



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

Relatório de Estágio

**Estratégias do Enfermeiro Especialista
no Cuidar da Grávida com Cancro**

Catarina Isabel Godinho Venâncio



**Lisboa
2021**



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

Relatório de Estágio

**Estratégias do Enfermeiro Especialista
no Cuidar da Grávida com Cancro**

Catarina Isabel Godinho Venâncio



Orientador: Professora Doutora Maria Helena de Carvalho Valente

Presado



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos aqueles que, de diferentes formas, contribuíram para a realização do presente relatório.

À Professora Helena Presado, pela disponibilidade, motivação e apoio constantes, ao longo deste percurso académico e principalmente durante a elaboração deste relatório.

Ao meu marido e filho, João e Xavier, obrigado pela compreensão, amor, presença e apoio incondicional mesmo nas horas em que estive tão ausente.

Aos amigos do coração, das férias, aqueles que são também família e principalmente, ao Pedro, que mesmo no seu turbilhão de afazeres conseguiu estar disponível quando foi necessário.

À família, pais e sogros, que tanto apoio deram de diferentes formas e sempre expressaram palavras de encorajamento e motivação.

À minha querida Irina que me acompanhou e ajudou nos momentos finais deste percurso.

Às colegas com quem partilhei muitos momentos nestes últimos dois anos e meio, que se tornaram amigas e que sempre tiveram palavras de incentivo. À nossa Carolina...

Aos professores, colegas e orientadores locais, a todos os que de diferentes formas contribuíram para a realização deste trabalho.

Fica o meu agradecimento sincero a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para o meu desenvolvimento quer pessoal, quer profissional.

“Num momento estava na fase mais feliz da vida dela; no instante seguinte, via o seu mundo desabar, a vida fugir-lhe por entre os dedos. O que iria na sua cabeça? Não dava para imaginar a montanha-russa de emoções.”

(Marques, 2018, p. 11)

LISTA DE SIGLAS

ABCF – Auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais
APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras
BSG – Boletim de Saúde da Grávida
CPNP – Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade
CTG – Cardiotocografia
DGS – Direção Geral de Saúde
FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España
FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
IARC – *International Agency for Results on Cancer*
ICM – *International Confederation of Midwives*
JBI – *Joanna Briggs Institute*
MGF – Mutilação genital feminina
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PPT – Parto pré-termo
RPM – Ruptura Prematura de Membranas
SARS-CoV-2 – Síndrome respiratória aguda grave – coronavírus 2
SPC – Sociedade Portuguesa de Contraceção
SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia
SPMR – Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução
UNICEF – Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância
WebQda – *Web Qualitative Data Analysis*

RESUMO

Apesar de raros, surgem cada vez mais casos de cancro na gravidez, possivelmente pela degeneração celular associada ao aumento da idade materna ou talvez pela exposição ambiental a fatores de risco. Deste modo, o objetivo deste relatório é descrever o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeira especialista nos vários contextos de aprendizagem assim como as estratégias promotoras do cuidar destas mulheres.

A teoria de enfermagem que orienta e sustenta a minha prática de cuidados é “O Modelo de Adaptação” de Callista Roy. Considera-se a grávida um sistema holístico com capacidade de adaptação às diferentes condicionantes da vida e o enfermeiro especialista o agente facilitador dessas mesmas adaptações (Roy & Andrews, 2001).

Centrada na prática baseada na evidência e na questão “Quais as estratégias do enfermeiro especialista no cuidar da grávida com cancro?”. Como metodologia foi realizada a revisão *scoping* de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute* (Aromataris & Munn, 2020) e realizadas entrevistas a 4 enfermeiros.

Verificou-se que a evidência disponível é escassa, os enfermeiros especialistas consideram como principais estratégias utilizadas a comunicação e articulação com outros profissionais, apresentando ainda algumas limitações no cuidar. Conclui-se que é fundamental a realização de reuniões de equipa multidisciplinar e investir na realização de formação e mais investigação.

Palavras-chave: enfermeiro obstetra, competências, cuidar, gravidez, cancro

ABSTRACT

Although rare, the number of women diagnosed with cancer during pregnancy is increasing, perhaps due to cellular degeneration associated with advanced-age pregnancy or caused by environment exposure to cancer risk factors. The key objective of the research here reported is developing both shared and specific competencies for clinical midwife nurse specialists, in all learning aspects, as promoters of well-being when caring for pregnant women with cancer.

The developed practice was guided and theoretically supported by “Adaptation Model of Nursing” from Callista Roy. The pregnant woman is therefore considered a holistic system capable of adapting to the different limitations life presents and the specialist nurse as the facilitating agent of those adaptations (Roy & Andrews, 2001).

Centered in evidence-based practice and questioning which strategies should a specialist nurse employ when caring for a pregnant woman with cancer, we based the methodology for this report in the evidence-based practice, having performed a scoping revision according to Joanna Briggs Institute’s guidelines (Aromataris & Munn, 2020) and four interviews with specialist nurses.

After examining the limited available information on the topic, we concluded that specialist nurses identify communication as a key strategy when caring for expecting women with cancer, along with alignment and cooperation with other Health professionals. Nevertheless, research revealed significant limitations on the current ability to care for these patients. We concluded that multidisciplinary team meetings are paramount and further investment is needed for training and research alike.

Keywords: midwife nurse specialist, competencies, caring, pregnancy, cancer

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1. A gravidez e o cancro	13
2. O Modelo de Adaptação de Roy	16
CAPÍTULO II. OPÇÕES METODOLÓGICAS E PROCESSO DE TRABALHO	20
1. Revisão <i>Scoping</i>	20
2. Da Prática à Evidência.....	24
2.1. Reflexão sobre a prática clínica.....	25
2.2. Identificação das estratégias do cuidar	25
3. Considerações Éticas	27
CAPÍTULO III. REFLEXÃO SOBRE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	28
1. Cuida da mulher inserida na comunidade no âmbito do planeamento familiar, em idade fértil, período pré-concepcional e período pré-natal.....	28
2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.....	34
3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós- natal.....	43
4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.....	47
5. Cuida da grávida a vivenciar um processo oncológico	50
5.1. Estratégias dos enfermeiros especialistas	51
5.1.1 Caraterização Sociodemográfica dos Participantes	51
5.1.2 Identificação das Estratégias do Cuidar	52
5.2. Limitações	59
CAPÍTULO IV. REFLEXÃO FINAL	60

APÊNDICES

APÊNDICE I – PESQUISA NA MEDLINE

APÊNDICE II – PESQUISA NA CINAHL

APÊNDICE III – FLUXOGRAMA

APÊNDICE IV – TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

APÊNDICE V – TABELAS DE ANÁLISE E EXTRAÇÃO DE DADOS

**APÊNDICE VI – TABELA SÍNTESE COM PRINCIPAIS CONCLUSÕES
PARA A REVISÃO *SCOPING***

APÊNDICE VII – GUIÃO DA ENTREVISTA

APÊNDICE VIII – CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE IX – PROCEDIMENTO DE SERVIÇO

APÊNDICE X – FOLHETO INFORMATIVO “SOU MÃE, E AGORA?”

**APÊNDICE XI – FOLHETO INFORMATIVO “FORTALECIMENTO DA
MUSCULATURA DO PAVIMENTO PÉLVICO**

**APÊNDICE XII – COMUNICAÇÃO LIVRE “ESTRATÉGIAS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM
CANCRO”**

**APÊNDICE XIII – CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES
(webQDA)**

APÊNDICE XIV – CÓDIGO ÁRVORE (webQDA)

ANEXOS

ANEXO I – SÍNTESE DE REGISTO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS

**ANEXO II – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “XII JORNADAS DE
OBSTETRÍCIA – POR UMA VIDA MELHOR...”**

**ANEXO III – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM COMUNICAÇÃO
LIVRE**

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Tabela de termos naturais e indexados	22
Tabela 2 Tabela síntese com principais características dos artigos	23
Tabela 3 Caracterização dos participantes.....	52
Tabela 4 Tabela de análise de dados	53
Tabela 5 Tabela de análise de dados relativa à subcategoria “Comunicação”	54
Tabela 6 Tabela de análise de dados relativa à subcategoria “Articulação de Cuidados”	55
Tabela 7 Tabela de análise de dados relativa à subcategoria “Dificuldades” .	56
Tabela 8 Tabela de análise de dados relativa à subcategoria “Conhecimento”	57
Tabela 9 Tabela de análise de dados relativa à subcategoria de “Segurança”	58

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório integrada no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, sendo um dos elementos de avaliação da mesma. Este curso, inicialmente, de Pós-Licenciatura, foi convolado a Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, de acordo com o Despacho nº1482/2010, de 21 de janeiro, com alterações introduzidas pelo Despacho 9990/2019 de 4 de novembro.

O meu percurso profissional esteve sempre muito próximo da doença oncológica, presenciei inúmeras vezes o caminho percorrido pelos utentes desde o diagnóstico da doença até à inevitabilidade da morte. Nos cerca de 4 anos em que exerço funções em sala de partos, deparei-me com algumas mulheres que experienciaram a vivência do cancro e da maternidade simultaneamente. Constatei na minha prática profissional que hoje em dia, apesar de raros, surgem cada vez mais casos de cancro na gravidez e que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica detém algumas limitações no cuidar destas mulheres, que se deveriam encontrar no momento mais feliz das suas vidas e se vêm assombradas por esta doença que limita a vivência da maternidade. Assim, desde há muito que surgiu o meu interesse na temática que irei abordar ao longo deste relatório.

Efetivamente, através de uma prática reflexiva e baseada na evidência científica, assim como pela metodologia de projeto, pretendo enquanto futura enfermeira especialista, desenvolver conhecimentos e competências no sentido de melhorar a minha prestação de cuidados a grávidas com cancro.

O quadro de referência orientador da minha prática é o Modelo de Adaptação de Roy, que considera a pessoa um sistema holístico adaptável e recetor de cuidados de enfermagem (Roy & Andrews, 2001).

De forma a dar resposta ao meu percurso de aprendizagem existem algumas competências que tenciono desenvolver a um nível proficiente, compreendendo a situação na sua totalidade e agindo em conformidade de forma competente e antecipando situações (Benner, 2001). Para isso, delineei como objetivos gerais para este relatório:

- Desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista presentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019), no Regulamento das competências

específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (Regulamento nº391/2019), respetivamente; as competências contempladas no *Essential Competencies for Midwifery Practice* da *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019) assim como as competências do grau de Mestre.

- Desenvolver competências promotoras do cuidar da grávida com cancro.

Relativamente aos objetivos específicos pretendo:

- Cuidar da mulher inserida na comunidade no âmbito do planeamento familiar, em idade fértil, período pré-concepcional e período pré-natal;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, em idade fértil e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- Adquirir conhecimentos relativamente às estratégias dos enfermeiros especialistas no cuidar das grávidas com cancro;
- Identificar as estratégias dos enfermeiros especialistas no cuidar da grávida com cancro;
- Refletir com os enfermeiros especialistas sobre as estratégias do cuidar das grávidas com cancro.

O presente relatório é constituído por 4 capítulos. O capítulo I relativo ao enquadramento conceptual, onde está contemplada a revisão da literatura que sustenta a temática e o quadro de referência que orienta o desenvolvimento da prática de cuidados de enfermagem. O capítulo II integra toda a fase metodológica do relatório, o planeamento do projeto e o mapeamento da literatura através da revisão *scoping*. Segue-se o capítulo III com a reflexão sobre o percurso de desenvolvimento de competências nos diferentes contextos clínicos e na realização deste projeto de aprendizagem. Termina com o capítulo IV, a reflexão final relativa à formação e realização deste relatório e por último as respetivas referências bibliográficas utilizadas.

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo pretende-se realizar uma breve revisão da literatura relativa à temática presente neste relatório seguindo-se uma contextualização relativamente ao quadro teórico que suporta o desenvolvimento da prática de enfermagem ao longo dos diferentes contextos clínicos. Como referem Coelho & Mendes (2011, p.848) “o objetivo de um modelo de enfermagem é a orientação para a prática de enfermagem, fornecendo também uma perspetiva da forma a partir da qual poderemos visualizar e desenvolver o conhecimento disciplina”.

1. A gravidez e o cancro

A gravidez e o parto são processos fisiológicos que para a maioria das mulheres são vividos de forma relativamente saudável. Consideram-se eventos marcantes e complexos na vida de uma mulher, caracterizados pela ocorrência de grandes modificações, físicas, psicológicas e hormonais (Castro, Germano & Ferreira, 2019; Marques, 2016; Lowdermilk & Perry, 2008). Os mesmos autores referem que durante a gravidez a mulher terá de lidar com a aceitação da sua gravidez e a redefinição dos seus papéis enquanto mulher, filha, amiga, profissional, entre outros, como também terá de progressivamente assumir o seu papel parental.

Porém, existem situações clínicas que ocorrem durante a gravidez e que podem ter efeitos prejudiciais para a mulher na vivência da gravidez e na sua adaptação ao papel parental. Assim, o cancro na gravidez poderá tornar-se um desafio para a equipa de saúde que presta cuidados à mulher, nomeadamente para o enfermeiro especialista.

A Direção Geral de Saúde (DGS) refere que nos últimos tempos tem-se verificado a gravidez em idades cada vez mais tardias (DGS, 2015), o que poderá significar um desafio acrescido na vigilância da saúde materno-fetal, traduzindo-se no aumento da probabilidade do desenvolvimento de patologia oncológica.

Efetivamente, a doença oncológica é cada vez mais frequente, prevendo-se que “um em cada três portugueses nascidos na última década terá um diagnóstico de cancro durante a vida” (Simões, 2014, p.71).

A *International Agency for Results on Cancer* (IARC) da Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em Portugal em 2030 haja 13 074 mulheres a morrer com

cancro e que em 2040 existam 14 543 mulheres. Como se pode constatar, um acréscimo significativo a cada 10 anos. Em 2018 houve 25 724 mulheres com cancro, a IARC prevê que em 2030 sejam 28 061 e que em 2040 sejam 29 354 com este diagnóstico. Efetivamente, percebe-se também um aumento significativo da incidência do cancro.

O cancro é uma doença temida, sendo conhecida pelo seu curso silencioso, uma ameaça à vida e ainda, para muitos, sinónimo de morte. Efetivamente, é grande o impacto do diagnóstico no doente e na 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, demonstra a nossa vulnerabilidade e a dificuldade em lidar com situações patológicas, tornando-se um fator potenciador de ansiedade e *stress* (Pais, 2004). Quando surge o diagnóstico da doença oncológica tudo é colocado em causa, a vida e os projetos que pareciam infinitos transformam-se em finitos (Pais, 2004). Assim, a grávida depara-se com uma dualidade de sentimentos, emoções e incertezas que se podem tornar contraditórias e ambíguas, podendo comprometer a adaptação ao papel parental e, concomitantemente, a gravidez comprometer o tratamento do cancro.

As doenças oncológicas distinguem-se “especialmente em termos da sua localização e da rapidez de evolução do seu prognóstico, no entanto partilham de características biológicas comuns.” (Santos, 2006, p.20). A característica comum substancial é o seu rápido e incontável crescimento celular, instigando a célere formação cancerígena (Santos, 2006). Independentemente da sua localização, a incerteza da sua evolução gera certamente sentimentos comuns.

O significado da doença oncológica é próprio e individual, relaciona-se com a idade, com experiências anteriores, com os preconceitos culturais e até com as informações transmitidas pela comunicação social. Claramente, não é encarada como outros tipos de doenças, está muito ligada a imagens e emoções que transmitem perspetivas aterradoras de uma doença mortal e que durante a sua evolução é acompanhada de um sofrimento imenso (Pais, 2004).

Apesar de raros, surgem cada vez mais casos de cancro na gravidez, uma vez que as mulheres têm vindo a protelar a idade da maternidade (Silva & Neves, 2016). Deste modo, vivenciar a gravidez e o cancro são duas experiências contraditórias e muito significativas na vida de uma mulher.

Na maioria dos casos, a gravidez é um momento muito desejado e especial em que a mulher procura fazer o melhor pelo seu bebé e quando se depara com o diagnóstico de cancro podem surgir muitas decisões difíceis de tomar. Como referem Silva & Neves (2016, p. 301) “o diagnóstico de cancro na gravidez desperta sentimentos contraditórios e ambíguos, visto que na mesma pessoa coexiste uma ameaça à própria vida e o desenvolvimento de um feto, que se associa à continuidade da vida.”

A grávida poderá ter de tomar decisões que a afetam a si, mas também a morbilidade e a mortalidade do seu bebé (Ives, Musiello & Saunders, 2012). Efetivamente, a coexistência do cancro e da gravidez levanta um complicado dilema ético e terapêutico (Marques, 2017). As suas decisões serão baseadas nas suas experiências de vida, crenças, valores e necessidades, assim como nas opções de tratamento. Deste modo, a comunicação com um profissional de saúde poderá ter impacto na sua decisão (Ives et al. 2012).

A principal preocupação de uma pessoa que acaba de receber um diagnóstico de cancro é a vida versus a morte (McCray, 2000). Para a grávida esta preocupação poderá tomar proporções gigantescas, na medida em que a perspetiva de vida cresce dentro de si e por outro lado a incerteza sobre o futuro devido à doença poderão ser geradores de sentimentos de medo, ansiedade.

A reação perante a doença é única, por isso cada indivíduo apresenta problemas e preocupações próprias em relação ao diagnóstico e ao tratamento, sendo deste modo a enfermagem dirigida ao cancro um desafio à criatividade, aptidão e empenho do enfermeiro (Pais, 2004). Quando uma mulher se vê confrontada pelo diagnóstico do cancro e até mesmo pelo plano de tratamento, poderá não compreender o que lhe é dito pela sobrecarga de informação, revelando-se essencial a presença do enfermeiro de forma a avaliar a situação e a esclarecer posteriormente a informação (McCray, 2000). É essencial que nesta fase da vida a mulher se sinta apoiada quando recebe este diagnóstico, compete ao enfermeiro especialista orientar para os recursos da comunidade disponíveis e fundamentalmente estar acessível para a escuta das suas dúvidas, receios e preocupações, ajudando na clarificação dos aspetos necessários (Silva & Neves, 2016). O enfermeiro deve demonstrar respeito pela grávida e família, procurar ouvir sem julgar e promover um momento para a mulher contar a sua história. Assim, o enfermeiro poderá ter de repetir a informação,

validar a compreensão e apoiar a tomada de decisão do tratamento e estabelecimento de objetivos (McCray, 2000).

A grávida necessita de cuidados especializados obstétricos. No entanto, esses cuidados devem ser contextualizados no seu processo oncológico, estando preparado para o cuidar holístico centrado nas suas necessidades. Os objetivos dos cuidados de enfermagem obstétrica são proporcionar um nascimento em segurança para o bebé e concomitantemente promover a satisfação da mãe e família relativamente à experiência da gravidez e nascimento (Lowdermilk & Perry, 2008). Assim, é fundamental o desenvolvimento de profissionais com capacidade de cuidar com ações por vezes desconsideradas, como o toque, o estar presente, o esclarecer dúvidas em relação à medicação, à patologia, bem como sinais e sintomas que a grávida demonstre ou poderá apresentar (Luz, Vargas, Barlem, Schmitt, Ramos & Meirelles, 2016). Torna-se verdadeiramente desafiante a prestação de cuidados à mulher com cancro durante a gravidez, sendo de facto urgente os enfermeiros especialistas desenvolverem estratégias que promovam a adaptação da grávida a estes dois momentos da vida que poderão tornar-se ambíguos e complexos.

2. O Modelo de Adaptação de Roy

A teoria de enfermagem sendo norteadora da prática é fundamental para o desenvolvimento de uma enfermagem avançada. O que significa que maior competência para o desempenho centrado numa lógica conceptual com base na inter-relação pessoal, estabelecendo diagnósticos e respondendo às necessidades humanas, transições vividas e maior competência de tomada de decisão conferem características de uma enfermagem avançada (Silva, 2007).

Neste sentido, para orientação do meu desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista, escolhi como teoria de enfermagem “O Modelo de Adaptação de Roy” que considera o indivíduo como um sistema holístico com capacidade de se adaptar a diferentes mudanças, em que o enfermeiro detém a capacidade de promover a adaptação do indivíduo à mudança (Roy & Andrews, 2001).

O “Modelo de Adaptação de Roy” descrito por Roy & Andrews (2001) assenta nas suposições filosóficas da veracidade e humanismo, na teoria geral dos sistemas de von Bertalanffy e na teoria de adaptação de Helson.

Considera-se assim a mulher como um sistema adaptável a diferentes situações de saúde e doença, nomeadamente a vivência da gravidez envolvida por um processo penoso como o cancro, conforme o seu sistema adaptável. Segundo Roy & Andrews (2001, p. 20) “define-se um sistema como um conjunto de partes ligadas para funcionar como um todo, tendo em vista um determinado objetivo, e fá-lo graças à interdependência das suas partes.” Os mesmos autores referem também que sendo um sistema constituído pelo conjunto das partes, é também formado pelas entradas, saídas, processos de resposta e controlo. Deste modo, as entradas relacionam-se com os estímulos que podem ser internos, da própria pessoa, ou externos com origem no meio ambiente que a rodeia, sendo que estes estímulos são responsáveis pelo desenvolvimento e comportamento da pessoa (Roy & Andrews, 2001).

O enfermeiro tem a responsabilidade de identificar as dificuldades, obstáculos e contratempos que surgem e intervir de forma a promover a adaptação da mulher, ou seja, cada pessoa lida de forma diferente com as modificações no seu estado de saúde, e é dever do enfermeiro apoiar positivamente as pessoas a adaptarem-se a estas modificações (Phillips, 2004).

Ao longo da sua vida a mulher vivencia diferentes situações às quais terá que se adaptar, seja a gravidez, os processos de doença ou até a experimentação de diferentes papéis como, por exemplo, o de mãe. Sendo esta a entidade beneficiária de cuidados especializados, o enfermeiro deve desenvolver competências para cuidar da mulher em diferentes momentos da sua vida (Regulamento nº 391/2019).

Neste sentido, a mulher que vive um momento único e especial que é a gravidez, quando se depara com um diagnóstico de cancro deve experienciar um turbilhão de sentimentos como a insegurança, o medo, a ansiedade entre outros que provavelmente vão condicionar a sua adaptação quer à gravidez e ao seu novo papel de mãe como à sua estratégia de lidar e encarar o cancro. Segundo Roy & Andrews (2001) existem diferentes fatores que condicionam a sua adaptação, ou seja, diferentes estímulos como, por exemplo, a família ou pessoa significativa, a cultura, o estágio de desenvolvimento, o psicológico e autoconceito, a fisiopatologia da doença, a cognição e fatores ambientais.

