cruza com o cancro da mama, de forma a podermos estar preparados e a criar estratégias para ajudar as mulheres/famílias a ultrapassar este momento difícil. Assim, esta *scoping review* tem por objetivo mapear a evidência, apresentando como questão de investigação: “Como é que a mulher com cancro da mama vivencia a gravidez?”.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Definiram-se critérios de inclusão de acordo com a mnemónica PCC e apresentados no quadro seguinte.

**Quadro 1.** Critérios de Inclusão

Critérios de Inclusão	
<b>Tipos de Estudos</b>	Qualitativos
<b>População</b>	Mulheres grávidas com cancro de mama
<b>Conceito</b>	Cancro mama; gravidez; vivência
<b>Data de Publicação</b>	Sem limite temporal, evitando excluir pesquisas relevantes
<b>Língua</b>	Português, Inglês e Espanhol

## MÉTODOS E ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Esta *scoping review* foi realizada segundo as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Aromataris & Munn, 2020). Foram incluídos estudos com grávidas com cancro da mama, ou seja, as mulheres que experienciaram a gravidez e o cancro da mama simultaneamente. Consideram-se as mulheres que tiveram o diagnóstico do cancro da mama durante a gestação e as que estavam em tratamento do cancro da mama e descobriram que estavam grávidas. Deste modo, os conceitos de interesse são a vivência, entendendo-se por uma experiência de vida que inclui ocorrências psicológicas, emocionais e sociais, que afetam a vida da mulher; o cancro da mama e a gravidez. Para incluirmos todas as mulheres, o contexto não foi contemplado.

O processo de pesquisa foi abrangente, com o objetivo de identificar os estudos primários publicados e não publicados assim como a existência de revisões sistemáticas da literatura. Para a pesquisa de estudos não publicados recorreu-se ao *Google Scholar*.

Tal como é recomendado pelo JBI (Aromataris & Munn, 2020), a estratégia de pesquisa foi realizada em três etapas. Numa primeira etapa foi realizada uma pesquisa na plataforma *ESBCO*, onde foram selecionadas as bases de dados *CINAHL* e *MedLine* e na plataforma *Google Scholar*. A pesquisa realizou-se seguindo-se a análise das palavras-chave contidas na questão PCC. Esta pesquisa inicial foi seguida de uma análise das palavras incluídas nos títulos e resumos dos artigos encontrados, assim como os termos de indexação utilizados nos artigos. Na segunda etapa foi concretizada uma pesquisa com todos os termos da questão (naturais e indexados) nas bases referidas com os escritores booleanos “OR” e “AND”.

No terceiro passo precedemos a pesquisa e análise das referências bibliográficas dos artigos elegíveis com o objetivo de identificar estudos adicionais. Procuramos, igualmente por estudos não publicados e literatura cinzenta nos repositórios de bibliotecas. Os termos pesquisados nas bases de dados *CINAHL* e *MedLine* são apresentados no Quadro 2, de acordo com a mnemónica PCC (no caso concreto, o contexto não se verifica).

**Quadro 2.** Termos de pesquisa: *CINAHL* e *MedLine*

Palavras-Chave	Termo natural	Termo indexado <i>CINAHL</i>	Termo indexado <i>MEDLINE</i>	Termo com truncatura
<i>Breast cancer</i>	<i>Breast cancer</i>	<i>Breast neoplasm</i>	<i>Breast neoplams</i>	
<i>Pregnancy</i>		<i>Pregnancy</i>	<i>Pregnancy</i>	<i>Pregnanc*</i>
<i>Experience</i>	<i>Lived experience</i>  <i>Pregnancy experience</i>	<i>Life change events</i>  <i>Life experiences</i>	<i>Life change events</i>	<i>Experienc*</i>

Os artigos que resultaram das pesquisas foram extraídos através do *software* de gestão de referências *Mendeley*®, de modo a serem eliminados os artigos em duplicado.

Os artigos encontrados foram selecionados por dois revisores independentes, de acordo com a sua relevância através da análise da informação contida no título e no resumo, procedendo-se, por fim, à leitura e aplicação dos critérios de inclusão.

Os artigos com texto completo que não atenderam aos critérios de inclusão foram excluídos e registado o motivo da exclusão. Os dados relevantes para a pergunta da revisão foram extraídos por dois revisores independentes e incluíram detalhes específicos sobre as vivências da mulher com cancro de mama na gravidez e/ou até 1 ano após o parto.

Foram incluídos os artigos completos que satisfaziam os critérios de inclusão, bem como os artigos com o idioma Português, Inglês e Espanhol, para se efetuar a seleção dos artigos elegíveis. Não foram utilizados limitadores temporais, com o intuito de tornar a pesquisa o mais abrangente possível e de modo a incluir todos os artigos relevantes, dado que apesar da temática estar a ser mais explorada, ainda ser pouco significativa. Não foram encontrados artigos e/ou trabalhos não publicados relevantes para o estudo.

Na terceira e última etapa, foram pesquisados estudos adicionais através da análise das referências bibliográficas dos artigos encontrados. Posteriormente foi realizada nova pesquisa na plataforma *Google Scholar* com os mesmos descritores, não tendo sido encontrado nenhum estudo.

Os dados obtidos dos artigos incluídos nesta revisão, foram reunidos em quadros, elaborados de acordo com as orientações metodológicas do JBI (Aromataris & Munn, 2020), com o objetivo de extrair os dados relevantes para mapear a evidência existente.

