

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

Relatório de Estágio

**Cancro da mama e Amamentação: o cuidar do Enfermeiro
Obstetra**

Frederico Miguel Dinis Camilo da Rocha



**Lisboa
2020**



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

Relatório de Estágio

**Cancro da mama e Amamentação: o cuidar do Enfermeiro
Obstetra**

Frederico Miguel Dinis Camilo da Rocha



Orientador: Professora Doutora Maria Helena de Carvalho Valente Presado

Coorientador: Mário Manuel Escaleira Cardoso



Lisboa

2020

Não contempla as correções resultantes da discussão pública.

Dedicatória e Agradecimentos

Dedico este trabalho a todas a mulheres com cancro da mama.

Às mulheres sobreviventes de cancro da mama que contribuíram para a concretização deste trabalho e partilharam a sua experiência de vida.

Aos meus amigos, Ana, Ana Rita, Anabela, Catarina, Fábio, João, Joana, Liliana, Lúcia, Sara, o meu obrigado por despenderem o vosso tempo na colaboração, apoio e paciência durante e na realização deste trabalho.

Aos meus pais, por me proporcionarem a continuidade da formação académica e pelo reforço positivo em todos os momentos.

Aos meus colegas de trabalho e à minha chefe de serviço por muitas vezes cooperarem nas trocas facilitando a realização dos Ensinos Clínicos.

À Professora Helena Presado e ao Professor Mário Cardoso, pela orientação e apoio durante todo o percurso académico.

Ao Daniel e à Sofia, orientadores dos contextos clínicos por todos os momentos de aprendizagem que me proporcionaram e pela amizade que se construiu.

A todos os que direta ou indiretamente participaram no sucesso deste percurso académico.

Obrigado.

Lista de Abreviaturas e Siglas

BP - Bloco de Partos

CAM - Conselheira de Aleitamento Materno

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

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

CTG - Cardiotocografia

EBSCO – *Elton B. Stephens Company Publishing*

EEESMO - Enfermeiro Especialista de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

ER - Estágio com Relatório

ICM – *International Confederation of Midwives*

INE - Instituto Nacional de Estatística

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

QT – Quimioterapia

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

RN - Recém-nascido

RON - Registo Oncológico Nacional

RT – Radioterapia

SUOG - Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP - Trabalho de parto

Resumo

O número de mulheres com cancro da mama em idade reprodutiva tem vindo a aumentar e, muitas destas mulheres, no final dos tratamentos, pretendem engravidar. Deste modo, é necessário perceber como esta patologia e os tratamentos interferem na amamentação e quais os fatores que vão influenciar a tomada de decisão de o fazer.

Para responder à questão: “Quais as necessidades das mulheres sobreviventes de cancro de mama no processo de amamentação?” foi utilizada a metodologia *scoping review* recorrendo à plataforma *EBSCOHost*. Identificaram-se 7 artigos, aos quais se acrescentaram 4 da literatura não publicada. Considerando a pouca evidência científica existente, realizaram-se 5 entrevistas a mulheres sobreviventes de cancro da mama, de forma a relacionar a evidência científica com a experiência vivenciada, bem como os fatores influenciadores na tomada de decisão de amamentar.

O referencial teórico de Enfermagem utilizado foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis, no sentido entender o processo de transição que estas mulheres enfrentam.

Concluiu-se que as necessidades das mulheres sobreviventes de cancro da mama e os fatores relacionados com a tomada de decisão de amamentar são semelhantes aos de qualquer mulher sem patologia e baseiam-se na opção pessoal e na opinião do profissional de saúde. É possível amamentar após cancro da mama, salvo algumas restrições, dependentes do tipo de tratamento. Identificou-se a necessidade urgente de (in)formar os profissionais de saúde acerca da viabilidade da amamentação nesta população, com o intuito de melhorar as intervenções na promoção e continuidade da amamentação.

Palavras chave: Aleitamento materno; Cuidar; Maternidade; Cancro da mama; Enfermeiro Obstetra

Abstract

The number of women diagnosed with breast cancer in reproductive age has been increasing and, many of those women, at the end of their oncological treatments, pretend to get pregnant. Therefore, it is essential to understand how this pathology and associated treatments compromise breastfeeding and which factors influence decision-making.

To answer the question: "Which factors affect the decision-making of breastfeeding in breast cancer survivors?", scoping review was employed, using the EBSCOHost platform. From there, 7 articles were identified and 3 more were added after the research in unpublished literature. The lack of scientific evidence encouraged the elaboration of 5 interviews to breast cancer survivors, associating the existing scientific evidence with their breastfeeding experiences, as well as breastfeeding's influencing factors.

The nursing theory presented in this report was the Transitions Theory of Afaf Meleis, in order to comprehend the transition that breast cancer survivors face.