Os estímulos podem ser identificados como focais, contextuais ou residuais (Phillips, 2004). O estímulo focal é o mais significativo com que a mulher se depara no imediato e neste caso o crescimento anormal de células pode condicionar um comportamento adaptável. Os estímulos contextuais são identificados “como sendo

todos os outros estímulos internos e externos evidentes na situação” (Roy & Andrews, 2001, p.49). Por exemplo, uma grávida com cancro que tenha um familiar falecido com cancro poderá desenvolver um comportamento diferente de outra que não tenha. Por último, os estímulos residuais são definidos como a “terceira categoria de estímulos que influenciam o comportamento a ser avaliado” (Roy & Andrews, 2001, p.50). Os mesmos autores referem que estes têm um efeito difícil de avaliar, indiferenciado, no comportamento da pessoa, sendo que quando são possíveis de ser avaliados tornam-se focais ou contextuais.

A mulher que é submetida a diferentes estímulos vivencia paralelamente diferentes transições. O papel maternal é uma das transições que se inicia na gravidez e, como ser holístico que é, a mulher vive a transição para este novo papel condicionada pelo estímulo focal relacionado com o cancro. Para que a transição de papel seja considerada eficaz a mulher demonstra um comportamento adaptável que é caracterizado pela atitude positiva no sentido do objetivo do domínio do papel (Roy & Andrews, 2001).

Os mesmos autores referem que é comum a grávida assumir a transição para o papel maternal com comportamentos expressivos como verbalizar aspetos sobre si mesma como mãe e sentimentos em relação ao bebé. No entanto, para a mulher que experiencia simultaneamente a influência do estímulo do cancro, o seu autoconceito e a sua perceção de si mesma poderão estar alteradas e condicionar o seu papel maternal. Deste modo, a intervenção do enfermeiro implica a observação do comportamento e a gestão de estímulos contextuais identificados (Phillips, 2004). O conhecimento da pessoa, a recompensa pelo comportamento adaptável e a existência e segurança do sistema de apoio são os principais estímulos contextuais associados ao diagnóstico de transição efetiva de papel (Roy & Andrews, 2001).

Assim, o objetivo do enfermeiro especialista que presta cuidados à grávida com cancro “é aumentar os processos de vida positivos e promover a adaptação” (Roy & Andrews, 2001, p.56). As intervenções de enfermagem têm como objetivo manter e aumentar o comportamento adaptável e transformar o comportamento ineficaz de forma a torná-lo adaptável (Phillips, 2004).

O enfermeiro especialista deve prestar cuidados centrados na grávida pois valorizam as suas crenças, os seus valores e têm por base a aquisição de um profundo conhecimento relativo à mulher (McCormack et al. 2015). Pretende-se através do cuidado holístico, do envolvimento pessoal, do conhecimento profundo da

mulher, do cuidar enquanto enfermeira especialista, da escolha informada, da continuidade de cuidados, desenvolver um ambiente terapêutico promotor de resultados que se relacionem com a satisfação da mulher e a sua adaptação, privilegiando assim uma filosofia de cuidados centrados na mulher (OE, 2015).

No decorrer do exercício profissional o enfermeiro especialista assume intervenções autónomas em situações que envolvem processos fisiológicos e processos de vida normais do ciclo reprodutivo da mulher, e intervenções autónomas e interdependentes em situações que envolvem processos patológicos e processos de vida disfuncionais, como no caso da grávida com cancro (Regulamento nº391/2019). Também nesta situação a ICM (2019) refere que é da competência e responsabilidade do enfermeiro especialista detetar e estabilizar complicações no período pré-natal, gravidez, trabalho de parto, parto e pós-natal, assim como encaminhar para outros profissionais quando necessário.

Tal como refere Silva (2007, p. 18), sendo esta afirmação tão atual presentemente, “hoje, os problemas de saúde caracterizam-se pela elevada complexidade”. Assim, o mesmo autor refere que “a análise dos problemas num ambiente multidisciplinar enriquece a qualidade das soluções e, portanto, melhora a qualidade dos cuidados de saúde” (2007, p. 18). Deste modo, o enfermeiro especialista deve estar ciente das suas competências e sensível das suas limitações de modo a promover a multidisciplinidade e conseqüentemente proporcionar melhores cuidados à mulher.

Tendo como objetivo promover a adaptação da grávida com cancro, o enfermeiro especialista deve ser detentor de conhecimentos com base na melhor evidência e desenvolver cuidados holísticos, englobando os valores humanistas e altruístas como nos sugere Watson (2002) como a empatia e o calor humano, considerando todas as dimensões da mulher, promovendo na grávida a expressão e aceitação dos seus sentimentos em relação à sua vivência. Efetivamente, acompanhando de forma continuada a grávida no decorrer do processo de adaptação para que esta consiga atingir um novo equilíbrio e bem-estar.

CAPÍTULO II. OPÇÕES METODOLÓGICAS E PROCESSO DE TRABALHO

Durante o curso foi realizado um projeto de trabalho com o objetivo de agilizar, planejar e organizar todo o processo para o desenvolvimento desta unidade curricular. Foram estabelecidas atividades a desenvolver no decorrer dos diferentes contextos clínicos do curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Como método de organização de trabalho e tendo como finalidade cumprir os objetivos estabelecidos previamente, foi delineado um cronograma das atividades a desenvolver neste projeto. No entanto, sendo dinâmico foi necessário ajustá-lo às necessidades efetivas.

Este capítulo integra a metodologia utilizada na evolução do percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e do 2º ciclo. Inicialmente, apresenta-se a revisão *scoping*. De seguida, o subcapítulo intitulado da prática à evidência com principal enfoque na identificação das estratégias do cuidar e na reflexão sobre a prática clínica. Por último, abordarei os procedimentos éticos.

1. Revisão *Scoping*

De forma a mapear a evidência disponível e com o objetivo de desenvolver os meus conhecimentos e melhorar a minha prática, realizei uma revisão *scoping* que teve como questão de partida: Quais as estratégias do enfermeiro especialista no cuidar da grávida com cancro?

De acordo com a pesquisa realizada nas bases de dados de revisões sistemáticas do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e da *Cochrane*, não foram encontradas até à data revisões *scoping* ou outro tipo de revisão sistemática sobre esta temática.

Para a realização da pesquisa foram definidas como palavras-chave: *nurse; care; pregnancy e cancer*.

Nesta revisão *scoping* os critérios de inclusão foram estabelecidos com base na mnemónica PCC:

P de população: enfermeiros especialistas;

C de conceito: estratégias do cuidar; gravidez; cancro;

C de contexto: não contemplado.

Relativamente à população, esta contempla todos os enfermeiros especialistas que cuidaram de grávidas com diagnóstico de cancro, independentemente da sua localização, ou seja, os enfermeiros especialistas que cuidaram das mulheres que experienciaram a gravidez e o cancro simultaneamente. Considera-se tanto as mulheres que tiveram o diagnóstico do cancro durante a gestação como também as que estavam em tratamento do cancro e descobriram que estavam grávidas. O conceito estratégias do cuidar, relaciona-se com as estratégias do enfermeiro especialista no cuidar da grávida com cancro e a forma como estes promovem a adaptação da grávida com cancro a esta realidade contraditória da sua vida.

No que diz respeito às fontes de informação, esta revisão abrange todos os tipos de estudo sobre as estratégias dos enfermeiros especialistas no cuidar da grávida com cancro.

A estratégia de pesquisa de dados tem como objetivo identificar os estudos existentes relativamente à temática descrita. O processo de pesquisa foi abrangente, com o objetivo de identificar os estudos primários publicados e não publicados (literatura cinzenta), assim como a existência de revisões sistemáticas da literatura na *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *Joanna Briggs Evidence-based Practice Database*. Para a pesquisa de estudos não publicados recorreu-se ao *Google Scholar*.

Assim, como é recomendado pelo JBI (Aromataris & Munn, 2020), a estratégia de pesquisa realizou-se em três etapas. Numa primeira etapa foi realizada uma pesquisa mais limitada em duas bases de dados relevantes para a temática. As bases de dados utilizadas para a realização desta revisão *scoping* são a *MEDLINE* e a *CINAHL*. Desta forma, realizou-se a pesquisa através da plataforma *EBSCOhost*, limitando-se os resultados à *MEDLINE complete* e *CINAHL complete*. Esta pesquisa inicial é então seguida de uma análise das palavras incluídas nos títulos e resumos dos artigos encontrados, assim como os termos indexados utilizados nos artigos.

Na segunda etapa foi concretizada uma pesquisa organizada utilizando o conjunto de palavras-chave e termos de indexação, separadamente nas duas bases de dados. A Tabela 1 reúne os termos, correspondentes às palavras-chave previamente definidas, utilizados durante as pesquisas nas bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*.

Tabela 1 Tabela de termos naturais e indexados

Palavras-Chave	Termo natural	Termo indexado CINAHL	Termo indexado MEDLINE	Termo com truncatura
Nurse	Nurse	Nurse	Nurse Specialists	Midwi*
	Midwife	Midwives Nurse Midwifery Service Midwifery	Nurse Midwives Midwifery	
Care	Care	Nursing Care	Prenatal Care	
	Nursing Care	Plans	Nursing Care	
	Prenatal Care	Oncologic Care	Patient Care	
	Oncologic Care		Perinatal Care	
Pregnancy	Pregnancy	Pregnancy	Pregnancy	Pregnan*
Cancer	Cancer	Neoplams	Neoplams	

Quando realizada na base de dados *MEDLINE* verificaram-se quais os termos indexados possíveis para cada uma das palavras-chave, o seu termo natural, a pesquisa de termos com truncatura e posteriormente a sua agregação com o operador booleano *OR*. Após a agregação destes termos para cada palavra-chave foi realizada uma pesquisa com a associação das mesmas com o operador booleano *AND*. O processo de pesquisa encontra-se em apêndice I. Seguidamente, foi realizada a pesquisa na base dados *CINAHL* utilizando os mesmos termos escolhidos para a *MEDLINE*, repetindo-se todo o processo de agregação e associação. O processo de pesquisa encontra-se em apêndice II.

Os artigos encontrados foram selecionados de acordo com a sua relevância para a revisão *scoping* através da análise da informação contida no título e no resumo. Foram considerados os artigos completos que satisfaziam os critérios de inclusão definidos para a revisão *scoping*, bem como os artigos com o idioma Português e Inglês. No entanto, é relevante destacar que só foram encontrados resultados para artigos em inglês.

Não foram utilizados limitadores temporais com o intuito de tornar a pesquisa o mais abrangente possível, incluindo todos os artigos relevantes para esta revisão, dado que o tema da gravidez e do cancro ainda é pouco frequente, apesar de ter vindo a aumentar recentemente.

De forma a compreender a estratégia de pesquisa e inclusão dos artigos poderá analisar-se o fluxograma que se encontra em apêndice III. Da pesquisa na base de dados *CINAHL* resultaram 69 artigos e da *MEDLINE* 67. Após a remoção de artigos duplicados resultou um total de 118 artigos, dos quais foram selecionados 10. Após leitura dos títulos e resumos, apenas 3 respondiam aos critérios de inclusão da *scoping*.

Foram realizadas várias pesquisas nas duas bases de dados em diferentes momentos do curso, sendo que este relatório inclui a última pesquisa realizada, por ser a mais atual e completa.

Na terceira e última etapa foram pesquisados estudos adicionais através da análise das referências bibliográficas dos artigos encontrados.

Relativamente à extração de resultados, os dados foram obtidos dos artigos incluídos nesta *scoping* através de uma tabela que se encontra em apêndice IV, elaborada pela autora desta revisão e que, de acordo com as orientações metodológicas do JBI (Aromataris & Munn, 2020), foi revista pela orientadora com objetivo extrair os dados relevantes de forma a mapear a evidência existente relativa às estratégias dos enfermeiros especialistas no cuidar da grávida com cancro.

Nesta revisão *scoping* foram incluídos 3 artigos, encontrando-se a sua análise e extração de dados em apêndice V.

De acordo com a metodologia do JBI (Aromataris & Munn, 2020), foram criadas duas tabelas de modo a sintetizar a informação relativa a cada um dos artigos da revisão *scoping*; a tabela síntese com as principais características dos artigos (tabela 2) e a tabela síntese com as principais conclusões da sua análise (apêndice VI).

Tabela 2 Tabela síntese com principais características dos artigos

Parâmetros	Resultados	
Número de publicações por intervalo de anos	2005-2010	1
	2011-2015	1
	2016-2020	1
País de Origem	Inglaterra	1
	Estados Unidos da América	1
Área de Estudo	Japão	1
	Medicina	3

A evidência demonstrou que a característica fundamental dos enfermeiros na promoção da adaptação da grávida/mulher ao cancro se encontra relacionada com a capacidade de comunicação. Verificou-se que é fundamental a transmissão de informação clara e essencial. O enfermeiro especialista é responsável por fornecer apoio e informação à mulher e família (Roberts, Rezai, & Edmondson, 2007). Nas situações em que a mulher é cuidada por uma equipa multidisciplinar, é fundamental a existência de um elemento de referência, um gestor de caso, para a mulher e família, para que a informação não seja dispersa e contraditória e que seja também um elemento de ligação entre a equipa e mulher (Roberts et al., 2007). Kozu, Masujima & Majima, T. (2020) referem que o papel do enfermeiro na prestação de cuidados a grávidas com cancro é garantir que estas mulheres tenham acesso a canais contínuos de comunicação e lhes seja oferecida oportunidades de diálogo aberto. Outra estratégia fundamental enfatizada pelos mesmos autores, relaciona-se com o papel do enfermeiro em capacitar as grávidas a expressar os seus pensamentos e necessidades à equipa médica e à sua família.

A gravidez parece potenciar um sentimento de negação relativo ao diagnóstico de cancro e as mulheres necessitam de reforço constante da informação, tornando a tomada de decisão difícil quer para a mulher, quer para a família (Roberts et al., 2007). Kozu et al. (2020) defendem que a tomada de decisão em grávidas com cancro resulta da interação entre o feto, equipa médica e familiares e que a incerteza e redefinição das próprias decisões das mulheres continuam após a tomada de decisão.

Verifica-se uma preocupação com o controlo dos efeitos secundários dos tratamentos, nomeadamente da quimioterapia, que por vezes, se podem confundir com desconfortos da gravidez. Lishner et al. (2016) defendem que os enfermeiros devem estar atentos aos mesmos e proporcionar técnicas e terapêutica para a prevenção e alívio dos sintomas.

2. Da Prática à Evidência

A prática baseada na evidência tem vindo a ser desenvolvida de forma cada vez mais consciente pela enfermagem. No que diz respeito ao desenvolvimento de competências, como futura enfermeira especialista é fundamental integrar uma prática de enfermagem avançada com diferentes fontes de conhecimento: a evidência da investigação, a experiência profissional, a experiência e os valores pessoais do utente

e o contexto de cuidados (Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson & McCormack, 2004). Com base nestes pressupostos, conseguirei não só contribuir para o desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista, mas também dar visibilidade à enfermagem e contribuir para o seu crescimento efetivo enquanto disciplina. É fundamental que o enfermeiro esteja consciente do seu valor, assim como do que pode acrescentar em termos de valor à sua prática de modo a que o contributo individual potencialize os contributos coletivos e ambos se fortifiquem (Franco & Henriques, 2013).

Neste sentido, proponho desenvolver uma reflexão contínua e sistemática do processo de aprendizagem nos vários contextos da prática clínica bem como a identificação de estratégias do cuidar de grávidas com cancro.

2.1. Reflexão sobre a prática clínica

Nos diferentes contextos clínicos, e tendo por base a prática baseada na evidência, partilhei com os profissionais do serviço os resultados da revisão *scoping* em diferentes momentos, quer formais, quer informais. Deste modo, foram promovidos momentos de partilha de experiências da prática e reflexão individual e também em equipa.

De forma a dar visibilidade ao trabalho já desenvolvido, procurei divulgar os resultados da revisão *scoping* e apresentar uma comunicação livre numa jornadas de obstetrícia.

A realização de estágios em diferentes contextos clínicos permitiu uma diversidade de experiências e contactos próximos com colegas com diferentes experiências profissionais e diferentes visões sobre a temática que se revelaram importantes na reflexão sobre o meu desenvolvimento pessoal assim como no desenvolvimento de competências especializadas.

2.2. Identificação das estratégias do cuidar

Através da revisão *scoping* percebeu-se que a evidência disponível sobre a temática escolhida é escassa. Pretende-se identificar as estratégias promotoras na adaptação da vivência simultânea do cancro e gravidez, utilizadas pelos enfermeiros especialistas. Como método de colheita de dados foram realizadas entrevistas

semiestruturadas aos enfermeiros especialistas que aceitaram colaborar neste projeto e que prestaram cuidados a grávidas com cancro em qualquer fase da gravidez.

A seleção dos participantes foi não probabilística por redes, um método no qual os entrevistados recrutados inicialmente sugerem, a pedido do investigador, os nomes de outras pessoas que lhe parecem adequados para participar no estudo (Fortin, 2009). Assim, houve um primeiro contacto da investigadora com uma enfermeira especialista, que por sua vez indicou outra colega que teria experienciado a prestação de cuidados a grávidas com cancro. Foi realizado um contacto com esta, que se disponibilizou a colaborar na entrevista e que conseqüentemente forneceu contactos de outras colegas.

Na elaboração do projeto foi realizado o guião da entrevista que se encontra em apêndice VII.

A entrevista permitiu o contacto direto com os enfermeiros especialistas, assim como a obtenção de inúmeras informações sobre a experiência individual de cada um relativamente à temática em estudo (Fortin, 2009).

Esta abordagem qualitativa proporcionou uma compreensão ampla dos fenómenos sociais no seu contexto, permitindo a sua visualização através de diferentes perspetivas e de uma forma holística (Litva & Jacoby, 2004).

Mediante autorização prévia, foi realizado um registo áudio no decorrer da entrevista, de forma a posteriormente analisar e transcrever o seu conteúdo. Seguidamente procedeu-se à análise dos dados transcritos com base em Bardin (2016) que, sucintamente, prevê que esta seja realizada em 3 fases distintas.

Numa primeira fase realizou-se a pré-análise, que consiste na organização das ideias iniciais com base na escolha dos documentos a serem analisados, na formulação das hipóteses e objetivos e na criação de indicadores que sustentem a interpretação final. Seguiu-se a exploração do material que consiste fundamentalmente na realização de operações de codificação, decomposição ou enumeração, com base em regras previamente formuladas (Bardin, 2016).

Com base no enquadramento conceptual e no quadro de referência, foram criadas categorias e subcategorias de codificação. No entanto, após a leitura detalhada do registo das entrevistas emergiram outros indicadores que foram também integrados na análise de dados.

Por último, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos consiste no tratamento dos dados de forma a serem relevantes para o estudo (Bardin, 2016).

Para facilitar a análise de dados recorreu-se ao *software Web Qualitative Data Analysis (WebQda)*. Neste foram introduzidas as entrevistas previamente transcritas e posteriormente codificados os achados relevantes nas categorias, subcategorias e indicadores correspondentes.

3. Considerações Éticas

A preocupação com os princípios éticos remota a 1949 com o Código de *Nuremberg*, constituído pelos 10 princípios éticos para a prática de cuidados de saúde, mas é com a declaração de Helsínquia que a ética ganha reconhecimento universal para todos os investigadores na área da saúde (Diniz & Corrêa, 2001).

Assim, na prestação de cuidados, tal como em investigação, é fundamental considerar e respeitar os princípios éticos que são: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações e dados pessoais; o respeito pela justiça e pela equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes e a potencialização das vantagens (Fortin, 2009). Por conseguinte, de forma a salvaguardar a confidencialidade e anonimato dos participantes do estudo assim como o seu consentimento livre e esclarecido foi elaborado um documento que se encontra em apêndice VIII. Este documento foi entregue previamente a cada um dos participantes e esclarecidas todas as dúvidas. Só após a assinatura foi agendada e realizada a entrevista com gravação áudio. Está também garantida a proteção no tratamento de dados pessoais e a livre circulação dos mesmos com base na Lei n.º 58/2019.

Considero que no decorrer da prática clínica integrei sempre o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2018), respeitei o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015), princípios éticos e fundamentalmente as expectativas da mulher/casal, no sentido da prestação de cuidados de excelência centrados nestes.

Foi também solicitado parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e garantida a sua aprovação a 13 de fevereiro de 2020, através do processo nº 07/2019/CE.

CAPÍTULO III. REFLEXÃO SOBRE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Durante o seu ciclo vital a mulher sofre diferentes alterações para as quais o enfermeiro especialista deve estar preparado, exercendo o papel de agente facilitador na adaptação da mulher. Neste capítulo pretende-se descrever e refletir sobre os diferentes momentos que permitiram o meu crescimento e desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista e presentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019), no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstetrícia (Regulamento nº391/2019), assim como no documento *Essential Competencies for Midwifery Practice* (2019) da ICM.

Apresentei-me sempre pelo nome, como estudante, e procurei desenvolver o meu percurso com base na evidência científica e no meu referencial teórico, o Modelo de Adaptação de Roy. Ou seja, através do processo de enfermagem e da identificação de estímulos focais e contextuais, considerando a mulher/família como um sistema holístico, procurei a promoção do comportamento adaptável (Roy & Andrews 2001).

Assim, este capítulo está organizado em cinco subcapítulos em que irei abordar os cuidados à mulher/família ao longo do seu ciclo vital e de acordo com as competências desenvolvidas em diferentes contextos clínicos. O último subcapítulo relaciona-se com os cuidados à grávida com cancro, sendo este o principal enfoque deste relatório.

Em anexo I apresento a síntese de registo das atividades práticas realizadas durante o estágio com relatório.

1. Cuida da mulher inserida na comunidade no âmbito do planeamento familiar, em idade fértil, período pré-concepcional e período pré-natal

Esta primeira competência foi desenvolvida em diferentes contextos clínicos. Em contexto de cuidados de saúde primários, deparei-me com adolescentes que recorreram pela primeira vez à consulta, ávidas de informação relativa a métodos contraceptivos. Procurei promover a prevenção das infeções sexualmente

transmissíveis, assim como o seu autocuidado, promovi a análise de alguns folhetos informativos disponíveis no contexto local e esclareci as dúvidas da utente. Expliquei a correta utilização do preservativo e pílula e validei com a utente a compreensão da informação. Tive, portanto, a oportunidade de lhes proporcionar informação clara, de realizar educação para a saúde e de as capacitar para a tomada de decisão consciente e informada. Procurei promover a vivência positiva da sexualidade, indo assim de encontro ao desenvolvimento de um comportamento adaptável (Roy & Andrews, 2001).