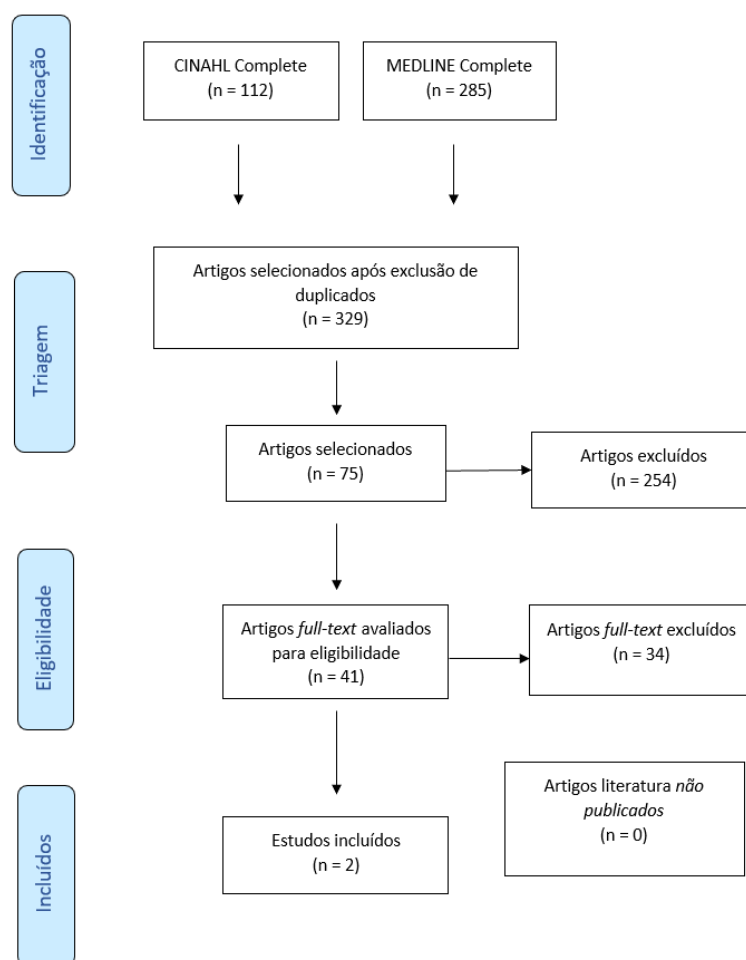
## **EXTRAÇÃO DOS RESULTADOS**

Após análise do título e *abstract* dos artigos encontrados, foram excluídos os duplicados e os que não correspondiam à temática. Foram incluídos estudos primários, publicados em Português, Inglês e Espanhol e sem limite temporal. A pesquisa foi realizada de 25 e 28 de agosto de 2021, obtendo-se 397 artigos. Foram excluídos 395 artigos, restando 2 para análise.

Os títulos e resumos identificados a partir da pesquisa, foram revistos de forma independente pelas autoras, tendo em atenção os critérios de inclusão.

A decisão de incluir ou excluir os estudos foi feita por concordância de ambas. A estratégia de pesquisa e de extração dos resultados pode ser representada sob a forma de fluxograma, apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma-resumo da pesquisa desenvolvida



Adaptado do PRISMA Flow Diagram para o processo de Scoping Review do JBI (2020)

Os dois estudos elegíveis para a *scoping review*, são descritos no Quadro 3.

Quadro 3. Estudos Elegíveis

Número do artigo	Título	Autores	Ano de publicação/Local
1	<i>The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer</i>	A. Ives; T. Musiello; C. Saunders	2011/ Austrália
2	<i>The Experiences and Perceptions of Women Diagnosed with Breast Cancer during Pregnancy</i>	A. Rees	2016/ Reino Unido

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obtivemos 397 artigos distribuídos nas bases de dados *MEDLINE* (285) e *CINAHL* (112).

Destes artigos, 68 foram excluídos por se apresentarem em duplicado; e dos restantes 329 estudos, 254 foram excluídos após análise do título e do resumo. Dos 75 artigos resultantes, 34 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão, ficando apenas 41 artigos legíveis para leitura integral do texto. Por fim, foram incluídos apenas dois artigos nesta revisão, publicados em 2011 e 2016, na Austrália e no Reino Unido, respetivamente. Não foram encontrados trabalhos e/ou artigos não publicados de relevância para o estudo.

As mulheres com cancro de mama na gravidez, evidenciam ocorrências psicossociais; ocorrências emocionais; dificuldades; medos e receios; estratégias utilizadas.

As ocorrências psicossociais mencionadas no estudo de Ives et al. (2011) relacionaram-se com a incerteza sobre o futuro; o impacto do diagnóstico (feto e maternidade); as dificuldades em gerir a realidade (diagnóstico/ tratamento/ carreira profissional/ cuidar dos filhos posteriormente/ gravidez futura); os encargos financeiros e; a preocupação com a sexualidade e a imagem corporal. Já no estudo de Rees (2016) as ocorrências psicossociais mencionadas foram: ameaça à posição de “boas mães”; perturbação e destruição da gravidez e do que tinham previsto para esse momento feliz; interferência na vida como mãe, fazendo-as perder experiências como a amamentação e sentirem-se diferentes e; conflito entre papel de “mãe” e “paciente”.

No que concerne às ocorrências emocionais referiram, segundo Ives et al. (2011): conflitos de decisão (saúde do bebé/ mãe/ tratamento/ necessidade de antecipar o parto/amamentação) e; altos níveis de *stress*, ansiedade e angústia. No estudo de Rees (2016), o sentimento de culpa foi o mais evidenciado.

Relativamente às dificuldades sentidas, estas mulheres apontaram a gestão de sentimentos, de culpa e preocupação com o sofrimento do bebé (Rees, 2016); a gestão da maternidade e o conflito do diagnóstico na gravidez; o isolamento e a falta de apoio social (Ives et al., 2011).

Os medos e receios relatados no estudo de Ives et al. (2011) foi principalmente o medo relacionado com o desenvolvimento anormal do bebé, enquanto no estudo de Rees (2016), foi o receio de não poder ter mais filhos após o tratamento.

Da análise destes artigos percebeu-se que todas as mulheres tinham uma perspectiva única da experiência do cancro da mama na gravidez, da maternidade, do diagnóstico, do tratamento, prognóstico e problemas familiares, baseando as suas escolhas nas suas crenças, valores e nas experiências de vida.