Constateei dois casos de utentes entre os 40-50 anos a realizar anticoncepção com terapêutica hormonal injetável há demasiado tempo e que não estavam esclarecidas relativamente aos efeitos secundários deste método contraceutivo. Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG), a Sociedade Portuguesa de Contraceção (SPC) e a Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR), a utilização da contraceção hormonal injetável de forma continuada pode causar uma diminuição da densidade mineral óssea que, mesmo que reversível após a suspensão, pode representar um risco para as mulheres numa fase da vida que antecede o climatério (SPG, SPC & SPMR, 2011). O risco destas mulheres desenvolverem osteoporose aumenta pela diminuição dos estrogénios (SPG, 2016). Assim, como futura enfermeira especialista, no decorrer da consulta de enfermagem consegui promover um comportamento adaptável (Roy & Andrews, 2001), no sentido de as utentes minimizarem os seus riscos e consequentemente promoverem a sua saúde, agendando a mudança de método contraceutivo.

Neste contexto de aprendizagem, participei na “Comemoração do Dia Internacional para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres”, assisti também a uma formação em serviço relativamente à mutilação genital feminina (MGF) apresentada por uma médica e uma enfermeira de uma Unidade de Saúde Pública. A MGF é vulgarmente identificada por corte ou fanado, e trata-se da realização de qualquer procedimento que altere de alguma forma os órgãos genitais sem motivo médico (DGS, 2012). Esta temática tem vindo a ser trabalhada ao longo dos últimos anos por diferentes instituições e do trabalho conjunto de diferentes profissionais surge a elaboração do “Protocolo Integrado para a intervenção na MGF 2019”, que foi apresentado no âmbito desta comemoração. A formação realizada possibilitou-me a consciencialização desta realidade e proporcionou-me momentos de reflexão sobre a importância de perceber e conseguir identificar os diferentes tipos de MGF. É

necessário estar desperta para a identificação destas situações de forma a poder iniciar o trabalho que é necessário com estas mulheres. As consequências psicológicas da MGF são mais complicadas de investigar do que as físicas, as mulheres submetidas a esta prática revelam sentimentos de ansiedade, humilhação e terror (Néné, Mendes & Carteiro, 2016). Segundo as autoras (2016, p. 101) “são ainda descritos sintomas de stress pós-traumático, como insónia, pesadelos, perda de apetite, perda ou ganho de peso excessivo, pânico, dificuldades de concentração e aprendizagem e, ainda, perda de memória.” Considero essencial capacitar as mulheres para as complicações associadas à prática da MGF e alertar para que estas mulheres não permitam que as suas filhas sejam submetidas a tal ato. É crucial esclarecer relativamente às complicações associadas pois, por mais cultural que seja, qualquer mãe protege a sua filha. É assim importante proporcionar informação clara a estas mulheres, pois podem surgir complicações imediatas como a dor intensa, hemorragia, choque hipovolémico, infeções por diferentes agentes e até a morte. Urge ainda informar sobre as complicações futuras, como as alterações uro-ginecológicas e as sequelas psicológicas (DGS, 2012).

Realizei consultas a mulheres/casais que pretendiam engravidar e recorriam à consulta pré-concepcional, tendo realizado educação para a saúde relativamente a hábitos de vida saudáveis. Este momento é fundamental para corrigir comportamentos de risco de forma a proporcionar um equilíbrio antes do início da gravidez, uma vez que as primeiras oito semanas de desenvolvimento embrionário são as mais suscetíveis aos efeitos nefastos de agentes externos (Guerreiro & Dias, 2016). Desta forma, a mulher/casal de forma esclarecida e consciente podem realizar as alterações necessárias no seu estilo de vida com o objetivo da promoção do desenvolvimento saudável do feto e do bem-estar materno, tornando-se assim, a mulher, responsável pelos seus comportamentos e ações. Muitas mulheres só descobrem que estão grávidas depois de ocorrer o desenvolvimento embrionário, se lhes for possível modificar comportamentos nocivos previamente à gravidez conseguem minimizar os efeitos das múltiplas agressões externas no período mais vulnerável do desenvolvimento (Lowdermilk & Perry, 2008).

No decorrer do estágio com relatório concretizei consultas de vigilância da gravidez nos diferentes trimestres. Considera-se que a vigilância pré-natal tem melhorado substancialmente a morbilidade e mortalidade quer maternas, quer fetais (DGS, 2015). Efetivamente, constatei uma preocupação da parte das mulheres com a

sua saúde e do feto, procurando cumprir a vigilância da gravidez. Se no período pré-concepcional se nota uma preocupação com a alteração de comportamentos menos saudáveis em prol do desenvolvimento fetal, verifica-se que nesta fase as mulheres estão ansiosas por informação. Tal comportamento é demonstrativo de uma transição de papel maternal eficaz (Roy & Andrews, 2001). E é este comportamento adaptável que se pretende que o enfermeiro especialista promova com as suas intervenções.

Numa destas consultas realizadas, durante a anamnese, identifiquei que a grávida era uma jovem fumadora, com uma alimentação rica em hidratos de carbono. Eduquei no sentido de favorecer a sua literacia em saúde relativamente à importância de uma alimentação saudável e dos efeitos nocivos do tabaco para o feto. No decorrer da consulta, a grávida conseguiu realizar um esquema alimentar adaptado às suas necessidades e procurei o envolvimento da família, a mãe da grávida e o pai do bebé, que também se encontravam-se presentes e prontificaram-se a participar na elaboração das refeições e atenuar as tarefas diárias. Relativamente ao consumo de tabaco, a grávida mencionou que poderia ser prejudicial ao desenvolvimento do seu bebé e que tinha diminuído o seu consumo. Concretizei o reforço positivo e, uma vez que segundo a DGS (2015) é um direito da grávida ser informada acerca dos malefícios do consumo de tabaco, evidenciei os riscos de que “fumar durante a gravidez diminui a perfusão placentária” (Lowermilk & Perry, 2008, p. 81) aumentando o risco de aborto, parto prematuro, morte fetal, baixo peso à nascença, e síndrome de morte súbita do lactente (DSG, 2015). Procurei adequar a linguagem, demonstrar disponibilidade para algum esclarecimento e validei a compreensão de informação. A utente referiu a intenção de não voltar a fumar.

Considero que prestei cuidados centrados no cliente (grávida/família), priorizando os seus desejos e necessidades, permitindo que a mulher de forma esclarecida fosse envolvida na tomada de decisão tornando-se assim parceira nos cuidados (Torgal, 2016).

Nas consultas de vigilância da grávida procedi à realização de exames pré-natais, nomeadamente a auscultação dos batimentos cardíacos fetais (ABCF) e avaliação da altura uterina; ao preenchimento do boletim de saúde da grávida (BSG), pois nele consta toda a informação relevante sobre o bem-estar materno-fetal. O BSG permite também assegurar a continuidade dos cuidados entre as diferentes instituições que prestam cuidados à grávida, nomeadamente os cuidados de saúde primários e hospital, revelando-se assim uma excelente fonte de informação.

O contexto de cuidados de saúde primários possibilitou-me também a participação no curso de preparação para o nascimento e parentalidade (CPNP) que tem como objetivo “desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho” (DGS, 2015, p.63). Considero ainda que, para além de promover a sua transição e adaptação ao papel parental, contribui para a vivência positiva da gravidez, trabalho de parto e parto.

A equipa do CPNP era constituída pela enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, sendo esta a responsável pelo mesmo, por uma secretária clínica, enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, enfermeira com curso de massagem infantil, dois psicólogos clínicos, e uma técnica superior de serviço social. Esta diversidade valoriza muito as sessões uma vez que os profissionais são especializados em diferentes áreas, estando assim capacitados a instruir estes casais nas diferentes temáticas abordadas no curso. As sessões em que participei relacionaram-se com os exercícios respiratórios durante o trabalho de parto e parto, posições a adotar pelas grávidas em trabalho de parto, parto e recuperação pós-parto, nomeadamente a realização de exercícios hipopressivos.

No CPNP é abordado o tema do plano de parto, onde constam os desejos e planos da grávida/casal para o momento do nascimento do seu filho. Assim, as grávidas/casal são empoderados a construir o seu plano de parto de forma clara e informada para que tudo decorra de acordo com os seus desejos. No entanto, tal como refere a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) e a Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), é fundamental esclarecer e validar com as grávidas/casais que os planos de parto não devem ser rígidos, mas dinâmicos e adaptáveis às diferentes situações clínicas para que estes possam gerir as suas expectativas em relação ao mesmo (APEO & FAME, 2009).

No contexto de Medicina Materno-fetal deparei-me com situações difíceis de gerir como a perda gestacional, percebi as minhas limitações pessoais como mulher e como mãe, percecionei o luto de mulheres em diferentes idades gestacionais. A perda gestacional é um evento traumático e com impacto significativo na vida dos casais (Serrano, 2017). Houve uma situação em particular que me marcou, de uma mulher com diagnóstico de morte fetal às 32 semanas em que foi induzido o trabalho

de parto, mas por uma hemorragia maciça foi submetida a uma cesariana emergente. Ao longo do internamento, e durante a indução, consegui desenvolver uma relação empática e foram-se trabalhando aspetos importantes para ela, como ver a sua bebé. Não obstante, já no bloco de partos pela emergência da situação, a mulher foi submetida a anestesia geral e no pós-operatório o marido não permitiu que lhe fosse dada esta oportunidade. Senti-me impotente nos cuidados que prestei a esta senhora, mas refletindo e ao colocar-me no lugar do outro percebi que a consegui ajudar, estive disponível, escutei-a, e apoiei-a, senti que fiz a diferença neste processo de luto, pois assim o evidenciou no dia da alta. Segundo Lemos & Cunha (2015) as mulheres ficam física e emocionalmente frágeis e necessitam de suporte, atenção e de uma rede de apoio, tornando-se fundamental o reconhecimento do luto materno por parte dos profissionais de forma a proporcionar espaço para que estas possam expressar os seus sentimentos e angústias. Deste modo, percebi as minhas limitações e discuti a situação com enfermeira orientadora no sentido de a puérpera ser referenciada para a consulta de psicologia que teve início ainda durante o internamento.

Já no final do estágio com relatório, em contexto de sala de partos, voltei a prestar cuidados a outro jovem casal que enfrentou a morte fetal. A grávida com cerca de 20 anos, primeiro filho, 31 semanas e 1 dia, realizou ecografia do terceiro trimestre que apresentava alterações de fluxometria e é então encaminhada à urgência. Quando deu entrada na urgência deparou-se com o diagnóstico de morte fetal e fica internada no serviço de medicina materno-fetal para indução do trabalho de parto. É transferida para a sala de partos para realizar terapêutica analgésica por se encontrar muito queixosa. Na admissão, percecionei o seu sofrimento, não era apenas a dor física do trabalho de parto. Tal como referem Lemos & Cunha (2015), o processo de perda é único e individual, sendo essencial a compreensão da dor e do sofrimento sob uma perspetiva singular que exige a expressão de sentimentos dolorosos. Naquela noite, para além de me mostrar disponível para aquele casal, respeitei o seu espaço. Apesar do momento difícil para todos, considero que foi um privilégio acompanhar aquela mulher/casal no trabalho de parto e parto, ela pediu-me para não ver o seu bebé, no entanto o pai quis despedir-se do seu filho. Vesti o bebé, envolvi-o com a mantinha e mostrei-lho. Apesar do meu constrangimento pessoal, porque me é difícil lidar com a morte, senti-me tranquila por ter conseguido proporcionar ao casal o que desejaram naquele momento e senti que transmiti também a tranquilidade que precisavam. Efetivamente a perda, poderá tornar-se um prolema de adaptação, sendo

deste modo fundamental proporcionar intervenções de enfermagem que conduzam ao comportamento adaptável e à vivência de um luto saudável (Roy & Andrews, 2001). A participação e o apoio dos familiares, assim como dos profissionais de saúde que acompanham a mulher durante o internamento, são norteadores do significado atribuído à perda pelas mulheres (Lemos & Cunha, 2015). Segundo Serrano (2017), a compreensão da causa do acontecimento é fundamental para o processo de luto da mulher/casal, no entanto em cerca de 40-60% dos casos de perdas dos 2º e 3º trimestres, não é possível identificar a causa.

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

Esta competência foi desenvolvida, fundamentalmente, em contexto de sala de partos e foram inúmeras as situações de aprendizagem e crescimento.

Devo evidenciar que este estágio teve uma interrupção prolongada devido à pandemia vivenciada durante o ano de 2020 e um desenrolar comprometido pela mesma. Considero que o facto de os profissionais de saúde permanecerem de forma constante com máscara e por vezes com equipamento de proteção individual adicional poderá tornar-se uma barreira ao desenvolvimento da relação terapêutica com a grávida/família. Na minha prestação de cuidados, para além de me apresentar como estudante e pelo nome, como já referi anteriormente, procurei sempre explicar o porquê destas medidas e da segurança dos utentes e profissionais, percecionando neste sentido tranquilidade por parte da mulher que, na maioria dos casos, também se encontrava ansiosa pela sua situação em contexto de pandemia.

O bloco de partos onde realizei o estágio é constituída por 7 quartos individuais onde a mulher/família permanece desde a admissão até à transferência para o internamento. Um destes quartos está completamente equipado com ventilador e material de anestesia, onde por vezes se realizam procedimentos cirúrgicos como a curetagem, drenagem e marsupialização da glândula de Bartholin, drenagem cirúrgica de abcessos da mama ou até mesmo cesarianas emergentes quando a sala de bloco operatório se encontra ocupada. Existe uma sala de bloco operatório para a realização das cesarianas e outras situações como partos gemelares, cerclages ou outros procedimentos cirúrgicos. Por último, importa referir um outro quarto onde a mulher

realiza o puerpério imediato e recobro anestésico após a intervenção a que foi submetida.

A população à qual prestei cuidados foi bastante diversificada, rica na sua multiculturalidade, diferentes níveis de escolaridade e até de literacia em saúde. Procurei sempre individualizar e personalizar os cuidados de acordo com as necessidades da mulher/família.

Após a passagem de turno onde registava os principais factos transmitidos pelos colegas relativos às parturientes internadas, consultava o seu processo, nomeadamente o partograma e BSG, no sentido de complementar a informação recebida. Verificava o nome pelo qual pretendia ser chamada, antecedentes pessoais, alergias, grupo de sangue, índice obstétrico, história obstétrica, análises e ecografias, serologias e pesquisa de exsudado vaginal e retal para pesquisa de Estreptococos B, história da gravidez atual, assim como toda a evolução do seu internamento desde a admissão. Atualizava e complementava sempre que necessário os registos do partograma, assegurando assim a continuidade dos cuidados prestados. Neste, para além das informações já referidas, pode-se visualizar a representação gráfica do trabalho de parto, a classificação da cardiocotografia (CTG), integridade da bolsa amniótica, ou tipo de rutura e características do líquido, parâmetros vitais maternos, tipo de analgesia, mobilidade, ingestão e eliminação, assim como todos os aspetos que se considerem importantes para assegurar a continuidade dos cuidados centrados na mulher/família. Para Prada & Rafael (2016), o partograma tem tido uma evolução significativa ao longo dos anos e cada instituição tem a sua própria adaptação e diferentes filosofias de cuidar. No entanto, o objetivo final será sempre o melhor bem-estar materno-fetal e que a grávida/casal consiga atingir as suas expectativas neste processo.

De seguida apresentava-me às mulheres/famílias pelas quais ficava responsável juntamente com a enfermeira especialista orientadora local. Prestei cuidados centrados na mulher, promovendo a sua adaptação a esta nova vivência, nomeadamente a transição eficaz para o papel maternal e procurando corresponder às suas expectativas e/ou plano de parto. Deparei-me com algumas grávidas com plano de parto, o qual procurei sempre cumprir. Não obstante, “o parto pela sua natureza é um evento impossível de prever e onde tudo pode mudar de repente” (Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2017, p.3). Assim sendo, a grávida deve encarar o seu plano de parto como um conjunto de

desejos e não como um conjunto de regras a serem seguidas de forma inflexível (Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2017). Quando assim não era possível, esclarecia a parturiente e validava expectativas para que de alguma forma se cumprissem os desejos da mulher/família.

Quando a grávida é admitida no bloco de partos, tem direito a ser acompanhada por uma pessoa significativa. No entanto, no contexto clínico onde desenvolvi o estágio, no serviço de urgência de obstetrícia, a grávida e o acompanhante são submetidos à colheita de zaragatoa para a pesquisa de síndrome respiratória aguda grave – coronavírus 2 (SARS-CoV-2), sendo permitida a entrada do acompanhante, apenas, após o resultado de teste negativo. Percecionei que esta situação provoca na mulher sentimentos de ansiedade pela incerteza de o acompanhante estar presente no momento do parto. Segundo a APEO & FAME (2009), a presença de uma pessoa próxima melhora a fisiologia do parto assim como a confiança materna, reduzindo assim os efeitos indesejados do medo e do stress associado ao trabalho de parto. Souza & Gualda (2016) verificaram que, na perspectiva da mulher, um dos principais aspetos do parto humanizado é a presença do acompanhante. No contexto anterior à pandemia, para além de ser permitida a presença constante de um acompanhante principal, era ainda possibilitada à mulher a troca de acompanhante por 2 vezes, permitindo assim a presença constante de alguém significativo.

Prestei cuidados à mulher desde a admissão e acolhimento à sala de partos até à sua transferência para a unidade de internamento. Monitorizei trabalhos de partos em diferentes estádios. Segundo Fatia & Tinoco (2016), o trabalho de parto divide-se em quatro estádios, com diferentes particularidades, que se denominam: primeiro estágio (apagamento e dilatação), segundo estágio (período expulsivo), terceiro estágio (dequitação), quarto estágio (puerpério imediato).

Deste modo, tive o privilégio de acompanhar a vigilância de trabalho de parto de 119 mulheres durante o primeiro estágio. Segundo Fatia & Tinoco (2016), este primeiro estágio foi dividido por Friedman em duas fases, a latente que compreende o apagamento do colo e o início da dilatação entre os 0 e os 4 cm e pode demorar mais de 6h na primípara, e a fase ativa que contempla a dilatação entre os 4 e os 10 cm. No entanto, a OMS (2018) em “*Intrapartum care for a positive childbirth experience*”, após análise de diferentes estudos, considera o início da fase ativa aos 5 cm de dilatação do colo.

No decorrer deste estágio considero que tive uma postura pouco intervencionista e procurei realizar toques vaginais apenas quando era estritamente necessário. Em grávidas de baixo risco, os exames vaginais com intervalos de 4 horas, são recomendados para avaliação da progressão do trabalho de parto no primeiro estágio (OMS, 2018). Numa fase inicial da aprendizagem havia a necessidade de a orientadora local confirmar a minha avaliação e isso era explicado às grávidas, que sempre consentiram. Contudo, rapidamente fui melhorando esta competência assim como a avaliação do plano e da variedade fetal.

Idealmente a grávida apenas deveria ser admitida no bloco de partos na fase ativa do primeiro estágio, segundo a APEO & FAME (2009) nesta fase do trabalho de parto não está recomendada a admissão hospitalar de forma a evitar o intervencionismo e a iatrogenia. No entanto, por diferentes razões, sucede a grávida ser admitida ainda em fase latente, ou porque está muito queixosa e pretende realizar analgesia, ou porque o hospital fica longe de sua casa, ou porque apresenta um CTG classificado como suspeito segundo as indicações da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO, 2015) ou por inúmeras outras razões.

Nas grávidas que se encontravam no primeiro estágio do trabalho de parto procurei promover ações que facilitassem a dilatação e progressão da apresentação (Fatia & Tinoco, 2016). Uma vez que todos os quartos têm CTG com telemetria, promovi a deambulação, ofereci a bola de nascimento, o duche, incentivei a envolvimento do casal e encorajei a massagem da grávida. Quando são oferecidas medidas não farmacológicas de alívio da dor é com o objetivo de promover o comportamento adaptável, aumentando a tolerância ou o alívio da dor (Roy & Andrews, 2001). A maioria das grávidas em fase ativa de trabalho de parto solicitaram analgesia epidural, a qual lhe foi sempre proporcionada. Segundo Lança (2017), a analgesia do neuroeixo deve ser iniciada quando a grávida solicitar, o anestesiolegista deverá apenas adequar os tipos de fármacos e as doses. Algumas grávidas chegaram a solicitar terapêutica analgésica ainda em fase latente, principalmente as que se encontravam em indução de trabalho de parto, com aplicação vaginal no fundo-de-saco posterior de uma cápsula de 25 microgramas de misoprostol, necessitando de realizar paracetamol 1g endovenoso e/ou petidina 50 mg.

Durante a vigilância do trabalho de parto, verifiquei que mesmo as senhoras que solicitaram analgesia epidural, quando conjugavam esta com medidas não farmacológicas de alívio da dor como a massagem, aplicação de calor ou

verticalidade, toleravam a dor durante mais tempo do que as outras mulheres que apenas tinham analgesia epidural. Existem muitos fatores que influenciam a dor no trabalho de parto, a sua história clínica, a idade e o ambiente circundante, não obstante, uma boa comunicação, o respeito pela privacidade da grávida e a liberdade de movimentos são fatores decisivos na eficácia do controlo da dor assim como na satisfação final da grávida (Lança, 2017).

O segundo estágio “começa com a dilatação cervical completa (10 cm) e apagamento do colo (100%) e termina com o nascimento do bebé” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 453). A duração deste período é condicionada por uma diversidade de fatores nomeadamente a eficácia das contrações, analgesia, condição física e emocional, posição, paridade, tamanho, apresentação e situação do feto assim como o apoio recebido pelos profissionais de saúde (Fatia & Tinoco 2016). Esta fase pode durar até 3h na primípara e na múltipara até 2h (OMS, 2018).

Efetivamente, quando a mulher se encontra em dilatação completa nem sempre sente necessidade de realizar esforços expulsivos imediatos, assim a minha conduta foi de respeitar a vontade e o corpo da mulher. Segundo Lowdermilk & Perry (2008, p.453) “orientar a mulher para esforços expulsivos antes do seu corpo mostrar que está preparado, pode resultar num período prolongado de esforço ativo com progressos limitados ou nulos”. Nesta fase, considero fundamental proporcionar um ambiente calmo e tranquilo, atender e respeitar as necessidades da grávida/casal e vigiar o bem-estar fetal, através da monitorização do CTG. Deste modo, proporcionamos à grávida/casal uma experiência de parto positiva, com a menor intervenção possível (OMS, 2018).