O fator que mais influenciou as suas escolhas e reações foram os seus pontos de vista pessoais sobre ter filhos – nascido, *in-utero* e/ou ainda a ser concebido - e se acreditavam que a sua família estava completa.

No estudo de Ives et al. (2011), as mulheres descreveram que ter um filho após o tratamento para o cancro da mama tem um aspecto psicológico positivo, trazendo um grau de normalidade às suas vidas, melhorando a sua qualidade de vida e dando-lhes esperança para o futuro, ou seja, foi visto como uma maneira de restaurar a identidade ou de voltar ao seu curso de vida.

Uma mulher, no estudo de Rees (2016) mencionou que sentiu necessidade de ajudar as pessoas que passam por experiência semelhante. Referiu que não passou apenas pelo cancro da

mama, mas que simultaneamente se tornava uma nova mãe. E, apesar de reconhecer o quão difícil e assustador tinha sido, queria mostrar a outras mulheres que estavam a passar por uma experiência idêntica, que é possível.

## **CONCLUSÕES**

Com esta *scoping review* pretendemos de mapear a evidência científica disponível referente à forma como é vivenciada a gravidez no cancro da mama. Os resultados desta pesquisa mostram-nos que existe escassez de estudos. Foram identificados dois estudos publicados em 2011 e 2016, na Austrália e no Reino Unido respetivamente.

As mulheres vivenciam sentimentos de ambivalência entre a maternidade e o conflito do diagnóstico durante a gravidez (papel de mãe e doente), evidenciando a vivência de alterações psicossociais e emocionais. É fulcral que estas mulheres tenham um acompanhamento especializado por uma equipa multidisciplinar. E para isso, é necessário que os profissionais estejam preparados e capacitados para apoiar e ajudar estas mulheres, bem como as suas famílias.

Acreditamos que devem ser desenvolvidos mais estudos baseados na temática da gravidez associada ao cancro, no sentido de serem encontradas estratégias adequadas que conduzam a um melhor acompanhamento e vigilância destas mulheres.

## **IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PARA A INVESTIGAÇÃO**

Na pesquisa efetuada, verificamos que devem ser realizados mais estudos que explorem esta temática e que reflita a realidade das mulheres residentes em Portugal.

## **LIMITAÇÕES DA REVISÃO**

Na presente revisão optamos por incluir estudos em Inglês, Português e Espanhol, o que impossibilitou a procura de investigação noutras línguas que poderia traduzir-se em achados relevantes.

O facto de ter sido utilizado um número reduzido de bases de dados pode ser encarado como um constrangimento, pois numa pesquisa mais ampla com maior número de bases poderia traduzir outro nível de produção científica encontrada.

## **FINANCIAMENTO**

Não existe financiamento externo para esta revisão.

## **CONFLITOS DE INTERESSE**

Não existiram, em qualquer momento, conflitos de interesse entre os revisores.

## AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à ESEL a possibilidade de aceder à plataforma *ESBCO* sem a qual esta *scoping review* não seria possível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E. & Munn, Z. (Ed.). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Acedido a 10/04/2021. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>
- Case, A. S. (2016). Pregnancy-associated breast cancer. *Clinical obstetrics and gynecology*. Vol. 59 (nº4), pp. 779-788.
- Guedes, H. & Dias, M. F. (2017). Gravidez após o cancro da mama: Estado da Arte. *Acta Médica Portuguesa*. p. 818-823. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.8885>
- Ives, A., Musiello T. & Saunders, C. (2011). The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer. *Psycho-Oncology*, 21, 754-761. DOI: [10.1002/pon.1970](https://doi.org/10.1002/pon.1970)
- Marques, C. (2017). Patologia cirúrgica na gravidez: cancro e gravidez. In L. Graça, *Medicina Materno Fetal* (pp. 528-540). Lisboa: Lidel.
- Martinez, M. T., Bermejo, B., Hernando, C., Gambardella, V., Cejalvo, J. M. Lluch, A. (2018). *Breast cancer in pregnant patients: a review of the literature*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.04.029>
- Rees, A.Y.S. (2016). The Experiences and Perceptions of Women Diagnosed with Breast Cancer during Pregnancy. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 3, 252 - 258. DOI: [10.4103/2347-5625.189814](https://doi.org/10.4103/2347-5625.189814)
- Santos, L. & Lopes, B. (2014). *Cancro da mama - o que devemos saber?*. Lisboa: Lidel.

## **APÊNDICE VIII – Informação sobre o estudo para as participantes**

## INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO PARA AS PARTICIPANTES

**Título do estudo:** “Vivência da gravidez durante o cancro da mama”

**Investigador Principal:** Patrícia Simões (Enfermeira na Área de Cuidados Intensivos e Recobro na Fundação Champalimaud e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Atualmente, o cancro da mama tornou-se um dos maiores desafios de saúde pública à escala mundial, sendo a neoplasia mais frequente na gravidez. Apesar de pouco frequente, o cancro da mama associado à gravidez, tem vindo a aumentar nos últimos anos. Perante as adversidades com que estas mulheres se deparam, é imperativo que se sintam apoiadas nas suas escolhas por profissionais capacitados. O objetivo deste estudo é então compreender as vivências experienciadas, para que os profissionais estejam capacitados para dar resposta às suas necessidades. Desta forma, o seu contributo para este estudo é fundamental. É de extrema importância que responda com a maior sinceridade e não da forma que acha que deveria responder, para não inviabilizar o estudo.

**Publicação do Estudo:** Os resultados obtidos deste estudo serão entregues e divulgados [REDACTED] Também se pretende que sejam publicados em artigo e divulgados por meio da participação em jornadas/congressos.

**Recolha de dados:** O instrumento de colheita de dados compreende uma entrevista semi-estruturada, com gravação áudio através de um telemóvel, a ser realizada numa sala de reuniões ou noutro local de preferência da participante (como jardim, café, ...) e que poderá demorar cerca de 20 minutos.

Para maior proteção dos dados, a colheita de informação sobre a “caracterização das participantes e do cancro associado à gravidez” será registada à parte, por meio de um questionário, com a atribuição de um código numérico anónimo, seguindo-se o início da gravação áudio com a recolha dos restantes dados, que será registada com o mesmo código.

**Anonimato e confidencialidade:** Todos os questionários serão anonimizados e mantidos confidencialmente. Os dados recolhidos por gravação áudio através de um telemóvel, serão guardados e analisados pela investigadora principal, e no final da pesquisa, destruídos. Contudo, dada a caracterização das participantes e o contexto deste estudo, não é garantido nem o seu anonimato, nem que não seja possível associar as respostas dadas à sua identidade. Os resultados deste estudo serão utilizados apenas para o fim a que se destinam, nunca sendo divulgadas as gravações áudio recolhidas.

**Benefícios do estudo:** Não existem benefícios diretos para as participantes. Contudo, através da sua participação, estará a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados a outras mulheres grávidas com cancro da mama.

**Riscos potenciais:** Os riscos indiretos que podem resultar da participação neste estudo prendem-se com reações emocionais que poderão surgir pela discussão da sua situação e vivência particularmente difícil, num momento de fragilidade emocional. É dada a possibilidade de poder ser referenciada para um especialista em Psicologia ou Psiquiatria, se assim o desejar.

**Custos de participação:** Não existem custos na participação deste estudo.

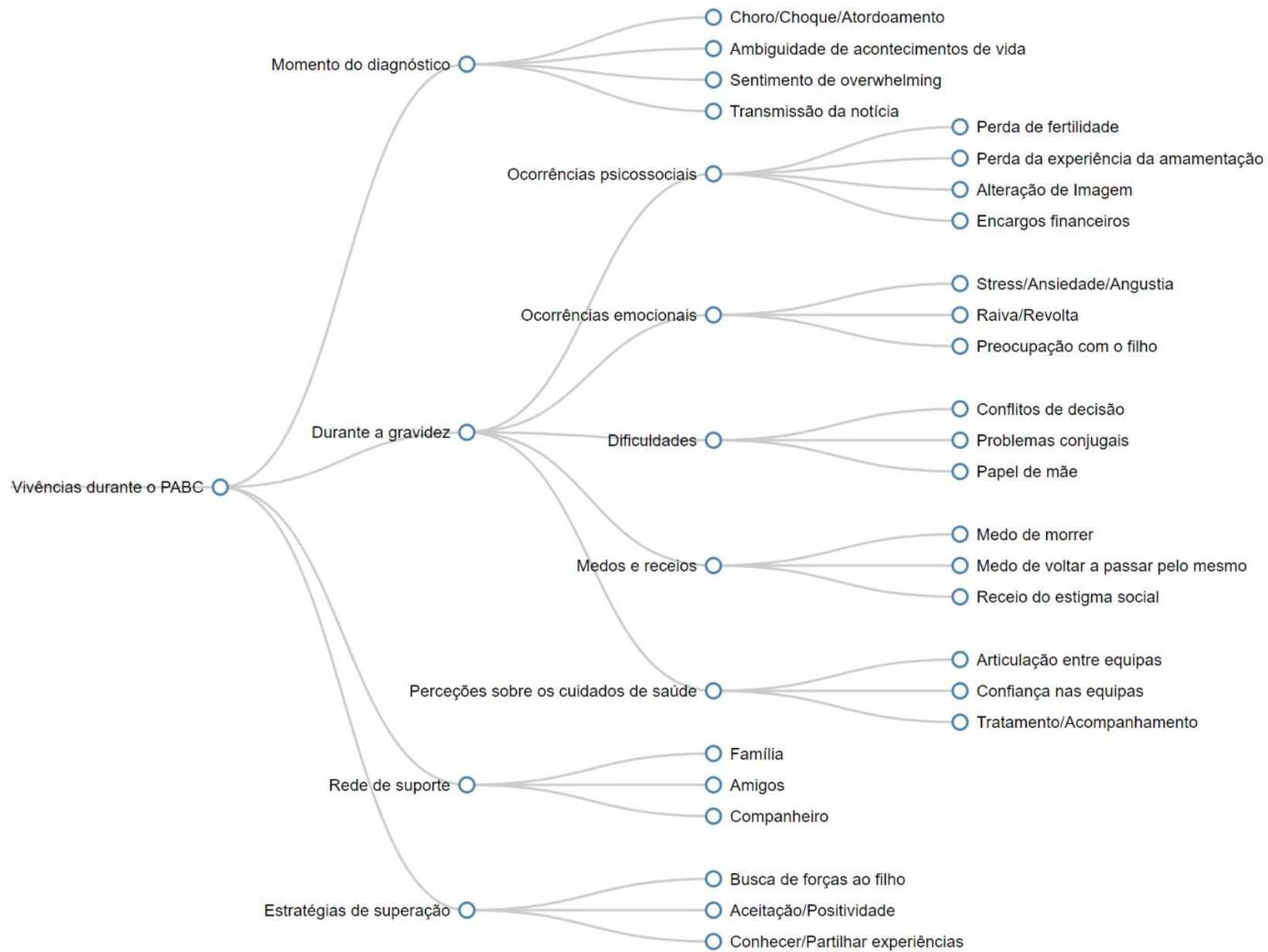
**Liberdade de participação:** A participação neste estudo é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que para isso tenha qualquer prejuízo no seu atendimento nesta Instituição. No caso de desistência na participação no estudo, a gravação áudio e todas as informações recolhidas e analisadas, serão retiradas do estudo e destruídas.

**Responsabilidades do investigador:** Ao assinar o consentimento, a investigadora não fica liberta das suas responsabilidades profissionais e legais, no caso de ocorrer alguma situação que cause prejuízo intrínseco à participante.