Relativamente ao segundo estágio, assisti 46 parturientes. Destas, 42 realizaram analgesia sequencial ou epidural, uma foi submetida a raquianestesia, 1 parturiente foi submetida a infiltração de lidocaína, 1 sem qualquer analgesia e 1 realizou analgesia endovenosa com petidina 100mg.

Esta última parturiente apresentava uma gestação de 31 semanas e 1 dia em que o feto se demitiu, tendo expulsado um feto morto do sexo masculino com 900 gramas. Foi uma situação muito difícil de gerir como já referi anteriormente, não deixando de ser um parto muito tranquilo e até sublime, dado o contexto. No momento da expulsão, que foi muito controlada, o bebé estava completamente dentro da bolsa amniótica, após o nascimento retirei o bebé de dentro da bolsa e proporcionei a realização dos desejos do casal.

Durante o período expulsivo respeitei a grávida/casal no seu momento, procurando incentivar a grávida a realizar força quando assim sentisse vontade. Realizei aplicação de compressas quentes na região do períneo de modo a favorecer a distensão dos tecidos, tal como está preconizado pela OMS (2018), e com uma das mãos protegia o períneo enquanto a outra controlava a exteriorização da cabeça fetal. Após a restituição e rotação externa, apoiando apenas a cabeça fetal, procurava a presença de circulares cervicais. Dos 46 partos, 11 recém-nascidos apresentavam circulares cervicais, sendo que dois dos bebês tinham duas circulares cervicais, a maioria largas e possíveis de retirar. No entanto, em duas delas existiu a necessidade de laquear o cordão e cortar, não sendo possível realizar clampagem tardia do cordão. De seguida, apoiando a cabeça fetal, exteriorizava o ombro anterior primeiro e de seguida o posterior, ocorrendo assim o nascimento e a adaptação do bebé à vida extrauterina. Em nenhuma situação durante o estágio com relatório experienciei a distócia de ombros.

Em seguida colocava o recém-nascido no abdómen materno para ser observado e limpo e promovia o contacto pele-a-pele, colocava o gorro e aconchegava o bebé no peito materno, tapado com um pano limpo e quente. Este momento promove a vinculação, favorece a regulação da temperatura do recém-nascido, melhora a oxigenação, regula a respiração e frequência cardíaca (Lowdermilk & Perry, 2008). Considero este momento fundamental para a transição do papel maternal eficaz (Roy & Andrews, 2001).

Excetuando os 2 casos de necessidade de clampagem imediata do cordão e um caso em que o recém-nascido necessitou de cuidados imediatos, foi sempre realizada a clampagem tardia do cordão, assim como promovido o contacto pele-a-pele imediato, promovendo a experiência de parto positiva (OMS, 2018).

Após o nascimento, inicia-se o terceiro estágio do trabalho de parto até à dequitação (Fatia & Tinoco, 2016). Nesta fase mais uma vez assumia uma atitude expectante, respeitando o tempo fisiológico e aguardava sinais de descolamento da placenta tais como o aumento súbito de sangue à vulva, contração uterina ou descida do cordão. De seguida, de forma a diminuir o risco de hemorragia, com uma ligeira tração do cordão e com ligeira pressão sobre o útero verificava a saída da placenta. Durante o momento da sua exteriorização, a placenta “deve ser apoiada, usando o seu próprio peso de forma a facilitar a saída completa das membranas” (Fatia & Tinoco

2016, p. 311). A maioria das dequitações ocorreu pelo mecanismo de descolamento de *Schultze* e apenas duas pelo mecanismo de descolamento de *Duncan*.

Após a dequitação verificava a formação do globo de segurança de *Pinard* e de acordo com o protocolo hospitalar realizava a prevenção de hemorragia com 10 UI de ocitocina endovenosas diretas durante cerca de 2 minutos, de forma a minimizar os efeitos secundários como a hipotensão e taquicardia. Posteriormente iniciava perfusão de 5 UI de ocitocina em 500 ml de soro fisiológico a 500 ml/h em bomba de infusão, de acordo com o protocolo do contexto de estágio.

Seguidamente observava a placenta, verificando os cotilédones, as membranas, a inserção do cordão e o número de vasos, duas artérias e uma veia. Algumas mulheres/famílias pediram-me para observar a placenta, recordo-me que o fiz com todo o gosto, mostrando a face fetal e a face materna e explicando como estava implantada no útero.

Posteriormente observava o canal de parto, períneo, e verificava a existência de lacerações. Relativamente ao traumatismo perineal, assisti a 14 partos com períneo intacto, 15 partos com lacerações 1º grau, 3 partos com lacerações de 2º grau, realizei 14 episiotomias, em 2 dessas ocorreu também laceração 1º grau.

Realizei sempre episiotomia médio-lateral. As episiotomias por mim realizadas foram feitas após ponderação, e apenas foram realizadas como indicação para abreviar o segundo estágio do trabalho de parto, por estado fetal suspeito (Henriques, 2017). Nestes momentos, torna-se crucial a tomada de decisão, e quando existe uma suspeita de sofrimento fetal agudo é fundamental agir. A minha principal preocupação foi sempre o bem-estar tanto materno como fetal.

A episiorrafia e a correção das lacerações do períneo foram dos momentos mais desafiantes enquanto estudante. Refletindo agora, consigo rever os primeiros momentos de insegurança e validação com a orientadora local e o crescimento imenso com a autonomia final. Foi fundamental a prática simulada na primeira semana deste contexto de aprendizagem de forma a desenvolver a destreza, os princípios básicos da técnica e esquematizar o meu raciocínio mental.

No último estágio do trabalho de parto em que se conclui o mecanismo de homeostasia, surgem divergências na sua duração, Lowermilk e Perry (2008) consideram 2h após a expulsão da placenta, enquanto que, Fatia & Tinoco (2016) consideram apenas a primeira hora. No entanto, estão em consonância ao referirem

que se trata de uma fase importante de observação da puérpera de modo a identificar precocemente complicações como a hemorragia.

Simultaneamente, nesta fase de puerpério imediato é crucial proporcionar cuidados de higiene e conforto à mulher, realizar a aplicação de gelo na região do períneo e promover a adaptação do recém-nascido à mama.

A maioria dos contextos nos quais desenvolvi a prática clínica cumprem as 10 medidas definidas pela OMS e Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que foram revistas em 2018 e que promovem e apoiam o aleitamento materno (OMS & UNICEF, 2018). Como afincada defensora do aleitamento materno sempre promovi esta prática em todos os contextos clínicos, quando a mulher/família assim o desejaram. Tal como refere a OE (2019), amamentar é uma decisão de cada mulher e não uma exigência dos profissionais de saúde. A maioria dos recém-nascidos foi adaptado à mama ainda durante o contacto pele-e-pele, de forma ininterrupta e só após este momento e ainda junto da mãe é que procedi à observação dos recém-nascidos e administração de 1 mg de vitamina K.

Devo dizer que todos os partos ocorreram em posição de litotomia com a cabeceira elevada, numa cama obstétrica. Apesar de ser recomendado pela OMS (2018), APEO & FAME (2009) que deve ser a mulher a escolher a posição em que deseja parir, neste contexto da prática clínica nenhuma mulher solicitou uma outra posição, e também não lhe foi proposta. Efetivamente, a experiência dos profissionais com quem trabalhei é principalmente a posição de litotomia com cabeceira elevada, apesar de promoverem a verticalidade no primeiro estágio do trabalho de parto. No entanto, no período expulsivo, os profissionais optam pela posição de litotomia com cabeceira levada e não proporcionam alternativas às mulheres, pois pela sua experiência sentem-se mais seguros com a mulher nesta posição. Contudo constatei que começam a surgir enfermeiros especialistas que assistem a partos nas posições verticais e tive a oportunidade de observar um parto de joelhos e outro em posição lateral.

Prestei cuidados a grávidas em situação de risco quer em contexto de sala de partos como em medicina materno-fetal. A complicação mais frequente foi a ameaça de parto pré-termo (PPT). Também prestei cuidados a mulheres com pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, patologia cardíaca grave, doenças crónicas como a esclerose múltipla e o lúpus. Colaborei com a equipa de obstetrícia em 4 partos distócicos por

ventosa, 1 distócico por ventosa e fórceps, 1 parto pré-termo pélvico e 2 partos gemelares.

Nas situações de ameaça de PPT surgem contrações uterinas frequentes, regulares e dolorosas antes das 37 semanas de gestação, que podem causar modificações nas características do colo uterino (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). A sua etiologia não está bem esclarecida, existem algumas causas conhecidas como a rutura prematura de membranas, corioamniotite, infeção extrauterina, anomalias da placenta, anomalias no útero, anomalias da continência do colo uterino, patologia do feto, hiperdistensão uterina, contratilidade uterina frequente e outras causas (Graça, 2017). Nestas situações importa prestar cuidados diferenciados e especializados imediatos, no sentido de tranquilizar o mais possível a mulher e prevenir a mortalidade e morbidade perinatais associadas ao PPT. Caso não existam contra-indicações é fundamental instituir terapêutica no sentido de prolongar a gravidez, pelo menos, até à aceleração maturativa do feto estar completa (Graça, 2017).

De todas as mulheres em ameaça de PPT que prestei cuidados houve uma que jamais esquecerei. Uma grávida de 44 anos, história de infertilidade, com uma gravidez gemelar pós transferência de embriões criopreservados, de 28 semanas e 3 dias. É transferida de outro hospital por falta de vagas na neonatologia e fica internada com diagnóstico de rutura prematura de membranas (RPM) pré-termo do primeiro gêmeo e contratilidade dolorosa. Já tinha iniciado indução maturativa com dexametasona 6 mg, tendo realizado segunda administração ao fim de 6h. E tinha iniciado também terapêutica tocolítica com atosibano, um fármaco que é um antagonista da ocitocina e que demonstrou ser eficaz na inibição da contratilidade (Graça, 2017). Iniciou-se então, na sala de partos, neuroprotecção com perfusão de sulfato de magnésio, com o intuito de minimizar o risco de paralisia cerebral e esquema de ampicilina para profilaxia da infeção por estreptococos B (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). Constatei que esta grávida se encontrava em pânico com o que estava a suceder, apresentava labilidade emocional, mostrava-se ansiosa e o CTG registava contratilidade regular identificada pela grávida com dor. Realizou técnica de analgesia sequencial e finalmente tranquilizou por uns momentos. Aproveitei o momento para validar com ela a perceção que esta tinha do que estava a acontecer. Sentei-me junto da grávida e procurei esclarecer as suas dúvidas e explicar-lhe com tranquilidade todos os procedimentos que tínhamos realizado. Este momento foi fundamental, pois a grávida manifestou sentimentos de culpa pelo

sucedido. Estes sentimentos devem ser desmistificados, pois trata-se de uma falsa culpa que poderá levar a situações de stress e revelar-se um problema de adaptação (Roy & Andrews, 2001).

Percebi que quando estou na prestação de cuidados em situações urgentes, explico o que faço, o porquê de fazer e solicito sempre consentimento verbal. No entanto, apesar do consentimento efetivo, a grávida fica com dúvidas, receios e é fundamental parar uns minutos e validar com ela a informação recebida.

Apesar dos esforços conjuntos de toda a equipa de enfermagem, anestesia e obstetrícia, o desfecho final desta situação foi a ocorrência do parto gemelar no início do turno seguinte, não tendo sido possível terminar esquema de maturação pulmonar nem de neuroprotecção. Contudo, ambos os gémeos nasceram bem para a idade gestacional e foram transferidos para a unidade de neonatologia com ventilação por pressão positiva em incubadora de transporte. Estiveram internados cerca de dois meses e meio, com uma evolução favorável e de acordo com idade gestacional com que nasceram. Tiveram alta após adquirem coordenação e autonomia na alimentação e atingirem peso superior a 2000g. Durante o internamento tiveram presente o amor e cuidados dos pais.

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

O puerpério caracteriza-se pelo período de cerca de 6 semanas após o parto em que ocorrem modificações físicas e psíquicas com a finalidade do corpo e mente da mulher voltarem ao estado que a caracterizava antes da gravidez (Ferreira, 2016; Centeno, 2017). Esta competência foi desenvolvida nos diferentes contextos clínicos e em fases distintas do puerpério.

Efetivamente, o puerpério contém 3 fases distintas (Ferreira, 2016; Centeno, 2017):

- Puerpério imediato: até 24h após o nascimento;
- Puerpério precoce: até ao final da primeira semana após o nascimento;
- Puerpério tardio: até ao final da 6ª semana após o parto.

Constatei a importância da educação para a saúde nos diferentes contextos, relativamente às alterações físicas e psicológicas do puerpério, ao aleitamento materno e todos os cuidados inerentes ao mesmo, autocuidado da mulher, prevenção

de acidentes, cuidados ao recém-nascido, prevenção da síndrome de morte súbita do lactente, vigilância da saúde infantil, vacinação entre outros. Procurei atender às necessidades individualizadas de cada mulher e casal, respeitando sempre as suas preferências e necessidades, conseguindo assim promover a sua capacitação e adaptação ao novo papel parental.

Em contexto de internamento de puerpério, ou seja, no puerpério imediato e precoce, observei e prestei cuidados de enfermagem especializados a 81 puérperas. Cuidei das puérperas de forma holística, atendo à suas necessidades individuais e prestando cuidados centrados na mulher/casal. Numa ótica céfalo-caudal, mas dando especial atenção à involução uterina, lóquios e as suas características, vagina e períneo e sutura operatória no caso de cesariana.

Constater, junto com a enfermeira orientadora local e a enfermeira chefe, que em contexto de puerpério havia necessidade de uniformizar cuidados nomeadamente no que diz respeito aos cuidados no ingurgitamento mamário, assim propus-me realizar um procedimento de serviço que consta do apêndice IX.

Em paralelo com os cuidados especializados que prestei às puérperas, também observei e cuidei dos seus recém-nascidos. Concretizei o exame geral do recém-nascido, realizei o banho dos recém-nascidos cujas mães pediram cooperação e concretizei educação para a saúde no sentido de as empoderar para tal cuidado. Nas colheitas de sangue a alguns bebés e o diagnóstico precoce, utilizei medidas não farmacológicas para controlo da dor e desconforto, como a sucção não nutritiva simultaneamente com a utilização de sacarose, indo ao encontro do que defendem Lowdermilk & Perry (2008, p.634) de que “a combinação destas medidas não farmacológicas resulta numa maior redução da dor”.

Em contexto de cuidados de saúde primários, realizei primeiras consultas de vigilância de saúde infantil em que é realizada o diagnóstico precoce dos recém-nascidos e constatei que este é o momento em que surgem as primeiras dúvidas e receios nas puérperas/famílias. É fundamental o apoio e disponibilidade do enfermeiro especialista no que diz respeito à capacitação da mulher nos cuidados no puerpério, à promoção do seu autocuidado, aos cuidados com o bebé e, particularmente, em relação ao aleitamento materno, sendo estas intervenções de enfermagem essenciais para a promoção da adaptação ao papel de mãe (Roy & Andrews, 2001). Todas as mulheres deveriam ser apoiadas por um profissional competente nesta fase nas suas vidas, provavelmente se isso acontecesse estaria garantido o sucesso do aleitamento

materno. Segundo Bértolo & Levy (2012) para que o aleitamento materno seja estabelecido devem estar garantidos três pressupostos: a mulher querer amamentar, a ocorrência da lactação e o suporte à amamentação.

De forma a colmatar uma necessidade sentida no contexto de cuidados de saúde primários, realizei um folheto informativo relativamente às alterações e cuidados no puerpério que intitulei como “Sou mãe, e agora?” que consta em apêndice X.

Considero que este é o momento ideal para a realização da visita domiciliária, de forma a validar a educação para a saúde realizada no decorrer da gravidez, no internamento e também de forma a realizar um diagnóstico da adaptação à parentalidade. Nesta fase ainda existem muitas dificuldades, assim a presença do enfermeiro especialista no ambiente familiar permite a observação de momentos importantes e a transmissão e validação de informação relacionada com a segurança, alimentação, competências parentais e práticas de cuidados de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

Em contexto de neonatologia realizei uma visita domiciliar a uma mulher, mãe de gémeos, onde verifiquei que esta manifestava sinais de exaustão e de preferência por um dos gémeos uma vez que o outro bebé tinha longos períodos de choro devido a cólicas. Deste modo, foi realizada educação para a saúde relativamente à massagem abdominal, a técnicas de relaxamento e à utilização de microclister. Foi também dado relevo à importância do seu autocuidado. Esta mulher encontrava-se numa transição de papel ineficaz, ou seja, tinha presente o autoconceito de mãe, sabia o que se espera que uma mãe faça, queria ser mãe, no entanto não sabia como cumprir as suas tarefas (Roy & Andrews, 2001). Considero que após a avaliação do comportamento desta mãe, da identificação das suas necessidades e através das estratégias de educação para a saúde desenvolvidas no decorrer da visita, foram promovidas as intervenções necessárias à adaptação ao papel de transição efetiva.

Tive também a oportunidade de realizar consultas de revisão de parto, sendo que numa destas consultas foi observada uma diástase dos retos abdominais, experiência e aprendizagem única na minha prática quer profissional, quer académica. De acordo com Leite & Araújo (2012) as mulheres entre 19 e 30 anos, múltiparas, com partos vaginais, com intervalos curtos entre as gestações, estão mais propensas ao desenvolvimento da diástase dos retos abdominais. Contudo, esta puérpera tinha sido submetida a cesariana e era a sua primeira gravidez.

Em contexto de sala de partos prestei cuidados especializados a 63 mulheres em puerpério imediato. Numa destas avaliações, diagnostiquei precocemente uma situação de hemorragia pós-parto e procurei de imediato dar resposta à situação e atuar em conformidade com a equipa multidisciplinar. Nas primeiras duas horas após o nascimento verifiquei que a puérpera apresentava perda de sangue moderada e à expressão hipotonia uterina. Chamei ajuda, a equipa médica de obstetrícia e anestesiológica e procedi à monitorização imediata dos sinais vitais e massagem uterina externa com boa resposta. Segundo Silva (2011, p.53) “o diagnóstico de atonia uterina é estabelecido quando não é possível palpar o globo de segurança nos quadrantes inferiores do abdómen”. Assim deve-se realizar massagem uterina vigorosa permitindo a expulsão de sangue e coágulos que possam existir no útero e vagina (Silva, 2011; OMS, 2014). A equipa médica de obstetrícia e anestesia chegou de imediato e procedeu-se à canalização de mais um acesso venoso periférico e colheita de sangue para hemograma. A utente iniciou nova perfusão de ocitocina 10 UI em 500 ml de soro fisiológico, que segundo Silva (2011, p.54) “estas duas medidas simples resolvem a grande maioria das situações de atonia uterina”. No entanto, foram ainda aplicados 800 mcg de misoprostol retal. Após estes procedimentos a hemorragia ficou controlada, assim como o tónus uterino aumentado. Os principais fatores de risco para a hemorragia pós-parto são: multiparidade, aumento excessivo do volume uterino (quer seja por gravidez múltipla, macrossomia fetal ou hidrâmnios), trabalho de parto prolongado ou precipitado, ocitocina no trabalho de parto, miomas uterinos, alterações da coagulação, corioamniotite, placenta prévia, placenta acreta, percreta ou increta, e antecedentes de hemorragia pós-parto (Silva, 2011). Esta situação causa stress e desconforto na equipa, considero que se trata de uma complicação importante na medida em que permanece como uma causa de mortalidade materna mesmo nos países desenvolvidos (Silva, 2011), pelo que requer coordenação e eficácia da equipa multidisciplinar de forma a controlar a hemorragia e restabelecer o equilíbrio hemodinâmico da puérpera. Não obstante, torna-se crucial manter a mulher informada da sua situação clínica assim como a pessoa significativa, a quem, na maioria das situações é pedido que saia, sem qualquer explicação detalhada.

4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Estas competências foram desenvolvidas principalmente em contexto de ginecologia e cuidados de saúde primários.

Realizei consultas de vigilância da saúde ginecológica a mulheres que recorreram pela primeira vez ao serviço de ginecologia, o que foi muito positivo uma vez que me permitiu colher a história ginecológica completa, realizar o registo das queixas, antecedentes pessoais, cirúrgicos, proceder à observação física e avaliação de sinais vitais. Realizei educação para a saúde dirigida aos desconfortos manifestados pelas mulheres. As mulheres que se encontravam já em menopausa, ou seja, em “cessação permanente de períodos menstruais decorrentes da perda de atividade folicular ovárica”, (...) “diagnosticada retrospectivamente, um ano após o último período menstrual” (O`Reilley, Bottomley & Rymer, 2008, p.59), mencionavam desconfortos tais como a dispareunia e prurido vaginal resultantes da secura e atrofia vulvovaginal causada pela diminuição dos estrogénios. Estas mulheres manifestaram alguma relutância na aplicação de cremes vaginais, pelo que se torna crucial e desafiante a enfermeira especialista empoderar estas senhoras a prevenir estes sintomas e em resultado disso melhorarem a sua qualidade de vida.

Foi realizado um estudo relativo aos sintomas associados ao climatério por Chagas et al. (2020), que verificaram que quanto maior o impacto dos sintomas climatéricos, menor é a qualidade de vida das mulheres. Verifica-se deste modo a importância do papel do enfermeiro especialista relativamente à promoção da adaptação destas mulheres a esta fase da sua vida, nomeadamente no que diz respeito à realização de ações de educação para a saúde que promovam o autocuidado da mulher, assim como um estilo de vida saudável.

Constatei que outra das queixas frequentes das mulheres nesta fase do seu ciclo de vida é a incontinência urinária de esforço. Ribeiro & Rossi (2004) mostram que esta se caracteriza pela perda de urina a esforços, como por exemplo tossir, espirrar, levantar pesos, correr ou até mesmo durante a relação sexual. A incontinência urinária de esforço “define-se como uma perda de urina involuntária, quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima, na ausência de contração do detrusor” (O`Reilley et al., 2008, p.137). Assim, procurei incidir os meus

cuidados de encontro às necessidades destas mulheres. Refleti sobre a importância do papel do enfermeiro especialista, que deve, de modo holístico, identificar os fatores de risco como o excesso de peso, e promover a educação para a saúde sobre alterações no estilo de vida que facilitem esta vivência, principalmente dar a conhecer à mulher o que diz respeito à realização dos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, uma vez que a sua realização de forma continuada pode melhorar a qualidade de vida da mulher (Murray, 2019) e, conseqüentemente, evitar o tratamento cirúrgico. Em contexto de ginecologia, constatei assim a necessidade de material de apoio nesta intervenção e realizei um folheto informativo que consta do apêndice XI.

No decorrer destas consultas surgiram algumas experiências muito enriquecedoras, como a observação de uma mulher com um útero didelfos e septo vaginal. Na observação ginecológica da mulher visualizavam-se facilmente os dois colos uterinos. Esta mulher referiu que durante quase toda a sua vida sentiu dispareunia, pois só foi submetida a septoplastia vaginal já na menopausa. Na consulta de enfermagem perguntei à mulher que alteração significativa tinha verificado na sua qualidade de vida e esta mencionou uma melhoria imensurável da sua atividade sexual e obviamente da sua qualidade de vida. Refleti sobre a saúde sexual desta mulher e como esta pode influenciar a sua forma de estar, de viver e provavelmente de ser. Parece-me inacreditável como é que esta mulher conseguiu viver mais de metade da sua vida com este desconforto. Acredito que viveu enclausurada num problema para o qual nunca conseguiu procurar ajuda. Realizei alguma pesquisa bibliográfica sobre este tema e constatei que se trata de uma situação rara. Não obstante, atualmente o seu diagnóstico é rápido, pois muitas vezes causa sintomas como a dismenorreia, menometrorragias e dispareunia (Costa et al., 2018), levando a mulher a procurar ajuda e tratamento.

Verifiquei também a importância do papel do enfermeiro especialista noutra área de intervenção que é a prevenção e rastreio do cancro na mulher. Segundo Bilro (2004, p.42), a “profilaxia é o conjunto de todas as medidas, individuais, coletivas ou mesmo legislativas conducentes à eliminação de fatores de risco (...) aqui assume principal importância a educação para a saúde”. Efetivamente, independente da fase do seu ciclo vital, realizei consultas de enfermagem a mulheres em que verifiquei a necessidade de realizar educação para a saúde no que diz respeito à importância da realização do autoexame da mama, para a realização do rastreio do cancro do colo

do útero, a realização das mamografias e adoção de um estilo de vida saudável. Promovi a vigilância da sua saúde sexual e ginecológica assim como enfatizei a importância do diagnóstico precoce do cancro.

Nos diferentes contextos clínicos, quer em ginecologia, quer em cuidados de saúde primários, procurei promover a saúde ginecológica da mulher e desenvolver assim competências no rastreio do cancro do colo do útero. Realizei colpocitologia a cinco utentes, pedi consentimento para a realização da técnica enquanto estudante da especialidade, tal como em todas as consultas realizadas, e promovi a privacidade da utente. Considero que a posição ginecológica é desconfortável para a utente, gera constrangimento para além de expor a intimidade da mulher, sendo assim elementar o respeito pela privacidade da utente, explicar todo o procedimento e o que se está a fazer e o que esta poderá sentir. Realizei previamente a prática simulada num manequim, o que pareceu tecnicamente simples. Não obstante, a realidade foi vertiginosamente diferente, pois a primeira colpocitologia foi realizada a uma utente com obesidade e foi desafiante encontrar o seu colo do útero, que era bastante posterior e de difícil visualização pois também senti dificuldade na abertura do espéculo vaginal. A realização das colpocitologias seguintes foram mais fáceis, mas conclui que a perícia requer treino, pois estive mais confiante no último exame realizado, mas efetivamente para atingir a perícia e a proficiência como refere Benner (2001) é fundamental treino para contemplar a situação na sua globalidade e conseguir tornar-me proficiente.

Tive a oportunidade de observar a realização de histeroscopias. Previamente à sua realização, é feita uma consulta de enfermagem com a enfermeira especialista, onde é realizada anamnese da utente. A observação das histeroscopias permitiu-me refletir sobre a importância do papel da enfermeira especialista relativamente ao conhecimento que esta possui para o esclarecimento de dúvidas face ao exame, o cuidado holístico, a preparação da cliente para a realização do exame e o acompanhamento do mesmo. A histeroscopia é realizada sem anestesia, tendo constatado que o facto de as mulheres se encontrarem informadas e esclarecidas do exame se traduz numa maior tolerância e autocontrolo. Quando se verifica que estão mais incomodadas, são submetidas a uma técnica de crioterapia na face, que consiste na massagem da face, nomeadamente região temporal, com pedras de gelo, com alívio significativo do desconforto manifestado. Este procedimento é usual e resulta da prática desenvolvida no serviço.

Presenciei também a realização de colposcopias no âmbito da consulta de patologia do colo. Mais uma vez a enfermeira especialista tem um o papel fulcral na preparação e acompanhamento, explicando a importância da realização do mesmo, os cuidados e possíveis complicações e assim a minimizar a ansiedade das mulheres, principalmente as que realizaram o exame pela primeira vez.

5. Cuida da grávida a vivenciar um processo oncológico

Pretende-se com este subcapítulo, após o mapeamento da evidência através da revisão *scoping*, descrever pormenorizadamente o percurso realizado de forma a concretizar o desenvolvimento de competências promotoras do cuidar da mulher que vivencia a gravidez e o cancro simultaneamente.

No decorrer deste percurso e nos diferentes contextos clínicos, partilhei sempre o meu projeto com os colegas e profissionais de forma a concretizar os objetivos do mesmo, mas também de forma a compreender de que modo é percecionada esta temática e numa ótica de colher contributos para o meu desenvolvimento de competências.

Em alguns contextos realizei essas partilhas em momentos informais com os colegas, como nos contextos de ginecologia, puerpério, medicina materno-fetal e neonatologia, após a passagem de ocorrências, permitindo assim a partilha entre colegas de dois turnos. A temática foi sempre muito bem recebida, alguns colegas manifestaram a sua opinião dizendo que realmente não é um assunto muito abordado e que provavelmente na maioria dos casos os nossos cuidados poderão ficar aquém das expectativas das mulheres.

Em contexto de cuidados de saúde primários, organizei uma sessão de formação em serviço com o objetivo de divulgar a minha revisão *scoping* e consequentemente incutir a reflexão crítica nos colegas sobre a importância da temática. Percebi que a maioria dos colegas não está ciente desta realidade e manifestaram ser uma área interessante a trabalhar por sentirem alguma limitação de conhecimento sobre as estratégias do cuidar destas grávidas. Realçaram também a importância do encaminhamento das grávidas para outros profissionais como psicólogo. Este aspeto remeteu-me para a limitação que os enfermeiros sentem no cuidar destas mulheres. Estes contributos foram importantes na medida em que me

permitiram constatar a importância de trabalhar a temática referida e identificar as estratégias dos enfermeiros no cuidar da grávida com cancro.

Particpei nas “XII Jornadas de Obstetrícia – Por uma vida melhor...” em Vila Nova de Famalicão, nos dias 21 e 22 de novembro de 2019 (anexo II). Nestas, assisti a conferências, mesas redondas e *workshops* com temáticas muito pertinentes e enriquecedoras e tive a oportunidade de participar com a comunicação livre “Estratégias do enfermeiro especialista no cuidar da grávida com cancro – revisão *scoping*” (apêndice XII). Esta participação revelou-se importante no sentido conceder visibilidade à temática, tendo sido congratulada por vários colegas que referiram o tema inovador e importante. O certificado de participação consta do anexo III.

5.1. Estratégias dos enfermeiros especialistas

No decorrer do estágio com relatório realizei 4 entrevistas a enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica com o objetivo de identificar as estratégias que os enfermeiros utilizam no cuidar da grávida com cancro. Segue-se a caracterização dos participantes, apresentação e análise dos resultados.

5.1.1 Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos enfermeiros especialistas que aceitaram participar nas entrevistas, verifica-se que têm idades compreendidas entre os 32 e 42 anos, experiência profissional como enfermeiros entre 8 e 17 anos, e como enfermeiros especialistas entre 4 e 11 anos.

Relativamente à sua formação académica, verifica-se que dos 4 enfermeiros apenas um é detentor de grau académico mestrado tendo os restantes Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A sua caracterização pode ser analisada na tabela 3 e no apêndice XIII.

Tabela 3 Caracterização dos participantes

Idade	Anos de experiência como enfermeiro	Anos de experiência como enfermeiro especialista	Grau académico
32	8	4	Pós-licenciatura
37	13	7	Pós-licenciatura
38	17	10	Mestrado
42	17	11	Pós-licenciatura

5.1.2 Identificação das Estratégias do Cuidar

Para a análise de dados foram definidas categorias e subcategorias de análise com base no enquadramento teórico, no quadro de referência e da informação que emerge da leitura das entrevistas. Na Tabela 4 apresentam-se os indicadores que se relacionam com cada uma das subcategorias e categorias. O *webQDA* revelou-se uma ferramenta essencial em todo o processo de análise, desde a codificação em árvore que consta no apêndice XIV, que sintetiza a informação e permite uma análise clara, assim como a codificação dos dados que emergem das entrevistas.

A tabela 4 representa as subcategorias de análise dizem respeito às estratégias que o enfermeiro especialista desenvolve no cuidar da grávida com cancro. Assim, a análise de dados agrupa-se em duas categorias:

- Promoção de comportamento adaptável com quatro subcategorias e respetivos indicadores;
- Características pessoais do enfermeiro especialista com duas subcategorias e respetivos indicadores.

Tabela 4 Tabela de análise de dados

Categorias	Subcategorias	Indicadores
Promoção de Comportamento Adaptável	Comunicação	Informação clara
		Escuta ativa
		Tomada de decisão
		Privacidade
		Empatia
	Rede de Suporte	Família
		Pessoas significativa
	Articulação de Cuidados	Com outros profissionais de saúde
		Com Serviços na Comunidade
	Dificuldades	Rácio enfermeiro-utente
Controlo sintomático		
Caraterísticas Pessoais do Enfermeiro Especialista	Conhecimento	Formação
		Autoformação
		Reunião de equipa
Segurança	Disponibilidade	
	Evitamento	
	Sentimento de incapacidade em cuidar	
	Medo da morte/ imprevisibilidade de futuro	

Promoção do Comportamento Adaptável

A categoria Promoção do Comportamento Adaptável compreende todas as ações, cuidados e estratégias que o enfermeiro especialista desenvolve com o objetivo de facilitar e promover a adaptação da mulher quer ao seu papel de mãe/puérpera/grávida assim como também a sua adaptação à vivência do cancro na gravidez, contribuindo assim para o objetivo global dos cuidados de saúde, a promoção da saúde (Roy & Andrews, 2001).

No que diz respeito à primeira subcategoria de análise “Comunicação” (tabela 5), verifica-se que os enfermeiros especialistas valorizam diferentes formas/estratégias do cuidar.

Tabela 5 Tabela de análise de dados relativa à subcategoria “Comunicação”

Indicadores	Fontes (N4)	Referências (N25)	
Informação clara	3	7	7,06%
Escuta ativa	2	2	1,17%
Tomada de decisão	1	4	3,26%
Privacidade	1	5	1,74%
Empatia	4	7	2,66%

Dos 4 enfermeiros entrevistados todos fazem referência a aspetos relacionados com a empatia, como a compreensão e valorização da mulher, o desenvolvimento de uma relação empática, por exemplo: “tentar compreender a sua história e valorizar” (E2); “uma relação de empatia, terapêutica no sentido de permanecer” (E4). Sendo este indicador e a informação clara os mais referenciados pelos entrevistados, pois 3 dos enfermeiros acreditam que é fundamental a transmissão de informação clara, detalhada e perceptível à grávida, como por exemplo: “naquela senhora era tudo falado passo a passo” (E1); “o esclarecimento dentro daquilo que nos é possível, porque muitas vezes as senhoras chegam até nós, nós não sabemos a parte médica, portanto, não, estamos a zeros em termos de informação temos que recolher informação e temos que nos adequar a essa mesma informação” (E3).

Relativamente à tomada de decisão e à privacidade foram ambos os indicadores mencionados apenas por um dos enfermeiros, contudo tornou-se evidente a forma como cada um evidenciou a sua importância ao referi-los 4 e 5 vezes respetivamente.

A comunicação é a base do processo de enfermagem para a identificação e avaliação do comportamento da pessoa que é cuidada (Roy & Andrews, 2001). Segundo Roberts et al. (2007), a comunicação é o pilar essencial do cuidar. Estes defendem que a equipa deve manter-se em consonância e que a informação deve ser transmitida de forma clara, sendo o papel crucial do enfermeiro especialista prestar apoio/suporte à família quando esta se depara com sentimentos de incerteza como a descoberta do cancro e o nascimento de um filho (Roberts et al., 2007). Segundo os mesmos autores a equipa multidisciplinar deve envolver a grávida e a família na tomada de decisão.

No que diz respeito à subcategoria “Rede de Suporte” apenas é mencionado o envolvimento da família uma vez por um único entrevistado. No entanto, no artigo de Roberts et al. (2007) “Cervical cancer in pregnancy: an assault on family and fertility”

verifica-se que a presença da família, nomeadamente do companheiro está sempre subjacente aos cuidados que a equipa presta à grávida, nos momentos do diagnóstico, de tomada de decisão, cirurgia e pós-operatório. Tal como é evidenciado por Kozu et al. (2019), as grávidas partilharam os seus pensamentos, ideias e sentimentos com a família, nomeadamente marido, isto faz com que se sintam apoiadas na tomada de decisão. A família é um estímulo influenciador importante no comportamento da mulher, principalmente no sentido de este se tornar adaptável, assim é fundamental o enfermeiro especialista integrar a família nos cuidados se a mulher assim o desejar (Roy & Andrews, 2001).

Relativamente à subcategoria de análise “Articulação de Cuidados” (tabela 6) nesta verifica-se que a maioria dos entrevistados considera importante a articulação com outros profissionais de saúde como o oncologista, obstetra, psicólogo e/ou assistente social. Como se pode constatar nos discursos: “podia ter tido o apoio da nossa assistente social, podia ter tido o apoio da nossa psicologia ou da nossa psiquiatria, podia ter tido (...) o suporte para a dor, um controlo diferente” (E1); “porque havia um diagnóstico e um acompanhamento da parte da oncologia” (E1); “se calhar criarmos um plano estratégico e estas mulheres com estas situações assim, assim são acompanhadas também por nós ou referenciadas para o Centro de Saúde...” (E2).

Tabela 6 Tabela de análise de dados relativa à subcategoria “Articulação de Cuidados”

Indicadores	Fontes (N4)	Referências (N10)	
Com outros profissionais de saúde	3	9	4,45%
Com serviços na comunidade	1	1	0,41%

O mesmo se confirma na literatura em que se verifica que existe articulação entre os diferentes profissionais nomeadamente oncologista e ginecologista (Roberts et al., 2007). Kozu et al. (2019) referem também que a decisão de realizar tratamento para o cancro na gravidez é psicologicamente tão difícil para a mulher que esta deve ser apoiada de forma personalizada por uma equipa multidisciplinar com oncologista, obstetra, neonatologia, psicólogo, assistente social e enfermeiros.

Em relação à subcategoria “Dificuldades” (tabela 7), verifica-se que 1 enfermeiro refere como principal dificuldade o rácio enfermeiro-utente, sendo uma

barreira ao cuidar da grávida com cancro: “não é muito fácil delinear estas estratégias porque o rácio que temos é muito díspar, portanto, tão depressa tu consegues ter um rácio minimamente aceitável ali como tens dez mulheres” (E2).

Tabela 7 Tabela de análise de dados relativa à subcategoria “Dificuldades”

Indicadores	Fontes (N4)	Referências (N11)	
Rácio enfermeiro-utente	1	3	1,61%
Controlo sintomático	2	8	3,28%

Verifica-se também que 2 dos enfermeiros mencionam o controlo sintomático e um enfermeiro não identifica dificuldades. Como sintomas mencionam a dor, náuseas e astenia, sendo que estes dois últimos se podem confundir com os próprios desconfortos da gravidez. Efetivamente, é fundamental o enfermeiro especialista estar desperto para possíveis efeitos secundários, por exemplo da quimioterapia, e não os desvalorizar como possíveis desconfortos da gravidez. Por outro lado, o artigo “Hematologic Malignancies in Pregnancy: Management Guidelines from an International Consensus Meeting” aborda a importância de não se atrasarem diagnósticos de tumores hematológicos pela possível sintomatologia se poder confundir com alterações fisiológicas da gravidez, assim como a importância da prevenção dos efeitos secundários da quimioterapia (Lishner et al. 2015).

Caraterísticas do Enfermeiro Especialista

A categoria “Caraterísticas do Enfermeiro Especialista” inclui duas subcategorias que são o conhecimento e o sentimento de segurança.

O conhecimento pode por sua vez ser suportado em momentos de reunião de equipa, através da procura de informação, ou seja, a autoformação, ou através da realização de formação.

O sentimento de segurança relaciona-se com a sua perceção pessoal de cuidar, com o seu eu intrínseco, que o pode levar a demonstrar comportamentos de evitamento ou disponibilidade que correspondem aos indicadores definidos para esta subcategoria.

Verifica-se que em relação à subcategoria “Conhecimento” (tabela 8) todos os entrevistados manifestam não possuir conhecimento suficiente relativamente ao

cuidar da grávida com cancro, consideram importante realizar formação e que a mesma não existe atualmente nesta área. Como se pode verificar nos exemplos: “acho que isto, se calhar uma formação pronto, como é que eu posso perspetivar o futuro, claro que de uma forma consciente, com estas mulheres” (E1); “era uma coisa muito importante a pensar futuramente num projeto e fazer-se isso... ou investir numa formação sobre isso” (E2); uma vez que não temos formação específica nesta área, nunca é uma coisa muito ah... feita *by the book*” (E3); “Há muito pouca coisa direcionada pra... a nível formativo... de... pelo menos, não encontrei para esta área específica” (E4).

Tabela 8 Tabela de análise de dados relativa à subcategoria “Conhecimento”

Indicadores	Fontes (N4)	Referências (N21)	
Formação	4	11	5,42%
Autoformação	2	6	3,05%
Reunião de equipa	2	4	2,39%

Constatou-se que 2 dos entrevistados revelam ter procurado literatura quando se deparam com a situação de cuidar de uma grávida com cancro: “eu como enfermeira especialista tive a necessidade de procurar mais coisas, de ler, ah... de ler livros e situações porque eu própria não tinha a ideia” (E4).

De referir ainda que 2 dos entrevistados mencionam que é fundamental as reuniões de equipa para a discussão dos casos: “era isso que era importante, para toda a equipa falar a mesma linguagem” (E3). Tal como é referido por Roberts et al. (2007) é importante o envolvimento da equipa multidisciplinar, pois esta ajuda a grávida na tomada de decisão informada.

A subcategoria “Segurança” (tabela 9), relaciona-se com a capacidade e disponibilidade pessoal do enfermeiro especialista para cuidar da grávida com cancro. Assim, verifica-se que a maioria dos entrevistados manifesta que a disponibilidade é uma estratégia essencial para ajudar a grávida com cancro. Refere metaforicamente: “estamos na fase de descer uma montanha, mas depois havemos de subi-la outra vez, e a descida, para que aquilo não seja uma queda tento acompanhá-las, durante as consultas, com o meu apoio e com o meu telefone” ... (E3). Outro refere ainda, “mas eu acho que isso é uma das coisas mais importantes... não é? É não... não... deixar um suporte, uma porta aberta, para a pessoa recorrer se sentir dificuldade e

pedir ajuda... não, não fechar... não terminar a intervenção (...) ter essa porta aberta e mostrar disponibilidade sincera e genuína para a pessoa pedir ajuda quando efetivamente sente necessidade” (E4).

Tabela 9 Tabela de análise de dados relativa à subcategoria de “Segurança”

Indicadores	Fontes (N4)	Referências (26)	
Disponibilidade	3	11	8,4%
Evitamento	2	3	0,64%
Imprevisibilidade de futuro	3	9	4,16%
Sentimento de incapacidade em cuidar	1	4	2,45%

Não obstante, existem 2 entrevistados que referem que existe a estratégia de evitamento face a estas grávidas. Como se pode constatar: “nós reservamo-nos um bocadinho” (E1); “E eu acho que a tendência dos profissionais é fugir um bocadinho destas situações (...) Porque se calhar também não sabemos lidar com elas” (E4). Segundo Luz et al. (2016, p.70) existem evidências que mostram que um dos mecanismos de defesa para conviver com o sofrimento é manter a distância do utente e evitar o envolvimento, “o que representa a incapacidade de lidar com a carga emocional resultante desse convívio diário”. O mesmo autor refere também a importância da realização de reuniões de equipa em que os profissionais sejam encorajados a falar dos seus sentimentos e emoções, deste modo, pela partilha de experiências é permitido aos enfermeiros não só o alívio do stress, mas também do seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Existem ainda 3 entrevistados que referem cerca de 9 vezes que a imprevisibilidade de futuro é um fator que causa insegurança no cuidar da grávida com cancro. Referindo: “a mim custou-me muito perceber que podia não haver perspectiva de futuro, para ela, como mãe” (E1); “estas situações muito honestamente, mas temos que levá-las nas palminhas das mãos porque são situações que se podem tornar muito graves... podem colmatar com o fim de vida...” (E3); “deve ser mais difícil para as mulheres quando não têm a certeza da cura, não é? De ficarem... de verem o filho crescer...ah... se calhar vai tornar ainda o nosso papel enquanto enfermeiros, mais difícil!” (E4). Efetivamente, quando uma pessoa se depara com o diagnóstico de cancro, o futuro que anteriormente teria um significado infinito torna-se imediatamente limitado e esta incerteza é um desafio tanto para as grávidas como para os profissionais (McCray, 2000).

É ainda manifestado por um entrevistado, um sentimento de incapacidade em cuidar destas mulheres.

5.2. Limitações

Considero que a principal limitação deste estudo se relaciona com o reduzido número de entrevistas que se realizaram, pois mais achados poderiam trazer contributos importantes à prática e à investigação. No entanto, vive-se uma situação especial de pandemia SARVS-CoV-2 e muitos ajustes foram sendo realizados de forma a reorganizar-me e a dar resposta à conjuntura atual. Não me foi possível alargar o número de participantes, na medida em que os profissionais de saúde se encontram exaustos, desgastados, sentindo-me pouco confortável em pedir mais um esforço acrescido.

O percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências foi também prejudicado pela vivência da pandemia SARVS-CoV-2. O percurso formativo teria a duração normal de cerca de 2 anos, no entanto, o estágio final em contexto de bloco de partos duas semanas após o seu início foi suspenso e permaneceu interrompido cerca de quatro meses, condicionando assim as aprendizagens já realizadas e as competências desenvolvidas, havendo necessidade de um reajuste e de um maior investimento pessoal.

CAPÍTULO IV. REFLEXÃO FINAL

A realização deste relatório tornou-se fundamental, na medida em que permitiu a reflexão sobre o meu percurso de aprendizagem durante o estágio com relatório, com o intuito do desenvolvimento de competências inerentes à prática do enfermeiro especialista e desenvolvimento de competências de mestre.