Muito obrigado

Enf<sup>a</sup> Patrícia Simões

**APÊNDICE IX – Código de árvore “Vivências da gravidez durante o  
cancro da mama”**



**APÊNDICE X – Poster sobre o Papilomavírus Humano**

# HPV: Papilomavírus Humano

## O QUE É?

O HPV é um vírus muito frequente, responsável por um elevado número de infeções genitais, tanto em homens, como em mulheres.

Existem mais de 120 tipos de HPV, dos quais 40 **afetam preferencialmente os órgãos genitais (vulva, vagina, colo do útero, pénis e ânus).**

## CATEGORIAS

HPV de alto risco	HPV de baixo risco
Podem causar cancro.	Não causam cancro mas são responsáveis pela maioria das doenças benignas, como os condilomas ou as verrugas genitais.
Existem cerca de 12 tipos, entre os quais os <b>tipos 16 e 18</b> que são responsáveis por 75% das lesões mais graves.	Os <b>tipos 6 e 11</b> são os mais frequentes.

## TRANSMISSÃO

Pode ocorrer através de qualquer tipo de **contacto sexual/genital ou oral.**

Estima-se que 75 a 80% das pessoas sexualmente ativas, tenham contacto com o vírus em alguma altura das suas vidas.

## SINAIS E SINTOMAS

**Na maioria das vezes, os infetados não têm sinais ou sintomas.**

Por vezes podem surgir verrugas, mas que podem não ser visíveis por se encontrarem numa parte interna do corpo ou por serem muito pequenas.

## COMO PREVENIR?

Usando **preservativo!**

Mas não confere proteção a 100%, porque não cobre toda a área genital.



**Só a vacinação contra o HPV permite uma proteção eficaz!**

É administrada gratuitamente às raparigas e rapazes a partir dos 10 anos.

Mas pode ser administrada em mulheres até aos 45 anos.



Recomenda-se a realização regular, por parte da mulher, de um exame ginecológico e de uma **colpocitologia (teste papanicolaou) e/ou teste de HPV-DNA!**

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2019). HPV. Disponível em: <https://www.hpv.pt/o-que-e-o-hpv/>
- Serviço Nacional de Saúde (2019). Vírus do papiloma humano (HPV). Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/virus-do-papiloma-humano-hpv/#sec-1>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) (2014). *Consenso sobre infeção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina*. Coimbra: SPG

### ELABORADO POR:

Simões, P.; 10ª CPLEESMID, ESEL, sob orientação da Enff Sara Oliveira; Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica e Profª Helena Presado, Professora na ESEL

**APÊNDICE XI – Sessão “Vivência da gravidez durante o cancro da  
mama: revisão *scoping*”**

**ESEL**  
Escola Superior de  
Educação em Saúde

## VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING



**Autoras:**  
**Patrícia Simões** (Enfª F.Champalimaud, estudante CPLEESMO, [patricia.marina@hotmail.com](mailto:patricia.marina@hotmail.com))  
**Helena Presado** (PhD, Profª Adjunta ESEL; [mhpresado@esel.pt](mailto:mhpresado@esel.pt))

1

**ESEL**  
Escola Superior de  
Educação em Saúde

## VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING

### Introdução

- ▶ O cancro da mama tornou-se um dos maiores desafios de saúde pública à escala mundial. (Garcia B. Lopes, 2014)
- ▶ É a neoplasia mais comum da mulher em idade reprodutiva, sendo a sua prevalência de 40% de todos os cancros em mulheres com idade inferior a 40 anos. (Guedes B. Dias, 2017)
- ▶ Prevê-se que em 2030, em Portugal, existam 7214 mulheres com cancro da mama. Um acréscimo, comparativamente a 2018 em que se estima que existiram 6974. (International Agency for Research on Cancer da Organização Mundial de Saúde)

2

**ESEL**  
Escola Superior de  
Educação em Saúde

## VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING

### Introdução

- ▶ É a neoplasia mais frequente na gravidez com uma incidência de 1/3000 grávidas, sendo que 0,2%-3,8% dos cancros da mama são coincidentes com a gravidez. (Marques, 2017)
- ▶ O cancro da mama associado à gravidez, apesar de pouco frequente, tem vindo a aumentar nos últimos anos, dado que há uma tendência para que as mulheres protelem a maternidade, aumentando assim a sua incidência. (Martinez et al., 2018)

3

**ESEL**  
Escola Superior de  
Educação em Saúde

## VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING

### Introdução

- ▶ Sendo a gravidez e o cancro de mama dois acontecimentos tão marcantes da vida de uma mulher, ao ocorrerem em simultâneo poderão deixar sequelas importantes para a vida, tanto a nível físico como psicológico. (Martinez et al., 2018)
- ▶ À mulher com cancro da mama, são colocados diversos dilemas e decisões difíceis, não conseguindo nem experienciar a gravidez, nem a maternidade em pleno. (Pati, 2004)
- ▶ A reação perante a doença é única, sendo a enfermagem dirigida ao cancro um desafio à criatividade, aptidão e empenho do enfermeiro. (Pati, 2004)

4

**ESEL**  
Escola Superior de  
Educação em Saúde

## VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING

### Justificação

Perceber quais as preocupações predominantes, as mudanças sofridas, os receios, os medos e os sentimentos vividos pela mulher quando a gravidez se cruza com o cancro da mama

↓

Estar preparados e a criar estratégias para ajudar estas mulheres e as suas famílias.

### Questão

Como é que a mulher com cancro da mama vivencia a gravidez?

5

**ESEL**  
Escola Superior de  
Educação em Saúde

## VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING

### Metodologia de Pesquisa

- P** Grávidas com cancro da mama → mulheres que experienciaram a gravidez e o cancro da mama simultaneamente.
- C** Vivência → uma experiência de vida que inclui ocorrências psicológicas, emocionais e sociais, que afetam a vida da mulher; **Cancro da mama;** **Gravidez.**
- C** Não está contemplado.