Considero que os diferentes contextos de aprendizagem me proporcionaram experiências enriquecedoras e promotoras do desenvolvimento quer de competências comuns, quer das específicas do enfermeiro especialista, assim como as competências do ICM (2019). Prestei cuidados especializados, individualizados e personalizados, sustentados na evidência científica, aprofundando conhecimentos através da procura constante de informação, com base em autores de referência e atuais, promovendo a minha reflexão pessoal e o desenvolvimento do meu raciocínio crítico. Respeitei os princípios éticos, o código deontológico e prestei sempre cuidados centrados na mulher/recém-nascido/família, com base no meu quadro de referência, o Modelo de Adaptação de Roy, procurando sempre fazer a diferença com aqueles que são alvo dos meus cuidados.

O desenvolvimento deste projeto permitiu-me também perceber a escassez de evidência disponível no que diz respeito à temática em estudo e refletir, uma vez mais, sobre a importância de desenvolver competências no cuidar da mulher com diagnóstico de cancro, em paralelo com a experimentação da maternidade cada vez mais tardia.

A evidência permite constatar que a incidência do cancro tem vindo a aumentar, sendo cada vez mais frequente, pelo que se torna premente os enfermeiros especialistas aprofundarem e desenvolverem estratégias para um cuidar efetivo destas grávidas.

A principal conclusão deste estudo remete para a importância de o enfermeiro especialista desenvolver uma comunicação eficaz. Proporcionando informação clara e pertinente à grávida/família, validando a compreensão da grávida, promovendo a tomada de decisão de forma esclarecida e informada, demonstrando disponibilidade para apoiar a mulher neste percurso da sua vida em que, simultaneamente, vive um dos momentos mais felizes da sua vida assombrado pelo tratamento e vivência do cancro.

Constata-se ainda que os enfermeiros consideram importante a articulação com outros profissionais da equipa multidisciplinar, sendo esta afirmação corroborada pela literatura existente. Verifica-se que se obstetrícia, oncologia, neonatologia, psicologia, serviço social e enfermagem trabalharem em conjunto de forma dinâmica, a adaptação da grávida a este momento será verdadeiramente facilitada.

Os enfermeiros especialistas referem ainda que a realização de formação na área da oncologia na gravidez seria importante. Efetivamente, a literatura afirma que existem sintomas que se sobrepõem à sintomatologia habitual da gravidez e que é fundamental não desvalorizar queixas, sendo também aqui essencial o papel do enfermeiro na realização de educação para a saúde a estas mulheres.

Considerando que o enfermeiro especialista também tem a sua história pessoal de vida, por vezes o cuidado a estas mulheres poderá ser condicionado, quando existe a perspetiva de vida a nascer é difícil para os enfermeiros cuidar da imprevisibilidade de futuro. Deste modo, é fundamental cuidar das equipas para que estas estejam preparadas e disponíveis também a cuidar do outro.

Relativamente aos contributos para a prática considero que o desenvolvimento do percurso de aprendizagem e a elaboração deste relatório me proporcionou enriquecimento pessoal e profissional, que me permitem prestar um cuidado diferenciado à grávida com cancro. A divulgação dos resultados quer da revisão *scoping*, quer da identificação das estratégias do cuidar das grávidas com cancro poderão ser uma ferramenta importante na partilha de experiências e de conhecimento na minha área de atuação. Deste modo, pretendo dar continuidade ao trabalho realizado até ao momento, contribuindo para a formação aos profissionais e divulgando os resultados deste estudo de forma a alertar os profissionais para o desenvolvimento de estratégias do cuidar da grávida com cancro. Participar com posters ou comunicações livres em jornadas e/ou congressos, assim como a publicação de um artigo como contributo significativo para a investigação, pois só faz sentido trabalhar o conhecimento se este for divulgado. No entanto, acredito que será fundamental a realização de mais trabalhos de investigação sobre esta temática.

Assim, considero ter atingido os objetivos propostos neste percurso de aprendizagem e conseqüentemente, acredito estar preparada para a prestação de cuidados especializados à mulher ao longo do seu ciclo vital assim como à grávida com cancro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E. & Munn, Z. (Ed.). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Acedido a 15/10/2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) & (Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). (2009). *Iniciativa parto normal*. Documento de consenso. Lisboa: Lusociência.
- Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2017). *Reflexão sobre o trabalho de parto e parto: construção de um plano de preferências de parto*. Acedido em: 09/11/2020. Disponível em: <https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Reflex%C3%A3o-para-a-constru%C3%A7%C3%A3o-do-plano-de-parto-introducao.pdf>
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y, & Chandrachan, E. Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. DOI: [10.1016/j.ijgo.2015.06.020](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020)
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bértolo, H. & Levy, L. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Unicef.
- Bilro, M. (2004). *Enfermagem oncológica*. Coimbra: Formasau.
- Castro, A. S: V. P., Germano, I. L. & Ferreira, T. H. (2019). Os aspectos psicológicos da mulher: da gravidez ao puerpério, *CES Revista*. 33 (2), 202-218. Acedido em 09/11/2020. Disponível em.: <https://seer.cesjf.br/index.php/cesRevista/article/view/2286>
- Chagas, P., Ruas, J., Santos, J., Pereira, T., Silva, E., Nascimento, J., ... Ribeiro, C. (2020). Síndrome climatérica e fatores associados, *REAS/EJCH*. 51, 1-13. Acedido em 03/01/2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3536/2211>
- Centeno, M. (2017). Puerpério e lactação. In L.M. Graça, (Coords.). *Medicina Materno Fetal*. (5ªed.) (pp.280-287). Lisboa: Lidel.

- Coelho, S. & Mendes, I. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Escola Anna Nery* 15 (4). 845-850. Acedido em: 12/11/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>
- Costa, R. E., Neto, F. C. R., Costa, C. L., Teixeira, J. P., Cintra, T. R., Souza, I. L. & Gomes, D. A. (2018). Útero didelfo: relato de caso: uma anomalia de fusão dos ductos müllerianos. *Revista de Medicina e Saude Brasilia*, 7(3), 318-28. Acedido em 09/11/2020. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/9686/6160>
- Despacho 9990/2019 (2019). Alteração ao plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Diário da República n.º 211/2019, Série II de 2019-11-04. 138 – 140.
- Despacho nº1482/2010 (2010). Estrutura e plano de estudos. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Diário da República n.º 14/2010, Série II de 2010-01-21. 3010 – 3011.
- Diniz, D. & Corrêa M. (2001). Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, 17(3). 679-688. Acedido a 14/01/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000300022>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2012). Orientação nº 005/2012 de 06/02/2012: Atualização de 22/03/2012. Mutilação genital feminina. Lisboa: *Direção Geral da Saúde*. Acedido em 10/11/2020. Disponível em: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/mutilacao-genital/orientacao-n-0052012-de-06022012.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Lisboa: *Direção Geral da Saúde*. Acedido em 10/11/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, (Coord.). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp.308-320). Lisboa: Lidel.

- Ferreira, A. (2016). Fisiologia do puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp.438-442). Lisboa: Lidel.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franco, J. & Henriques, C. (2013). Visibilidade da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 13, 62-66. Acedido em: 12/11/2020. Disponível em: http://files.transicao-para-a-parentalidade.webnode.pt/200000088-d2bd6d4b00/Visibilidade%20do%20Enf%20Especialista_APEO_2013.pdf
- Graça, L. M. (2017). *Medicina materno fetal*. (5ªed.). Lisboa: Lidel.
- Guerreiro, C. & Dias, I. (2016). Consulta de enfermagem especializada no pré-concepcional. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp.49-52). Lisboa: Lidel.
- Henriques, A. (2017). Episiotomia e lacerações perineais. In L. M. Graça (Coord.). *Medicina materno fetal*. (5ªed.). (pp.580-584). Lisboa: Lidel.
- Hockenberry, M. & Wilson D. (2014) *Wong enfermagem da criança e do adolescente*. Loures: Lusociência.
- International Agency for Results on Cancer (2020). Cancer Tomorrow. Acedido em 15/10/2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/home>
- International Confederation of Midwives (ICM) (2019). *Essential competencies for midwifery practice (2019 update)*. Acedido em 06/11/2020. Disponível em: 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. (2012). The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer. *Psycho-Oncology*. 21(7), 754–761. Acedido em 15/10/2020. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=c2a4bebe-e8d0-43f9-b4dd-e4e4d3f0b6c9%40sdc-v-sessmgr02>

- Kozu, M., Masujima, M., Majima, T. (2019). Experience of japanese pregnant women with cancer in decision-making regarding cancer treatment and obstetric care. *Japan Academy of Nursing Science*. 17, 1-10. DOI: [10.1111/jjns.12300](https://doi.org/10.1111/jjns.12300)
- Lança, F. (2017). Analgesia e anestesia no parto. In L.M. Graça, (Coord.). *Medicina materno fetal*. (5ªed.). (pp.260-271). Lisboa: Lidel.
- 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* n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08. 3-40. ELI: <mailto:https://dre.pt/pesquisa/-/search/123815982/details/maximized>
- Leite, A. & Araújo, K. (2012). Diástase dos retos abdominais em puérperas e sua relação com variáveis obstétricas. *Fisioterapia em Movimento* 25(2), 389-97. DOI: [10.1590/S0103-51502012000200017](https://doi.org/10.1590/S0103-51502012000200017)
- Lemos, L. & Cunha, A. (2015). Concepções sobre morte e luto: Experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1120-1138. DOI: [10.1590/1982-3703001582014](https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014)
- Lishner, M., Avivi, I., Apperley, J. F., Dierickx, D., Evens, A. M., Fumagalli, M. ... Amant, F. (2016). Hematologic malignancies in pregnancy: Management guidelines from an international consensus meeting. *Journal of Clinical Oncology*. 34 (5), 501-508. DOI: [10.1200/JCO.2015.62.4445](https://doi.org/10.1200/JCO.2015.62.4445)
- Litva, A. & Jacoby, A. (2004). Os métodos qualitativos e a prática baseada na evidência. In J. Craig, & R. Smyth (Ed.). *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros* (pp.136-163). Loures: Lusociência.
- Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ªed.). Lisboa: Lusodidacta.

- Luz, K. R., Vargas, M. A. O., Barlem, E. L. D., Schmitt, P. H., Ramos, F. R. S. & Meirelles, B. H. S. (2016). Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 69(1), 67-71. DOI: [10.1590/0034-7167.2016690109j](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690109j)
- Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de parto pré-termo e parto pré-termo. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 211-215). Lisboa: Lidel.
- Marques, C. C. (2017). Patologia cirúrgica na gravidez: cancro e gravidez. In L. M. Graça (Coord.). *Medicina Materno Fetal*. (5ªed.). (pp.528-539). Lisboa: Lidel.
- Marques, N. (2018). *Filhos da quimio*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Marques, T. P. (2016). Aceitação e vivência da gravidez no casal. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 70-72). Lisboa: Lidel.
- McCormack, B., Borg M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B. ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal* 5 (Suppl) [1].
- McCray, N.D. (2000). Questões psicossociais e da qualidade de Vida. In O.E. Shirley (Coord). *Enfermagem em oncologia* (pp. 893-910). Loures: Lusociência.
- Murray, A.S. (2019). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Res Nurs Health*. 42. (pp. 234–235). DOI: [10.1002/nur.21946](https://doi.org/10.1002/nur.21946)
- Néné, M., Mendes, M & Carteiro, D. (2016). Mutilação genital feminina. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords.). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 99-106). Lisboa: Lidel.
- O'Reilly, B., Bottomley, C. & Rymer, J. (2008). *Livro de bolso de ginecologia e obstétrica*. Loures: Lusodidacta.
- OE (2015). *Livro de Bolso enfermeiros especialista em saúde materna e obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2018). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- OE (2019). *Livro de Bolso: Programas de Preparação para Parto, Adaptação à Parentalidade e ao Pós-Parto*. Torgal, A. (Coor.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) & Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2018). 10 Passos para o sucesso do aleitamento materno. Acedido a 10/11/2020. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/2300/iab_10-medidas_sucesso-aleitamento-materno-2018-09.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2014). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Acedido a 09/11/2020. Disponível em: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 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.
- Phillips, K., D. (2004). Modelo de Adaptação. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, (Coords.). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (modelos e teorias de enfermagem) (pp. 301-333). Loures: Lusociência.
- Prada, F. & Rafael, M. (2016). Partograma. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 348-352). Lisboa: Lidel.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*. 2ª Série (nº26). 4744-4750.
- Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia. *Diário da República*, 2ª Série (nº85). 13560-13565.
- Ribeiro, R. & Rossi, P. (2004) In J. Pinotti & A. Barros (Ed.), *Ginecologia moderna condutas da clínica ginecológica da faculdade de medicina da universidade de São Paulo* (pp. 211-236). Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda.

- Roberts, K., Rezai, N. & Edmondson, R. (2007). Cervical cancer in pregnancy: an assault on family and fertility. *British Journal of Midwifery*. 15 (3). (pp.132-136). Acedido a 10-07-2019. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=c2a4bebe-e8d0-43f9-b4dd-e4e4d3f0b6c9%40sdc-v-sessmgr02>
- Roy, C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da enfermagem: O modelo de adaptação de Roy*. Lisboa: Stória Editores, Lda.
- 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: Blackwell Publishing Ltd.
- Santos, C. (2006). *Doença oncológica – representação coping e qualidade de vida*. Porto: Formasau.
- Serrano, F. (2017). Perda embriofetal recorrente. In L.M. Graça, (Coord.). *Medicina materno fetal*. (5ªed.). (pp.326-332). Lisboa: Lidel.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55, pp.11-20.
- Silva, I. (2011). Emergências hemorrágicas do pós-parto. In D. Ayres-de-Campos, I. Silva, F. Costa (Coords.). *Emergências obstétricas* (pp. 49-61). Lisboa: Lidel.
- Silva, M. & Neves, J. (2016). Gravidez e Oncologia. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coor.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 298-303). Lisboa: Lidel.
- Simões, M. (2014). *O Cancro*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG), Sociedade Portuguesa de Contraceção (SPC) & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR). (2011). Consensos sobre contraceção. Edições Frist News. Acedido a 20/10/2020. Disponível em: http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/consenso_sobre_contracecao_2011.pdf
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG). (2016). Consenso Nacional sobre Menopausa. Acedido a 20/10/2020. Disponível em: http://www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf

- Souza, S. & Gualda, D. (2016). A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto Contexto Enferm.* 25(1): e408001. DOI: [10.1590/0104-0707201600004080014](https://doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014)
- Torgal, A. (2016). Assistência no 1º Trimestre da Gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (117-122). Lisboa: Lidel.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar*. Uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.

APÊNDICES

APÊNDICE I – PESQUISA NA MEDLINE



Friday, October 30, 2020 5:40:46 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S18	S6 AND S10 AND S13 AND S16	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	67
S17	S6 AND S10 AND S13 AND S16	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	147
S16	S14 OR S15	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	2,353,328
S15	(MM "Neoplasms+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	0
S14	cancer	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	2,353,328
S13	S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	1,006,065
S12	pregnan*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	1,006,065

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	
S11	pregnancy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	972,280
S10	S7 OR S8 OR S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	2,469,205
S9	oncologic care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	299
S8	(MM "Patient Care+") OR (MM "Prenatal Care") OR (MM "Nursing Care+") OR (MM "Perinatal Care+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	6,035
S7	care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	2,469,205
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	394,338
S5	midwi*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica	63,883

			Base de dados - MEDLINE Complete	
S4	midwife	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	22,463
S3	nurse	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	354,797
S2	(MM "Midwifery")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	4,538
S1	(MM "Nurse Specialists+") OR (MM "Nurse Midwives")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,050

APÊNDICE II – PESQUISA NA CINAHL



Friday, October 30, 2020 10:50:18 AM

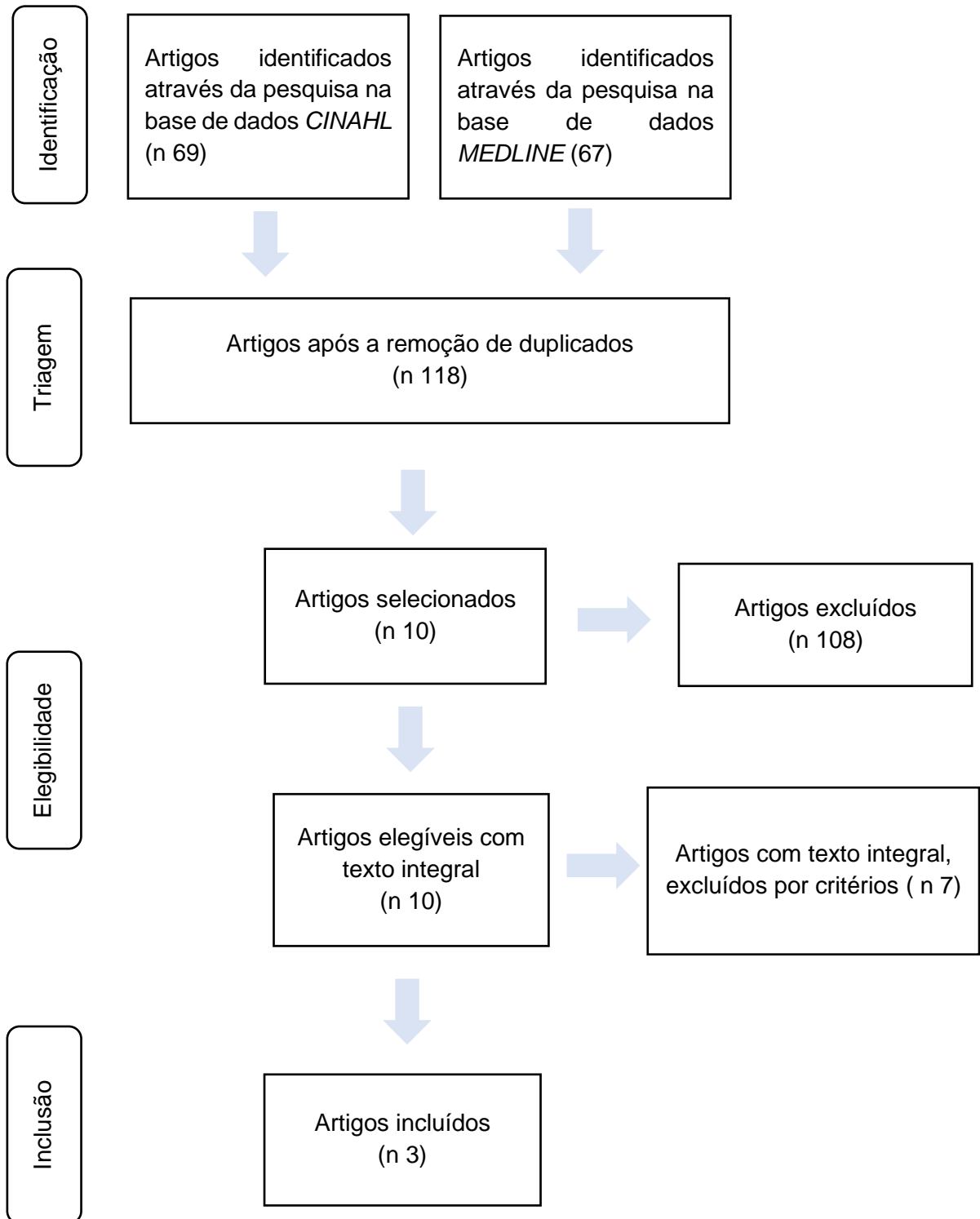
#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S20	S10 AND S12 AND S15 AND S18	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	69
S19	S10 AND S12 AND S15 AND S18	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	135
S18	S16 OR S17	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	674,993
S17	neoplasm	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	550,501
S16	cancer	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	440,194
S15	S13 OR S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	247,884
S14	pregnan*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	247,884

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S13	pregnancy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	239,729
S12	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	557,475
S11	midwi*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	64,030
S10	S6 OR S7 OR S8 OR S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,439,339
S9	care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,439,330
S8	prenatal care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	19,459
S7	nursing care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	62,626

			Base de dados - CINAHL Complete	
S6	(MM "Nursing Care Plans+") OR (MM "Oncologic Care+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	13,066
S5	S1 OR S2 OR 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	545,479
S4	midwife	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	39,724
S3	nurse	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	517,106
S2	(MM "Nurse Midwifery") OR (MM "Midwifery+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	14,480
S1	(MM "Nurse-Midwifery Service") OR (MM "Nurse Midwives")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,520

APÊNDICE III – FLUXOGRAMA

Fluxograma



APÊNDICE IV – TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Tabela de extração de dados

Título

Autor(s)	
Data	
País	
Objetivos	
População	
Metodologia	
Tipo de Intervenção	

Principais Resultados

Estratégias utilizadas pelos enfermeiros especialistas	
Outras intervenções	
Conclusões	
Limitações	

Elaborada de acordo com a metodologia do JBI Manual para a síntese de evidência (Aromataris, E. & Munn, Z. (Ed.). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Acedido a 5/11/2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>.)

APÊNDICE V – TABELAS DE ANÁLISE E EXTRAÇÃO DE DADOS

Título	Cervical cancer in pregnancy: an assault on family and fertility
Autor(s)	Roberts, K.; Rezai, N. & Edmondson, R. J.
Data	Março de 2007
País	Inglaterra
Objetivos	Perceber o impacto do diagnóstico do cancro do colo do útero na grávida e família e de que forma os profissionais ajudam na vivência desta doença
População	Mulher de 26 anos, grávida de 27 semanas com cancro do colo do útero
Metodologia	Estudo de caso
Tipo de Intervenção	Tratamento médico-cirúrgico Cuidados de enfermagem

Principais Resultados

Estratégias utilizadas pelos enfermeiros especialistas	<p>Acompanhamento contínuo da parteira de referência durante o internamento, apoio na gestão da informação sobre a cirurgia ao cancro do colo do útero e o bem-estar fetal assim como no adiamento da cirurgia.</p> <p>A gravidez parece potenciar um sentimento de negação relativo ao diagnóstico de cancro e as mulheres necessitam de reforço constante da informação. Tornando a tomada de decisão difícil para a mulher e família.</p> <p>Informação clara sobre as possibilidades de tratamento disponíveis, tendo sido decidido pela equipa de saúde e casal a cirurgia como a melhor opção. A grávida é também informada que só após o resultado histológico final é que se poderá decidir relativamente à decisão de quimioterapia e radioterapia.</p> <p>Para a histerectomia ser possível é necessário interromper a gravidez previamente, pelo que a grávida é esclarecida pela equipa de neonatologia e parteira</p>
---	--

sobre os riscos para o bebê de um parto pré-termo. É informada sobre a necessidade de internamento numa unidade de cuidados intensivos e possibilidade de suporte ventilatório. Assim como necessidade de transferência de hospital para cuidados diferenciados.