Palavras-chave: *experience; pregnancy; breast cancer.*

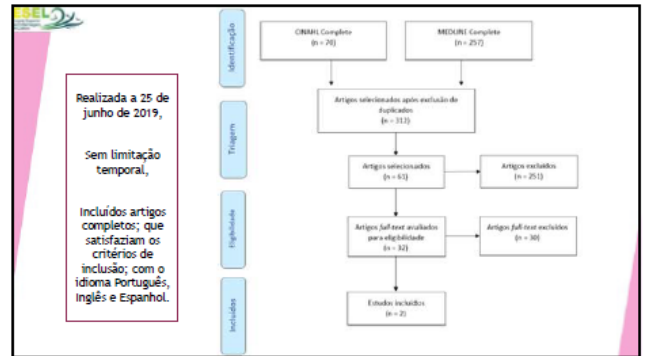
6

## VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING

### Metodologia de Pesquisa

Palavras-Chave	Termo natural	Termo Indexado CINAHL	Termo Indexado MEDLINE	Termo com truncatura
Breast cancer	Breast cancer	Breast neoplasm	Breast neoplasms	
Pregnancy		Pregnancy	Pregnancy	Pregnanc*
Experience	Lived experience Pregnancy experience	Life change events Life experiences	Life change events	Experienc*

7



8

## VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING

### Resultados

**Public-Review**  
Epidemiology & Health Care, 2020.  
Published online 19 April 2021 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1111/eoh.12150

**The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer**

© 2021 The Author(s). This is an Open Access article under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Original Article**

**The Experiences and Perceptions of Women Diagnosed with Breast Cancer during Pregnancy**

Daphni Ross, Anita Wong  
Department of Obstetrics and Gynecology, Brigham Young University, Provo, UT

9

## VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING

### Resultados

**Ocorrências psicossociais:**

- Ameaça à posição de “boas mães”;
- Incerteza;
- Perturbação e destruição da gravidez e do que tinham previsto para este momento feliz;
- Impacto do diagnóstico (feto e maternidade);
- Interferência na vida como mãe, fazendo-as perder experiências e sentirem-se diferentes;
- Dificuldades em gerir a realidade (diagnóstico - tratamento - carreira profissional - cuidar dos filhos posteriormente - gravidez futura);
- Conflito entre papel de “mãe” e “paciente”
- Encargos financeiros;
- Abandono.
- Preocupação (sexualidade e imagem corporal);

10

## VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING

### Resultados

**Ocorrências emocionais:**

- Altos níveis de stress, ansiedade e angústia;
- Conflitos de decisão (saúde do bebé - mãe - tratamento - necessidade de antecipar o parto - amamentação);
- Sentimentos de culpa.

**Dificuldades:**

- Gerir os sentimentos (de culpa e preocupação com o sofrimento do bebé);
- Gerir a maternidade e o conflito do diagnóstico na gravidez;
- O isolamento;
- A falta de apoio social.

**Medos e Receios:**

- Medo relacionado com o desenvolvimento normal do bebé;
- Receio de não poder ter mais filhos após o tratamento.

11

## VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING

### Resultados

**Estratégias:**

- Todas tinham uma perspectiva única da experiência do cancro da mama na gravidez, da maternidade, do diagnóstico, do tratamento, prognóstico e problemas familiares, baseando as suas escolhas nas suas crenças, valores e nas experiências de vida.
- O fator que mais influenciou as suas escolhas e reações foram os seus pontos de vista pessoais sobre ter filhos - nascido, *in-utero* e/ou ainda a ser concebido - e se acreditavam que a sua família estava completa.
- Ter mais filhos posteriormente, foi visto como uma maneira de restaurar a identidade ou de voltar ao seu curso de vida.

12

**VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING**

**Resultados**

Outras Vivências:

- As mulheres descreveram que ter um filho após o tratamento para o cancro da mama tem um aspecto psicológico positivo, trazendo um grau de normalidade às suas vidas, melhorando a sua qualidade de vida e dando-lhes esperança para o futuro.
- Houve o relato de uma mulher que sentiu necessidade de ajudar as pessoas que passam por cancro ou outras dificuldades. Ela referiu que não passou apenas pelo cancro da mama, que passou por isso enquanto também se tornava uma nova mãe. E, apesar de reconhecer o quão difícil e assustador tinha sido, queria mostrar a outras mulheres que estavam a passar por uma experiência semelhante, que é possível.

13

**VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING**

**Considerações Finais**

- ▶ Sentimentos de ambivalência entre a maternidade e o conflito do diagnóstico durante a gravidez (papel de mãe e doente);
- ▶ Sobressaem as alterações psicossociais e emocionais;
- ▶ É fulcral que estas mulheres tenham um acompanhamento especializado por uma equipa multidisciplinar;
- ▶ Os profissionais devem estar preparados e capacitados para apoiar e ajudar as mulheres e famílias;
- ▶ Pelos poucos resultados obtidos, urge a necessidade de maior investigação nesta temática.

14

**VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING**

**Bibliografia**

- Gudes, H. B. Dias, M. F. (2017). Gravidez após o cancro da mama: Estado da Arte. *Acta Médica Portuguesa*, p. 818-823. DOI: <https://doi.org/10.20344/ams.8885>
- International Agency for Results on Cancer. Cancer tomorrow. Acedido em 12/02/2019. Disponível em: [http://gco.iarc.fr/tomorrow/graphictype?type=0&population=9008\(mod=population\)&sex=2&cancer=7#page\\_4...&page=valor&ncp\\_male=0&ncp\\_female=0](http://gco.iarc.fr/tomorrow/graphictype?type=0&population=9008(mod=population)&sex=2&cancer=7#page_4...&page=valor&ncp_male=0&ncp_female=0)
- Ives, A.; Masletto, T. B. Saunders, C. (2011). The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer. DOI: 10.1002/pon.1970
- Marques, C. (2017). Patologia cirúrgica na gravidez: cancro e gravidez. In L. Graça, *Medicina Materno Fetal* (pp. 528-540). Lisboa: Lidel.
- Martínez, M. T., Bermejo, B., Hernando, C., Gambardella, V., Cejalvo, J. M., Lluch, A. (2018). Breast cancer in pregnant patients: a review of the literature. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lesjog.2018.04.009>
- Pais, F. (2004). O Impacto da doença oncológica no doente e família. In M. Bilro & A. Cruz (Coords.), *Enfermagem oncológica* (pp. 25-38). Coimbra: Formasau.
- Rees, A. (2016). The Experiences and Perceptions of Women Diagnosed with Breast Cancer during Pregnancy. DOI: 10.4103/2347-5625.189814
- Santos, L. & Lopes, B. (2014). *Cancro da mama - o que devemos saber?*. Lisboa: Lidel.

15

**VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING**



**Obrigado!**

**Autoras:**  
**Patrícia Simões** ([patricia.marina@hotmail.com](mailto:patricia.marina@hotmail.com))  
**Helena Presado** ([mhpresado@esel.pt](mailto:mhpresado@esel.pt))

16

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO: “VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ DURANTE O CANCRO DA MAMA: REVISÃO SCOPING”

A sua opinião sobre esta sessão é muito importante para um processo de melhoria em sessões futuras. Por favor, marque um (X) à frente de cada parâmetro, de acordo com a seguinte escala:

1	2	3	4	5
<b>Nada Satisfatório</b>	<b>Pouco Satisfatório</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Muito Satisfatório</b>	<b>Totalmente Satisfatório</b>

<b>A - Conteúdos e Métodos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Pertinência da sessão					
Interesse/utilidade da temática da sessão					
Conteúdos da sessão					
Estrutura dos conteúdos da sessão					
Adequação dos métodos utilizados na sessão					
Duração da sessão					

<b>B - Dinamizadora</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Domínio e clareza na exposição da temática					
Desempenho					
Estímulo à participação na sessão					

<b>C - Avaliação Global da Sessão</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Concretização dos objetivos propostos					
Esta sessão permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos					
Recomendaria a outros colegas a participação nesta sessão					

<b>D - Sugestões/Comentários/Críticas</b>

**Muito Obrigado!**

**ANEXOS**

**ANEXO I – Aprovação pela Comissão de Ética**

Conselho de Ética   
Comissão de Ética para a Saúde

Prof.   
Prof.   
Prof.   
Prof.   
Prof.   
Prof.<sup>a</sup>.   
Prof.<sup>a</sup>.   
Prof.   
Prof.<sup>a</sup>.   
Prof.   
Dra. F.

Lisboa, 20 de Outubro de 2020

**Aprovado – Approved**

**Projeto: Vivência na Gravidez – Enf.<sup>a</sup> Patrícia Simões.** “Vivência da gravidez durante o cancro da mama.”

Após análise da resposta ao parecer anteriormente emitido pela Comissão de Ética, este projeto foi aprovado, face às modificações introduzidas.

O Presidente da Comissão de Ética,  
*The President of the Ethics Committee,*

**ANEXO II – Síntese do registo das atividades realizadas**

**Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities**

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i>	<u>32</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i>	
▪ Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	<u>264</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor</i>	
▪ Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	<u>42</u>
▪ Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	<u>0</u>
▪ Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>	<u>0</u>
▪ Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	<u>20</u>
▪ Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	<u>6</u>
▪ Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	<u>34</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i>	
▪ Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	<u>42</u>
▪ Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	<u>45</u>
▪ Puerpério/ <i>Puerperium</i>	<u>17</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	<u>115</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy newborn</i> (100)	
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the newborn in need of special care</i>	<u>116</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>	<u>24</u>
	<u>44</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* 2
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 34

10. Prática Simulada/*Simulated Practice*

- Prática Simulada em partos eutócicos/*Simulated Practice eutocic delivery* 4
- Prática Simulada em partos de apresentação pélvica/*Simulated Practice in breech presentation deliveries* 2
- Prática Simulada de episiotomia e iniciação à sutura/*Simulated Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 1
- Prática Simulada na colocação de DIU/IUD *insertion Simulated Practice* 1
- Prática Simulada na colocação de implantes/*Implants insertion Simulated Practice* 0
- Prática Simulada de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation Simulated Practice and colpocytology* 1

Lisboa, 05/06/2021

Estudante/*Student*

Patúcia Simões

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

Prof. Anabela Ferreira dos Santos

**ANEXO III – Participação nas XII Jornadas de Obstetrícia – Por uma  
vida melhor**



# XII Jornadas de Obstetrícia

## Por uma vida melhor...

### Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Patrícia Mariana Braga Simões

Portador(a) doc. de identificação

participou

com a comunicação livro: "Vivência da Gravidez Durante o Caramo da mama: Revisão Scoping,"  
mas: Tendo sido atribuído o 3º Prémio.

"XII Jornadas de Obstetrícia - Por uma vida melhor...", realizadas nos dias 21 e 22 de Novembro de 2019, no auditório da Escola Superior de Saúde de Vale do Ave, Famalicão

A Comissão Organizadora

Famalicão, 22 de Novembro de 2019

**21 E 22**  
**NOVEMBRO**  
**2019**

**E.S.S. Vale do Ave**  
**Famalicão**

**ANEXO IV – Sessões/Formações como formanda sobre o cancro da  
mama e o processo de investigação**

**Open Day Unidade de Mama/ Projeto Editorial "Tenho Cancro. E Depois?" - Viver com Cancro. Quais os desafios?**  
**Entrada gratuita**



Fundação Champalimaud, Avenida Brasília, 1400-038 Lisboa, Portugal

Sexta-feira, 25 de outubro de 2019 das 17:30 às 20:30 (WEST)

Encomenda gratuita

Informações de encomenda

Nome

N.º de encomenda 1112761043. Encomendado por Patricia simoes a 21 de outubro de 2019 17:48



11127610431474965497001

**Informações do evento:**

Muito obrigado por se ter registado. No dia do evento, por favor apresente o seu e-ticket à equipa de acolhimento no local.