A parteira discutiu com o casal se no caso de ser necessário reanimação do bebê se este assistiria e concluíram que o pai não estaria presente e que a mãe seria submetida a anestesia geral.

Proporcionar à mulher a realização dos seus desejos, para esta mulher era fundamental o recém-nascido realizar leite materno, a parteira apoiava a mulher na extração de leite duas vezes ao dia.

Outras intervenções

Ginecologista informa a grávida sobre o tratamento e planeamento do mesmo.

Conclusões

O papel do enfermeiro especialista é fornecer apoio e informação à mulher e família. Nas situações em que a mulher é cuidada por uma equipa multidisciplinar, é fundamental a existência de um elemento de referência para a mulher e família para que a informação não seja dispersa e contraditória e que seja também um elemento de ligação entre a equipa e mulher.

Limitações

A inexistência de cuidados neonatais diferenciados para o recém-nascido no hospital onde a mulher foi submetida a cirurgia, tendo havido necessidade de transferência do bebê, motivo gerador de ansiedade para a mulher.

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR CASE REPORTS

Reviewer Catarina Venâncio Date 10/11/2020

Author Karen Roberts, Nakissa Rezal & Richard Edmondson Year 2007 Record Number _____

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

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

***Hematologic Malignancies in Pregnancy:
Management Guidelines From an International
Consensus Meeting***

Título	<i>Hematologic Malignancies in Pregnancy: Management Guidelines From an International Consensus Meeting</i>
Autor(s)	Lishner, M.; Avivi, I.; Apperley, J.; Dierickx, D.; Evens, A.; Fumagalli, M.; Nulman, I.; Oduncu, F.; Peccatori, F.; Robinson, S.; Calsteren, K.V.; Vandenbroucke, T.; Van den Heuvel, F. & Amant, F.
Data	Novembro de 2015
País	Estados Unidos da América
Objetivos	<p>A incidência de tumores hematológicos é rara, mas com o protelar da gravidez cada vez para mais tarde tem vindo a aumentar.</p> <p>O desenvolvimento de sintomatologia relacionada com os tumores hematológicos pode se sobrepor à gravidez, portanto é fundamental a equipa de cuidados estar alerta para o diagnóstico precoce. Quanto mais rápido o diagnóstico e tratamento mais favorável é o prognóstico. O diagnóstico e estadiamento da doença não devem ser adiados pela gravidez.</p> <p>Este artigo fornece diretrizes para o desempenho clínico nos tumores hematológicos durante o período perinatal, que foram desenvolvidos por equipa multidisciplinar incluindo um hematologista/oncologista experiente, um especialista em obstetrícia de alto risco, um neonatologista, enfermeiros experientes, assistentes sociais e psicólogos.</p>
População	Grávidas com cancro do foro hematológico
Metodologia	<p>Texto de Opinião</p> <p>As diretrizes foram desenvolvidas por especialistas na área durante o primeiro Encontro Internacional Consenso de malignidades hematológicas pré-natais, realizado em Leuven, Bélgica, em 23 de maio de 2014.</p>
Tipo de Intervenção	Tratamento médico

Principais Resultados

Estratégias utilizadas pelos enfermeiros especialistas	
Outras intervenções	<p>Os enfermeiros devem estar atentos e detetar precocemente os efeitos secundários dos tratamentos, nomeadamente da quimioterapia e proporcionar técnicas e terapêutica para a prevenção e alívio dos mesmos.</p> <p>Artigo demonstra os efeitos teratogénicos da quimioterapia.</p>
Conclusões	<p>Embora as neoplasias hematológicas sejam raras na gravidez, eles introduzem aspetos clínicos, sociais, éticos e dilemas morais para o paciente, família e equipa de saúde. O desafio é preservar a saúde materna e a sobrevivência sem colocar em risco o bem-estar fetal.</p>
Limitações	<p>A evidência é escassa e esforços colaborativos são necessários para aumentar o número de estudos nesta área.</p>

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR TEXT AND OPINION PAPERS

Reviewer Catarina Venâncio Date 10/11/2020

Author Michael Lishner et al. Year 2015 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the source of the opinion clearly identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the source of opinion have standing in the field of expertise?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are the interests of the relevant population the central focus of the opinion?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is the stated position the result of an analytical process, and is there logic in the opinion expressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there reference to the extant literature?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is any incongruence with the literature/sources logically defended?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Experience of Japanese pregnant women with cancer in decision-making regarding cancer treatment and obstetric care

Título	<i>Experience of Japanese pregnant women with cancer in decision-making regarding cancer treatment and obstetric care</i>
Autor(s)	Kozu M.; Masujima, M. & Majima, T.
Data	2020
País	Japão
Objetivos	<p>Esclarecer a experiência das mulheres grávidas com cancro.</p> <p>Compreender o papel do enfermeiro no cuidar destas mulheres durante a sua tomada de decisão.</p>
População	Mulheres japonesas no pós-parto, que tivessem sido submetidas a tratamento para o cancro (qualquer tipo de cancro) durante a gravidez ou no primeiro mês de puerpério e diagnosticadas pelo seu médico sem doença mental
Metodologia	Estudo qualitativo – amostragem intencional método e abordagem retrospectiva, num período limitado.
Tipo de Intervenção	<p>Análise de conteúdo das entrevistas através da triangulação, revisão por pares e análise de caso negativo.</p> <p>Colheita de dados através de entrevistas.</p>

Principais Resultados

Estratégias utilizadas pelos enfermeiros especialistas	<p>O papel do enfermeiro na prestação de cuidados a mulheres grávidas com cancro é garantir que essas mulheres tenham acesso a canais contínuos de comunicação e oferecer oportunidades de diálogo aberto.</p> <p>As enfermeiras devem permitir que as mulheres sejam francas, em vez de impor seus próprios valores e ética. Mulheres em estado de confusão ou insegurança podem ter dificuldade em entender corretamente as</p>
---	---

informações fornecidas por obstetras e oncologistas, bem como para pensar e integrar as informações e refletir sobre como discuti-las com a família.

A função do enfermeiro é capacitar mulheres grávidas a expressar os seus pensamentos e necessidades à equipa médica e à a sua família. É importante que os enfermeiros e mulheres grávidas consideram conjuntamente métodos para a resolução de problemas. Que as grávidas procurem a informação que necessitam junto de outros elementos da equipa multidisciplinar de forma a assegurar as suas necessidades de informação e desafios psicossociais devido ao dilema e incerteza.

Se as mulheres grávidas apresentarem sintomas de doença mental, como insónia ou depressão, recomenda-se o encaminhamento para o psiquiatra.

Outras intervenções

Este estudo revelou que a tomada de decisão em grávidas com cancro resulta da interação entre o feto, equipa médica e familiares. O confronto com dilema, incerteza e redefinição das próprias decisões das mulheres continuam após a tomada de decisão.

Conclusões

Do presente estudo, verifica-se que a tomada de decisão das grávidas japonesas com cancro pode ser entendida em três fases. Considera-se que a primeira fase se refere à comunicação verbal e não verbal com os que lhe são próximos, e a segunda e terceira fases indicam reflexão.

O papel do enfermeiro é garantir uma comunicação aberta, canais de diálogo, e empoderar essas grávidas a expressarem os seus pensamentos e necessidades informativas perante a equipa médica e seus familiares.

Limitações

Foram entrevistadas 8 mulheres japonesas, sendo que no momento da entrevista estavam todas livres de doença. Caso contrário os resultados poderiam ter sido diferentes. Por outro lado, não se pode generalizar o presente estudo para mulheres ocidentais uma vez que o aborto no Japão é permitido até às 22 semanas de gestação.

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer Catarina Venâncio Date 10/11/2020

Author Mika Kozu, Mariko Masujima & Tomoko Majima Year 2019 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

**APÊNDICE VI – TABELA SÍNTESE COM PRINCIPAIS CONCLUSÕES
PARA A REVISÃO *SCOPING***

TABELA SÍNTESE COM PRINCIPAIS CONCLUSÕES PARA A REVISÃO SCOPING

Referências	Estratégias do Enfermeiro especialista no cuidar da grávida com cancro	Limitações da pesquisa
<p>Roberts, K.; Rezai, N. & Edmondson, R. J., 2007</p>	<p>O papel do enfermeiro especialista é fornecer apoio e informação à mulher e família. Nas situações em que a mulher é cuidada por uma equipa multidisciplinar, é fundamental a existência de um elemento de referência para a mulher e família para que a informação não seja dispersa e contraditória e que seja também um elemento de ligação entre a equipa e mulher.</p> <p>As neoplasias hematológicas são raras na gravidez, mas introduzem aspetos clínicos, sociais, éticos e dilemas morais para o paciente, família e equipa de saúde. O desafio é preservar a saúde materna e a sobrevivência sem colocar em risco o bem-estar fetal.</p> <p>Os enfermeiros devem estar atentos e detetar precocemente os efeitos secundários dos tratamentos, nomeadamente da quimioterapia e proporcionar técnicas e terapêutica para a prevenção e alívio dos mesmos.</p>	<p>A evidência é escassa e esforços colaborativos são necessários para aumentar o número de estudos nesta área.</p>
<p>Lishner, M. et al., 2015</p>	<p>Conclui-se que a tomada de decisão das grávidas japonesas com cancro pode ser entendida em três fases: a primeira que contempla comunicação verbal e não verbal com os que lhe são próximos, e a segunda e terceira fases indicam reflexão.</p> <p>O papel do enfermeiro é garantir uma comunicação aberta e empoderar essas grávidas a expressarem os seus pensamentos e necessidades informativas perante a equipa médica e seus familiares.</p>	<p>Não se pode generalizar o presente estudo para mulheres ocidentais uma vez que o aborto no Japão é permitido até às 22 semanas de gestação.</p>
<p>Kozu M.; Masujima, M. & Majima, T., 2020</p>	<p>O papel do enfermeiro é garantir uma comunicação aberta e empoderar essas grávidas a expressarem os seus pensamentos e necessidades informativas perante a equipa médica e seus familiares.</p>	<p>Não se pode generalizar o presente estudo para mulheres ocidentais uma vez que o aborto no Japão é permitido até às 22 semanas de gestação.</p>

Elaborada de acordo com a metodologia do JBI Manual para a síntese de evidência (Aromataris, E. & Munn, Z. (Ed.). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Acedido a 5/11/2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>.)

APÊNDICE VII – GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião de Entrevista: “Estratégias do Enfermeiro Especialista no Cuidar da Grávida com Cancro”

Objetivos	Questões	Indicadores
<p>Compreender as estratégias dos enfermeiros especialistas no cuidar da grávida com cancro</p>	<p>Descreva o mais pormenorizadamente possível as estratégias que utiliza no cuidar da grávida com cancro?</p>	<p>Escuta ativa</p> <p>Informação clara</p> <p>Permitir a tomada de decisão informada da mulher</p> <p>Encaminhamento para outros profissionais de saúde</p> <p>Apoio da comunidade (associações, grupos de ajuda)</p> <p>Integrar a pessoa significativa/família nos cuidados</p>
	<p>Que dificuldades/constrangimentos sentiu no cuidar da grávida com cancro?</p>	<p>Estratégias face às dificuldades vivenciadas no cuidar da grávida com cancro</p> <p>Formação na área, cursos,</p> <p>Reuniões entre equipa multidisciplinar, ou outras</p>

Guião de Entrevista: “Estratégias do Enfermeiro Especialista no Cuidar da Grávida com Cancro”

Número de Entrevista _____

Caraterização Sociodemográfica

Idade: _____ anos

Sexo

Feminino	
Masculino	

Formação académica e profissional:

	Grau Académico	Área Profissional
	Licenciatura	
	Pós-Licenciatura	
	Mestrado	
	Doutoramento	

Tempo de serviço como enfermeiro: _____ anos

Tempo de serviço como enfermeiro especialista: _____ anos

APÊNDICE VIII – CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado para a realização da Entrevista

Catarina Isabel Godinho Venâncio, estudante do 10º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa pretende realizar um estudo sobre “Estratégias do Enfermeiro Especialista no Cuidar da Grávida com Cancro”, com os objetivos: Compreender as estratégias do enfermeiro especialista no cuidar da grávida com cancro; Identificar as estratégias promotoras do cuidar da grávida com cancro; Identificar as dificuldades/constrangimentos sentidas pelos enfermeiros especialistas no cuidar da grávida com cancro e orientado pela Sr.ª Professora Doutora Maria Helena de Carvalho Valente.

Solicita-se a sua participação no estudo e autorização para a gravação da presente entrevista. A sua colaboração será de forma voluntária e anónima e está garantida a confidencialidade de toda a informação recolhida, sendo utilizada apenas no presente estudo.

Desde já agradeço a sua participação, pois sem o seu contributo, este trabalho não seria possível.

Atenciosamente,

Catarina Isabel Godinho Venâncio

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Contacto: tel.: 939457819 e email: catarina.i.g.venancio@gmail.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa supracitada. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de prejuízo. Assim, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para a realização do relatório de estágio e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela estudante da especialidade.

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Data: _____

APENDICE IX – PROCEDIMENTO DE SERVIÇO

Ingurgitamento mamário

Palavras Chave: Aleitamento materno, horário livre, esvaziamento mamário

1. OBJETIVOS

- 1.1.** Uniformizar os cuidados dos Enfermeiros do Departamento da Mulher, perante a puérpera com ingurgitamento mamário

2. ÂMBITO

- 2.1.** Equipa de enfermagem do Departamento da Mulher.

3. TERMOS E SIGLAS

- RN – Recém-nascido
AM – Aleitamento Materno

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1.** O ingurgitamento é definido pela distensão dolorosa das mamas que ficam tensas, pesadas, quentes e podem ficar brilhantes. Estas alterações devem-se a um significativo aumento da produção e incapacidade de armazenamento dos alvéolos mamários;
- 4.2.** Promover AM em horário livre;
- 4.3.** Esvaziar bem a primeira mama antes de oferecer a segunda;
- 4.4.** Verificar/validar pega correta;
- 4.5.** Promover uma posição correta a mamar.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA

- 5.1.** O objetivo do tratamento do ingurgitamento mamário é esvaziar a mama, pelo que a primeira medida deve ser colocar o RN à mama.
- 5.2.** Se a mama estiver demasiado tensa, pode ser necessário proceder ao esvaziamento manual para que de seguida o RN consiga realizar uma pega correta e eficaz, promovendo assim o esvaziamento mamário.
- 5.3.** De forma a ser possível iniciar o fluxo de leite aplicar calor húmido pelo período máximo de 5 minutos, ou tomar um banho quente antes de amamentar.
- 5.4.** A puérpera deve ser incentivada a sacudir ou "chocalhar" a mama e retirar algum leite previamente de forma a promover uma melhor adaptação do RN à mama.
- 5.5.** Se não for possível colocar o RN à mama ou após amamentar este não esvaziar a mama, deve proceder-se ao esvaziamento manual ou por bomba até que a mama fique mole, podendo-se oferecer o leite extraído ao RN em copo ou seringa.
- 5.6.** Para facilitar o esvaziamento mamário é fundamental estimular o reflexo da ocitocina:
- Manter um ambiente calmo e tranquilo perto do RN;
 - Promover a aplicação de calor nas mamas;
 - Proporcionar um duche quente e relaxante;
 - Realizar massagem nas mamas em direção aos mamilos.

- e) Se necessário, utilizar ocitocina spray nasal.
- 5.7.** Após o esvaziamento total da mama aplicar compressas frias ou bolsas de gelo.
- 5.8.** Na educação para a saúde à puérpera promover a aplicação de sacos de vegetais congelados ou folhas de couve refrigeradas.

6. INDICADORES

Não aplicável.

7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- a) Bértolo, H. & Levy, L. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Unicef
- b) Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ªed.). Lisboa: Lusodidacta.
- c) Makwana, A. & tiwari A. (2018). Effect of application of cabbage leaves on breast engorgement among postnatal women– a literature review. *International Journal of Nursing Education*. DOI: 10.5958/0974-9357.2018.00030.2
- d) Sardo, D. (2016). Promover e apoiar a amamentação. In Néné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (Coor.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 200-205). Lisboa: Lidel.
- e) WHO; Unicef. (2015). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. (3ªed.) Geneva: World Health Organization.

8. ASSINATURAS

8.1. Aprovação

X

Chefe do serviço de Obstetrícia

8.2. Elaboração

X

Catarina Venâncio
AEESSMO

X

Enfermeira Orientadora

X

Enfermeira Orientadora

APÊNDICE X – FOLHETO INFORMATIVO “SOU MÃE, E AGORA?”

Conselhos Úteis

Aproveite a ajuda dos familiares e amigos próximos.

Descanse quando o seu bebé descansar.

Limite as visitas, peça para telefonarem previamente de forma a agendar a visita ao bebé e mamã.

Elaborado por:

Catarina Venâncio (Aluna do 10º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria

Docente Orientadora: Prof.ª Helena Presado



SOU MÃE, E AGORA?



Fonte: <https://www.tuasaudie.com/puerperio/>

Referências bibliográficas

Ferreira, A. (2016). Fisiologia do Puerpério. In Néné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (Coord.). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (pp. 438-442). Lisboa: Lidel.

Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. In Néné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (Coord.). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (pp. 443-454). Lisboa: Lidel.

Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). Enfermagem na maternidade. (7ªed.). Lisboa: Lusodidacta.

Telefone: [Redacted]

E-mail: [Redacted]@slvt.min-saude.pt

Puerpério

Modificações físicas e psíquicas que ocorrem no pós-parto.

Decorre desde o nascimento até cerca de 6 semanas após.

Lóquios:

Durante esta fase o útero liberta um conteúdo que se designa de lóquios.

- ✓ Lóquios hemáticos: ocorrem nas primeiras horas e primeiros dias após o parto e podem conter coágulos.
- ✓ Lóquios sero-hemáticos: surgem a partir do 4º/5º dia após o parto, são caracterizados por sangue envelhecido, mais escuro.
- ✓ Lóquios serosos: surgem cerca do 10º dia e podem durar entre 2 a 6 semanas, contém uma cor amarelada.

Episiorrafia ou Correção de Laceração

A cicatrização ocorre entre 2 a 3 semanas após o parto.

É fundamental manter uma higiene cuidada, com sabonete de higiene íntima sem antisséptico, cerca de 2 vezes ao dia e sempre que evacuar.

Realizar a mudança de penso higiénico com frequência, mantendo a região perineal limpa e seca.

Aplicar gelo de 8/8h cerca de 10 minutos.

Em caso de dor, rubor, calor ou tumefação deve consultar o seu médico ou enfermeiro de família.

Sutura Abdominal de Cesariana

Realizar penso conforme indicação médica.

Se necessário retirar pontos deve recorrer ao seu enfermeiro de família cerca do 10º dia.

Manter a região da sutura limpa e seca.

Hemorroidas

Podem causar dor ou desconforto. Aplicar gelo. Realizar a higiene com água fria ou morna.

Alimentação

Mantenha uma alimentação adequada e saudável, a cada 2/3h tal como durante a gravidez. Manter ingestão de 1 a 2l de água por dia.

Baby Blues

É normal sentir-se mais instável, depressiva ou com choro fácil nas primeiras 2 semanas após o parto, devido às alterações psicológicas, hormonais, sociais e ao novo papel de mãe que tem que assumir. Se estas alterações persistirem procure o seu médico ou enfermeiro de família.

Atividade Sexual

A atividade sexual do casal deve ser retomada quando se sentirem preparados. É fundamental o início do método contraceutivo. Fale com o seu médico ou enfermeiro de família.

**APÊNDICE XI – FOLHETO INFORMATIVO “FORTALECIMENTO DA
MUSCULATURA DO PAVIMENTO PÉLVICO**

Exercícios de Fortalecimento da musculatura pélvica

Realize ___ séries de exercícios, pelo menos ___ vezes ao dia.

Referências Bibliográficas

Ponzone, L., Valentin, E., Carrière, F. & Damão, R. (2019). Tratamento manipulativo osteopático musculoesquelético em mulheres com incontinência urinária não complicada. *Fisioterapia Brasil*, 20(2), 230-238. Acedido a 03-07-2019. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/fb.v20i2.2397>

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2018). *Consenso nacional sobre uroginecologia*. Acedido a 04-07-2019. Disponível em: <http://www.spginecologia.pt/uploads/livro-consenso-sobre-uroginecologia.pdf>

Realizado por:
Catarina Venâncio
Aluna do 10º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Docente Orientadora: Prof.ª Madalena Oliveira

Fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico



Fonte: <https://www.healthywomen.org/content/article/strong-pelvic-floor-exercises>

Serviço de Ginecologia Obstetrícia

Exercícios de Fortalecimento da musculatura pélvica

O pavimento pélvico é formado por músculos e tecidos que dão suporte aos órgãos da cavidade pélvica.

O corpo da mulher está sujeito a inúmeras modificações durante o seu ciclo de vida e principalmente a cintura pélvica. Após a primeira menstruação a pelvis desenvolve-se, alargando, a musculatura aumenta e verifica-se uma rotação interna das coxas.

(Ponzone, Valentin, Carrière & Damão, 2019)

Fatores de risco

- Idade;
- Obesidade;
- Alterações hormonais ao longo da vida;
- Gravidez;
- Parto vaginal.

(Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018)

Assim, de forma a preservar a qualidade de vida e prevenir a perda de urina involuntária, aumentar o prazer sexual e prevenir prolapso vaginais é fundamental realizar exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, também conhecidos por exercícios de Kegel.

Como realizar os exercícios?

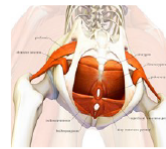
Evaziar a bexiga antes de iniciar os exercícios;

Posições:

1. Sentada numa cadeira com as pernas ligeiramente fletidas e joelhos um pouco afastados;
2. Deitada confortavelmente com as pernas ligeiramente fletidas e joelhos um pouco afastados;
3. Em pé.



Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Exerc%C3%ADcios_Kegel#/media:Ficheiro:Exerc%C3%ADcios_Kegel.png



Identifique os músculos

Contraia os músculos da vagina e ânus imaginando que está a impedir a saída de um gás ou de urina. Imagine que consegue, deste modo, interromper o fluxo de urina;

- Contraia cerca de 6 a 8 segundos;
- Descontraia a musculatura;
- Realize 3 séries de 10 contrações/descontrações e repita o exercício 2 a 3 vezes por dia.

(Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018)

Após a consciencialização dos músculos a contrair vai conseguir realizar o seu treino diário.

Se tiver dúvidas deve aconselhar-se com o seu enfermeiro ou médico de referência.

Associe a realização dos exercícios à sua rotina diária de forma a melhorar a eficácia dos mesmos.

Podem realizar os exercícios em qualquer sítio de forma discreta, no trânsito, no sofá, a lavar os dentes, enquanto fala ao telefone, basta torná-los parte da sua rotina.

Hábitos de vida saudáveis

- Evaziar a bexiga com frequência;
- Beber cerca de 2l de água por dia;
- Evitar o excesso de peso;
- Prevenir a obstipação;
- Alimentação rica em fibras, frutas e legumes.

**APÊNDICE XII – COMUNICAÇÃO LIVRE “ESTRATÉGIAS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM
CANCRO”**

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO

Revisão *Scoping*

Autoras:

Catarina Venâncio (Enf^o HSM, estudante CPLEESMO, catarina.i.g.venancio@gmail.com)

Helena Presado (PhD, Prof^a Adjunta ESEL; mhpresado@esel.pt)

Famalicão, 22 de novembro de 2019



ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO



Surgem cada vez mais casos de cancro na gravidez, as mulheres têm vindo a aumentar a idade da maternidade. Trata-se de um evento traumático para a grávida e para a família, e inclusivamente para os profissionais envolvidos.

(Silva & Neves, 2016)

A *International Agency for Results on Cancer* da Organização Mundial de Saúde prevê:

- 2030 → 13 074 mulheres a morrer com cancro
- 2040 → 14 543 mulheres a morrer com cancro

um acréscimo significativo a cada 10 anos.

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO



- A reação perante a doença é única, cada indivíduo apresenta problemas e preocupações próprias em relação ao diagnóstico e ao tratamento, assim a enfermagem dirigida ao cancro é um desafio à criatividade, aptidão e empenho do enfermeiro.

(Paki, 2004)

- É essencial que nesta fase da vida da mulher esta se sinta apoiada quando recebe este diagnóstico, o enfermeiro especialista deve orientá-la para os recursos disponíveis na comunidade, e fundamentalmente estar acessível para a escuta das suas dúvidas, receios e preocupações, ajudando na clarificação dos aspetos necessários.

(Silva & Neves, 2016)

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO



Objetivo geral:

- Mapear a evidência disponível relativamente às estratégias do EESMO no cuidar da grávida com cancro.

Objetivos específicos:

- Adquirir conhecimentos relativamente ao cuidar das grávidas com cancro;
- Conhecer as estratégias promotoras do cuidar da grávida com cancro.

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO



Questão:

Quais as estratégias do EESMO no cuidar da grávida com cancro?

Palavras-Chave:

enfermeiro; cuidar; gravidez; cancro

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO



População:

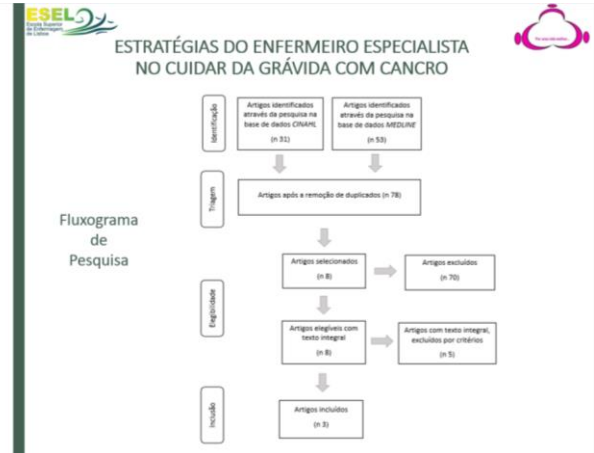
- Enfermeiros especialistas SMO

Conceitos:

- Estratégias do EESMO
- Cuidar
- Grávidas com cancro

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO

Palavras-Chave	Termo natural	Termo indexado CINAHL	Termo indexado MEDLINE	Termo com truncatura
Nurse	Nurse Midwife	Nurse Midwives Nurse midwifery service	Nurse specialists Nurse midwives	Midwi*
Care	Care Nursing care Prenatal care Oncologic Care	Nursing care plans Oncologic care	Prenatal care Nursing care Patient care	
Pregnancy	Pregnancy	Pregnancy	Pregnancy	Pregnanc*
Cancer	Cancer	Neoplasms	Neoplasms	



ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO

RESULTADOS

QUALITY & SAFETY

Pregnancy and Cancer Treatment
Developing a standardized testing policy and procedure

Barbara Jagels, RN, MN, CNRN, Linda Ann, OTRN, ML, CT, MEd, and Andrea Gustafson, MBA, RN, RN

Abstract
Pregnancy and cancer diagnosis is a complex and challenging situation for both the pregnant woman and the fetus. The fetus is exposed to the mother's cancer treatment, and the fetus they spend additional time. Although industry after treatment is a commonly covered topic, cancer and pregnancy are not typically thought of as occurring simultaneously. Currently, the incidence of untreated pregnancy and cancer is low (ranging from 1 in 10,000 to 1 in 100,000). However, the incidence of cancer in late pregnancy with the increased use of diethylstilbestrol, this issue is anticipated to increase. Clinicians who are thought to be incapable of pregnancy with either chemotherapy or radiotherapy, unfortunately, this discovery may not make sense until pregnancy. This presents a professional opportunity to review the obstetrical approach to further assessment and pregnancy prevention during active treatment. Prior to this, pregnancy and obstetrical care were addressed with patients on a per case basis, but, similar to most professional organizations, standardization of this process was lacking. The review group an organization-wide effort to develop and pilot a pregnancy testing policy and care recommendation workflow, within the breast

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO

RESULTADOS

Título	Pregnancy and Cancer Treatment Developing a standardized testing policy and procedure
Autor(s)	Jagels, B.; Amin, L. & Gustafson, A.
Data	Abril de 2018
País	Estados Unidos da América
Objetivos	Implementar a realização de testes de gravidez nas mulheres com necessidade de tratamento potencialmente teratogénico
População	Mulheres em idade fértil com doença oncológica
Metodologia	Estudo das políticas de enfermagem na prevenção da gravidez em mulheres em tratamento teratogénico, em 6 instituições
Conclusões	A comunicação com o paciente é fundamental na prestação de cuidados centrados no mesmo e os enfermeiros são o elemento chave na promoção da educação para a saúde sobre a utilização de métodos contraceptivos durante todo o tratamento do cancro. Os enfermeiros devem verificar o resultado do teste de gravidez antes da administração de quimioterapia.

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO

RESULTADOS

Cervical cancer in pregnancy: an assault on family and fertility

By Karen Roberts, Nicholas Rees and Richard J Edmondson

Abstract
This case study offers an instructive example of how new gynaecological oncology and obstetrics team provided comprehensive care for a 28-year-old woman diagnosed with cervical cancer at 27 weeks gestation late her second pregnancy. The paper highlights the lack of awareness of obstetrical team and clinical guidelines in this case and argues that such cases is unique. The wishes of the woman and her family are of paramount importance when decision making about the potential impact of current treatment on the unborn fetus. An in-depth study into obstetrical team issues highlights both the cancer and obstetrical management in this situation. Following treatment for cervical cancer and the safe delivery of a baby, life will never be the same again for the mother with cervical cancer. We must confront the reality of her disease, how to be a pregnant lady, except the impact upon her future fertility and how with the risk of future disease recurrence. This paper also discusses the role of the nurse specialist in gynaecological oncology and the best nursing and obstetrical issues being treated, advised and beyond.

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO

RESULTADOS

Título	Cervical cancer in pregnancy: an assault on family and fertility
Autor(s)	Roberts, K.; Rees, N. & Edmondson, R. J.
Data	Março de 2007
País	Inglaterra
Objetivos	Perceber o impacto do diagnóstico do cancro do colo do útero na grávida e família e de que forma os profissionais ajudam na vivência desta doença.
População	Mulher de 26 anos, grávida de 27 semanas com cancro do colo do útero
Metodologia	Estudo de caso
Conclusões	O papel do enfermeiro especialista é fornecer apoio e informação à mulher e família. Nas situações em que a mulher é cuidada por uma equipa multidisciplinar, é fundamental a existência de um elemento de referência para a mulher e família para que a informação não seja dispersa e contraditória e que seja também um elemento de ligação entre a equipa e mulher. O enfermeiro que acompanha a mulher assegura que são cumpridos os aspetos importantes para a mulher e que foram trabalhados e discutidos ao longo de todo o processo.

ESELE
Associação de Especialistas em Enfermagem de Saúde da Mulher

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO

RESULTADOS

Hematologic Malignancies in Pregnancy: Management Guidelines From an International Consensus Meeting
Michael Collins, PhD, Anne Lee, F, Apperley, J., Dierckx, D., Evens, A., Fumagalli, M., Nulman, I., Oduncu, F., Peccatori, F., Robinson, S., Calsteren, K.V., Vandenbroucke, T., Van den Heuvel, E. & Amant, F.

ESELE
Associação de Especialistas em Enfermagem de Saúde da Mulher

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO

RESULTADOS

Título	Hematologic Malignancies in Pregnancy: Management Guidelines From an International Consensus Meeting
Autor(s)	Lishner, M.; Avivi, I.; Apperley, J.; Dierckx, D.; Evens, A.; Fumagalli, M.; Nulman, I.; Oduncu, F.; Peccatori, F.; Robinson, S.; Calsteren, K.V.; Vandenbroucke, T.; Van den Heuvel, E. & Amant, F.
Data	Novembro de 2015
País	Estados Unidos da América
Objetivos	Fornecer diretrizes para o desempenho clínico nos tumores hematológicos durante o período perinatal, desenvolvidas por equipa multidisciplinar incluindo um hematologista/oncologista experiente, um especialista em obstetria de alto risco, um neonatologista, enfermeiros experientes, assistentes sociais e psicólogos.
População	Grávidas com cancro do foro hematológico
Metodologia	As diretrizes foram desenvolvidas por especialistas na área durante o primeiro Encontro Internacional Consenso de malignâncias hematológicas pré-natais, realizado em Leuven, Bélgica, em 23 de maio de 2014.
Conclusões	Embora as neoplasias hematológicas sejam raras na gravidez, eles introduzem aspetos clínicos, sociais, éticos e dilemas morais para o paciente, família e equipa de saúde. O desafio é preservar a saúde materna e a sobrevivência sem colocar em risco o bem-estar fetal. Os enfermeiros devem estar atentos e detetar precocemente os efeitos secundários dos tratamentos, nomeadamente da quimioterapia e proporcionar técnicas e terapêutica para a prevenção e alívio dos mesmos. Artigo demonstra os efeitos teratogénicos da quimioterapia.

ESELE
Associação de Especialistas em Enfermagem de Saúde da Mulher

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pouca evidência científica
Necessidade de maior formação dos profissionais
Trabalho em equipa multiprofissional
Mais Investigação

Promover a vivência positiva da gravidez

ESELE
Associação de Especialistas em Enfermagem de Saúde da Mulher

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- International Agency for Results on Cancer. Cancer tomorrow. Acessado em 20/07/2019. Disponível em: <https://ico.iarc.fr/tomorrow/home>
- Jagels, B., Amin, L. & Gustafson, A. (2018) Pregnancy and Cancer Treatment Developing a standardized testing policy and procedure. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22 (2), 218-220. Doi: 10.1188/18.CJON.218-219
- Lishner, M., Avivi, I., Apperley, J. F., Dierckx, D., Evens, A. M., Fumagalli, M., ... Amant, F. (2016). Hematologic Malignancies in Pregnancy: Management Guidelines From an International Consensus Meeting. *Journal of Clinical Oncology*, 34 (5), (pp. 501-508). Doi: 10.1200/JCO.2015.62.4445
- Roberts, R., Rezai, N. & Edmondson, R. (2007). Cervical cancer in pregnancy: an assault on family and fertility. *British Journal of Midwifery*, 15 (3), (132-136). Acessado a 10-07-2019. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=4&sid=62819844-51cc-4285-ac08-5899e650ad17140pdc-v-sessmgr01>
- Pais, F. (2004). O impacto da doença oncológica no doente e família. In A. Bilro & A. Cruz (Coords.), *Enfermagem oncológica* (pp. 25-38). Coimbra: Formasau.
- Silva M.J. & Neves, J. (2016). *Gravidez e Oncologia*. In Héné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (Coor.). *Enfermagem de Saúde Materno e Obstétrica*. (2016). Lisboa: Lidel.

ESELE
Associação de Especialistas em Enfermagem de Saúde da Mulher

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO

Revisão Scoping

Obrigada pela Atenção

Autoras:
Catarina Venâncio (Enf^ª HSM, estudante CPLEESMO, catarina.i.g.venancio@gmail.com)
Helena Presado (PhD, Prof^ª Adjunta ESEL; mhpresado@esel.pt)

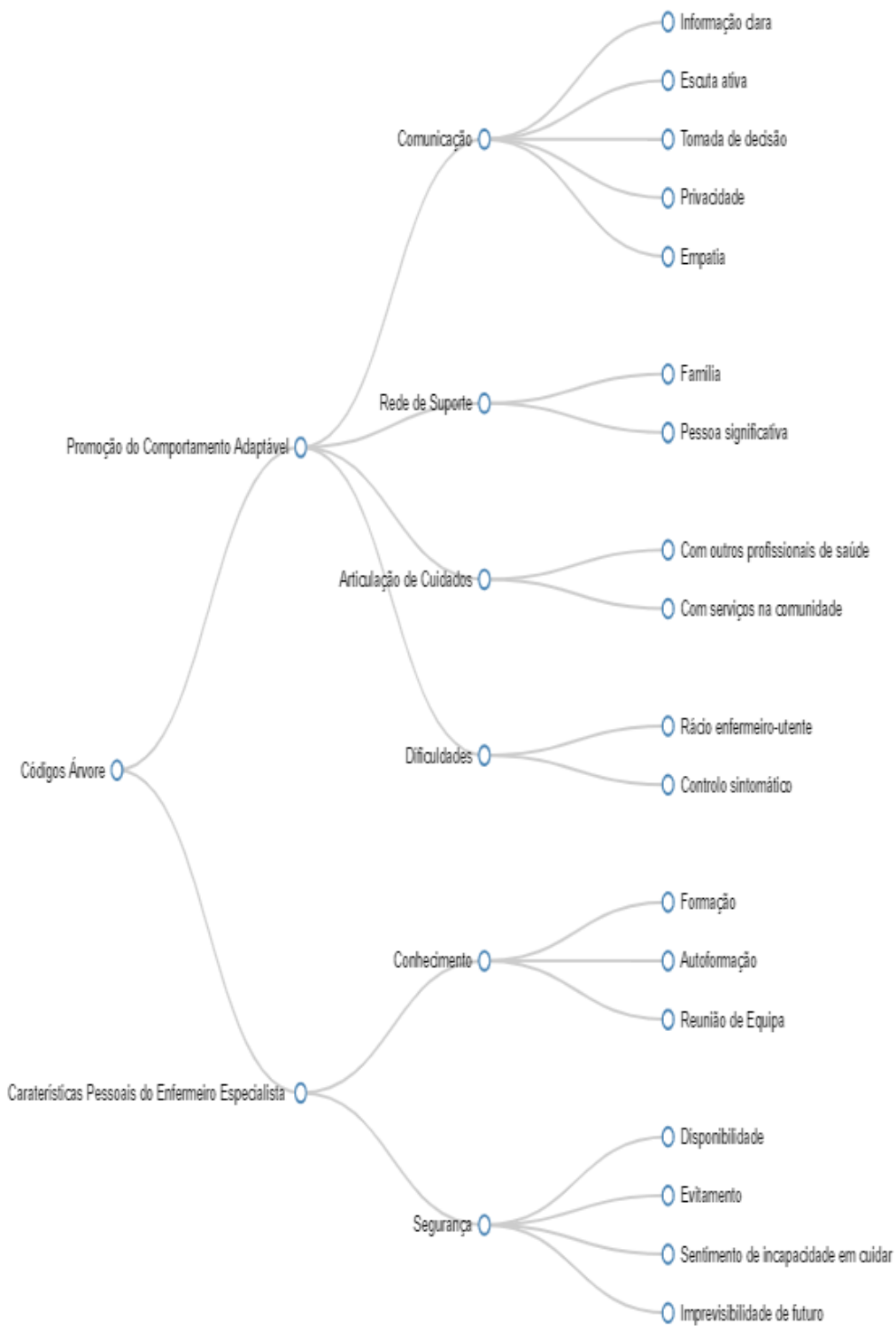
Famalicão, 22 de novembro de 2019

APÊNDICE XIII – CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES
(webQDA)

Classificação

Nome	Refs
Entrevistados	4
Anos de experiência profissional como enfermeiro	4
17	2
8	1
13	1
Idade	4
42	1
32	1
37	1
38	1
Anos de experiência profissional como enfermeiro especialista	4
10	1
4	1
11	1
7	1
Grau Académico	4
Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	3
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	1
Sexo	4
Masculino	0
Feminino	4

APÊNDICE XIV – CÓDIGO ÁRVORE (webQDA)



Códigos Árvore

Nome	Fontes	Refs
Promoção do Comportamento Adaptável	4	45
Comunicação	4	23
Informação clara	3	7
Escuta ativa	2	2
Tomada de decisão	1	4
Privacidade	1	5
Empatia	4	7
Rede de Suporte	1	1
Família	1	1
Pessoa significativa	0	0
Articulação de Cuidados	3	10
Com outros profissionais de saúde	3	9
Com serviços na comunidade	1	1
Dificuldades	3	11
Rácio enfermeiro-utente	1	3
Controlo sintomático	2	8
Caraterísticas Pessoais do Enfermeiro Especialista	4	47
Conhecimento	4	21
Formação	4	11
Autoformação	2	6
Reunião de Equipa	2	4
Segurança	4	26
Disponibilidade	3	11
Evitamento	2	3
Sentimento de incapacidade em cuidar	1	4
Imprevisibilidade de futuro	3	9

ANEXOS

ANEXO I – SÍNTESE DE REGISTO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS

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>20</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>220</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>46</u>
▪ Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	—
▪ Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>	<u>1</u>
▪ Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	<u>5</u>
▪ Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	<u>14</u>
▪ Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	<u>32</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>49</u>
▪ Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	<u>12</u>
▪ Puerpério/ <i>Puerperium</i>	<u>1</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	<u>146</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy newborn</i> (100)	<u>125</u>
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>19</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>	<u>29</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* _____
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* _____
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 5

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* 3
- Prática Simulada na colocação de DIU/IUD *insertion Simulated Practice* 1
- Prática Simulada na colocação de implantes/*Implants insertion Simulated Practice* _____
- Prática Simulada de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation Simulated Practice and colpocytology* 1

Lisboa, 25 / 01 / 2021

Estudante/*Student*

Catarina Venâncio

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

M^{te} Anabela Freire das Santos

**ANEXO II – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “XII JORNADAS DE
OBSTETRÍCIA – POR UMA VIDA MELHOR...”**



XII Jornadas de Obstetrícia

Por uma vida melhor...

Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

catarina Isabel Godinho Varnão

Portador(a) doc. de identificação

12752526

esteve presente nas "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



XII Jornadas de Obstetrícia

Por uma vida melhor...

Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

catarina Isabel Godinho Varnão, participou no Workshop-3 "Viagem e pontos de atenção no trabalho do parto", e

Portador(a) doc. de identificação

12752526

esteve presente nas "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

Quinta-feira, 21 de Novembro de 2019

Sexta-feira, 22 de Novembro de 2019

08.30 Abertura do Secretariado

09.00 Sessão de Abertura

09.30 Conferência I • Parentalidade positiva, do útero materno à realidade a três

Conferencista: Ent.º ESMO Conceição Santa Marta (ULS Matesinhos - UCC Matesinhos)

10.15 Coffee Break

10.45 Mesa Redonda - Novas práticas assistenciais

Moderadora: Prof.ª Doutora Manuela Irené (ESSCVP)

Renovar / Inovar na Preparação para o Parto

Ent.º ESMO Sorala Loureiro (ADeS Porto Ocidental - UCC Baixa do Porto)

Plano de parto de planeamento à execução

Prof.ª Doutora Paula Prata (ESEP)

11.30 Workshop Mustela - O maracujá e a sua ação anti-estrias

Ent.º Inês Moura

11.50 Conferência II • Opções para uma experiência de parto positivo

Conferencista: Ent.º ESMO Irene Correjeira (CHP/VIC)

12.30 Almoço livre

14.00 - 18.00 Workshops

Workshops 1 - Lacerações perineais / FCP - Treino reparação do

períneo

Ent.º ESMO Carlos Mascarenhas (CHTV)

Workshops 2 - Manual de instruções para bebés?! Ferramentas

utilizadas pelos enfermeiros promotores de empowerment dos pais

Ent.º ESMO Isabel Ferreira (Gimnográvida)

Workshops 3 - Massagem e pontos de acupressão no trabalho

do parto

Ent.º José Malta (Voz do Silêncio)

09.30 Conferência III • O sono e os bebés

Conferencista: Dra. Andreia Neves (Cardiopneumologista, especialista em sono)

10.15 Mesa Redonda - Pós-parto - Desafios!

Moderadora: Ent.º ESMO Olga Pousa (ADeS Porto Ocidental - USF Garcia de Orta)

Amamentação e prematuridade

Ent.º ESEP Cristina Correia (CHTS - Neonatologia)

O impacto da transição na individualidade do casal

Dra. Isabel Fernandes (Psicóloga - Sensil Taking Care)

10.45 Coffee Break

11.15 Conferência IV • Períneo feminino - Intervenção Precoce

Conferencista: Dra. Cristina Vilas Boas (Fisioterapeuta)

12.45 Almoço livre

14.30 Conferência V • Amor e sexo na idade pós-menopausa:

condicionantes e desafios

Conferencista: Dra. Cátia Oliveira (Psicóloga - Universidade Lusófona do Porto,

FPCEUP/Sextab, Hospital CUF Porto, Gimnográvida)

15.15 Apresentação de Comunicações Livres

Moderadora: Ent.º ESMO Catarina Amaral (CHTV)

18.00 Entrega de prémios Pósteres / Comunicações Livres

18.15 Sessão de Encerramento

**ANEXO III – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM COMUNICAÇÃO
LIVRE**



XII Jornadas de Obstetrícia

Por uma vida melhor...

Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Catarina Isabel Godinho Venâncio

Portador(a) doc. de identificação

participou

com a comunicação livre: "Estratégias do enfermeiro especialista no cuidado da grávida com
cancer: Revisão Scoping", nos dias

"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