Esperamos por si, no Centro Champalimaud em Lisboa, no dia 25 de outubro de 2019.

**Organiza eventos?**

Comece a vender em poucos minutos com o Eventbrite!

[www.eventbrite.com](http://www.eventbrite.com)



Fundação Champalimaud – Centro Cirúrgico

Formação em Serviço



## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

Certifica-se que Patricia Simões esteve presente na Sessão de Formação "Public and Patient Involvement in Biomedical Research", que decorreu no dia 18/09/2019, num total de 1h hora(s).

Enf.<sup>a</sup> Fernanda Conceição,

# CERTIFICADO | CERTIFICATE

## CONTEÚDOS | CONTENIDO | CONTENT

Síntese das funcionalidades e aplicações do webQDA:

- Potencialidades do software de análise de dados qualitativos;
- Aplicação do webQDA na análise de dados não numéricos e não estruturados (texto, vídeo, imagem e áudio);
- Principais áreas e funcionalidades do webQDA: Fontes, Codificação, Questionamento, Gestão, Colaboração, Revisão de Literatura;
- Uso do webQDA em diversas metodologias de investigação, técnicas de análise de dados e conjuntamente com outras ferramentas.

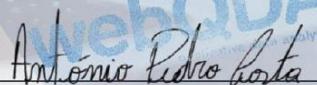
FORMAÇÃO | FORMACIÓN | TRAINING

**webQDA**<sup>®</sup>  
qualitative data analysis

Certifica-se que **Patricia Simões** participou no Webinar "*Análise de dados qualitativos com o apoio do software webQDA*", que decorreu no dia 24 de outubro de 2019, com a duração de 1 hora.

Aveiro, 25 de outubro de 2019

COORDENADOR DA FORMAÇÃO



Prof. Dr. António Pedro Costa

FORMADORA:  
Lucimara Fornari

LICENSED BY:



ENTIDADE DE FORMAÇÃO  
CREDENCIADA E HOMOLOGADA:



# CERTIFICADO | CERTIFICATE

CONTEÚDOS | CONTENIDO | CONTENT

**Webinar**  
**Análise qualitativa e visualização de dados com o webQDA**

FORMAÇÃO | FORMACIÓN | TRAINING

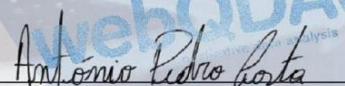
**webQDA**<sup>®</sup>  
qualitative data analysis

**Data: 14 de abril 2020**

Certifica-se que **Patrícia Simões** participou no *webinar “Análise qualitativa e visualização de dados com o webQDA”*, que decorreu no dia 14 de abril de 2020, com a duração de 1 hora.

Aveiro, 21 de abril de 2020

COORDENADOR DA FORMAÇÃO



Prof. Dr. António Pedro Costa

FORMADOR(RES)  
Luiz Rafael Andrade

LICENSED BY:



**cidtff**  
centro de investigação  
“Didática e Tecnologia na Formação de Formadores”

**micro:io**

ENTIDADE DE FORMAÇÃO  
CRENCIADA E HOMOLOGADA:



# CERTIFICADO | CERTIFICATE

CONTEÚDOS | CONTENIDO | CONTENT

**Webinar**  
Qualitative Research in the COVID-19 Era

FORMAÇÃO | FORMACIÓN | TRAINING

**webQDA**<sup>®</sup>  
qualitative data analysis

Date: 13<sup>th</sup> April 2020

We hereby certify that **Patrícia Simões**, participated in the webinar "*Qualitative Research in the COVID-19 Era*", which took place on April 13th, 2020, with the duration of 60 minutes.

Aveiro, April 20th 2020

COORDENADOR DA FORMAÇÃO

*António Pedro Costa*

Prof. Dr. António Pedro Costa

HOSTS:

Dr. Safary Wa-Mbaleka

LICENSED BY:



ENTIDADE DE FORMAÇÃO  
CRENCIADA E HOMOLOGADA:



# CERTIFICADO | CERTIFICATE

CONTEÚDOS | CONTENIDO | CONTENT

**Webinar**  
**webQDA no apoio à análise de conteúdo em**  
**entrevistas**

FORMAÇÃO | FORMACIÓN | TRAINING

**webQDA**<sup>®</sup>  
qualitative data analysis

**Data: 27 de abril 2020**

Certifica-se que Patrícia Simões ,participou no *webinar “webQDA no apoio à análise de conteúdo em entrevistas”*, que decorreu no dia 27 de abril de 2020, com a duração de 1 hora.

Aveiro, 12 de maio de 2020

COORDENADOR DA FORMAÇÃO



Prof. Dr. António Pedro Costa

FORMADOR(RES)  
Miguel Dias

LICENSED BY:



ENTIDADE DE FORMAÇÃO  
CREDENCIADA E HOMOLOGADA:



# CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

*Patrícia Simões*

---

assistiu ao(s) seguintes webinar(s), organizados pela editora PACTOR, inseridos no Ciclo  
“Conversas sobre Investigação Qualitativa”:

**Recolha de dados através da observação > 14 de abril de 2021, com a duração de 00h50.**

**Perspetivas sobre a análise de dados qualitativos > 19 de abril de 2021, com a duração de 00h50.**

**Análise de dados visuais com apoio de software > 21 de abril de 2021, com a duração de 00h50.**

**A fotografia como fonte de investigação nas ciências sociais > 26 de abril de 2021, com a duração de 00h50.**

**Análise narrativa, o caso do desenho infantil > 30 de abril de 2021, com a duração de 1h00.**



---

*Rita Annes*

Diretora Comercial & Marketing



www.pactor.pt  
Editora do Grupo LIDEL