In conclusion, the factors that influence decision-making in these women are similar to those without this pathology and they are based on their personal experience and health professional's opinion. Women can breastfeed after breast cancer, except for some restrictions related to specific treatments. It is indispensable to (in)form health professionals about the viability of breastfeeding in breast cancer survivors, improving nurse's interventions in the promotion and continuity of breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding; Care, Maternity, Breast Cancer, Nurse Midwife

Índice

Introdução	20
1. Enquadramento da temática	23
1.1. Maternidade, Cancro da Mama e Amamentação	23
1.2. Teoria das Transições Afaf Meleis.....	27
2. Metodologia	31
2.1. <i>Scoping Review</i>	31
2.2. Estudo Empírico	34
3. Resultados de aprendizagem e de desenvolvimento de competências.....	37
3.1. Desenvolver competências na área da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nos diferentes contextos clínicos.....	37
3.2. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados, promotores da amamentação em mulheres com cancro de mama	52
3.2.1. Conhecer a evidência científica relativa à amamentação após cancro da mama.....	52
3.2.2. Conhecer as necessidades das mulheres sobreviventes de cancro da mama no processo de amamentação durante a maternidade.....	56
3.2.3. Conhecer os fatores que influenciam a amamentação da mulher sobrevivente de cancro da mama.....	60
3.2.4. Contribuir para a qualidade dos cuidados especializados às mulheres sobreviventes de cancro da mama e família.....	63
4. Limitações.....	69
5. Questões Éticas.....	71
6. Considerações finais.....	73

7. Referências Bibliográficas

APÊNDICES

APÊNDICE I - Características dos estudos elegíveis

APÊNDICE II – Guião da Entrevista

APÊNDICE III – Formação em Contexto de Serviço

APÊNDICE IV – Reconhecimento das Parturientes/Puérperas

APÊNDICE V – Certificados das Palestra

Índice de Tabelas

Tabela 1. Mnemónica PCC	32
Tabela 2. Descritores/Operadores booleanos e Resultados	33
Tabela 3 - Categorias e Subcategorias dos fatores e necessidades mencionados pelas mulheres relativamente à amamentação.	36

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Fluxograma de pesquisa e seleção da amostra final de estudo.....	33
---	----

Índice de Figuras

Figura 1 - Teoria da Afaf Meleis aplicada ao objeto de estudo	66
--	-----------

INTRODUÇÃO

De acordo com a convolação do Despacho N°23/PRES/2020 da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), proponho-me a obter o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), após a obtenção de título de Enfermeiro Especialista, em novembro de 2019.

Ao longo do meu percurso formativo, foi possível experienciar diversos contextos clínicos, designadamente: Ginecologia, Puerpério, Cuidados de Saúde Primários, Obstetrícia/Materno fetal, Neonatologia e Bloco de Partos em Instituições de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

O tema central deste relatório, “Cancro da mama e Amamentação: o cuidar do Enfermeiro Obstetra”, reúne a minha experiência profissional, como Enfermeiro no contexto da oncologia, com o interesse pessoal pela área da Saúde Materna e Obstétrica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) identifica a doença oncológica como emergente, destacando-se o aumento da incidência de cancro da mama da mulher em idade fértil, designadamente em Portugal. Esta é corroborada pelo Registo Oncológico Nacional (RON) nos relatórios existentes entre 2001-2010. Cerca de um terço dos tumores diagnosticados no sexo feminino corresponde ao cancro da mama (31,1%), com uma taxa de incidência padronizada correspondente a 93,2% (Pontes *et al.*, 2016).

Verifica-se um aumento da taxa de incidência de cancro da mama na mulher de 76.1% em 2001 (Bento, 2008), aumentando de 87.4% em 2008 para 93,2% em 2010 (Pontes *et al.*, 2016).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), a idade média da mãe, aquando do nascimento do primeiro filho tem aumentado desde 2001 até 2018, de 26,8 para 30,4 anos, respetivamente (PORDATA, 2019). Ao analisar estes dados e o último relatório do RON, infere-se uma relação proporcional entre o aumento da idade

das mulheres primíparas e o aumento do número de novos casos de tumores da mama, a partir da faixa etária dos 30 – 34 anos.

Aquando da realização do Estágio com Relatório foi efetuada uma revisão *Scoping*, permitindo a translação do conhecimento teórico para a *praxis* clínica. Todavia, considerando premente uma atualização dos conteúdos teóricos, com a finalidade de contribuir para a qualidade dos cuidados prestados à mulher com cancro da mama que decidiu amamentar, emergiu uma nova questão de investigação: “*Quais as necessidades das mulheres sobreviventes de cancro da mama no processo de amamentação durante a maternidade?*”. Ademais, como trabalho de campo recorreu-se à realização de entrevistas a mulheres com antecedente de cancro da mama prévio à gravidez.

Como referencial teórico norteador desta pesquisa recorreu-se à Teoria das Transições de Afaf Meleis, a fim de compreender toda a experiência envolta do processo de amamentação, designadamente nesta população específica.

Destarte, definiu-se como objetivos:

1. Desenvolver competências na área da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros – no Regulamento nº 391/2019, DR 2ª série, Nº 85 de 3 de maio e das Essential Competencies for Midwifery Practice da ICM (2019) e competências gerais do detentor do grau de mestre (art.15º, Decreto-Lei nº74/2006);
2. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados, promotores da amamentação em mulheres com cancro de mama.

Como objetivos específicos foram definidos:

- a) Conhecer a evidência científica relativa à amamentação após cancro da mama;
- b) Conhecer as necessidades das mulheres sobreviventes de cancro da mama no processo de amamentação durante a maternidade;

- c) Conhecer os fatores que influenciam a amamentação da mulher sobrevivente de cancro da mama;
- d) Contribuir para a qualidade dos cuidados especializados às mulheres sobreviventes de cancro da mama e família.

O presente relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: enquadramento teórico; metodologia; resultados de aprendizagem e desenvolvimento de competências; considerações éticas, limitações e por fim, as considerações finais.

O presente documento foi redigido de acordo com o Guia de Trabalhos Escritos da ESEL (2018) que concatena as normas da *American Psychological Association* - (APA), 6ª edição (2012).

1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

A pesquisa na área da Enfermagem proporciona uma base de conhecimento científico especializado que fortalece a profissão, quer por antecipar e atender os desafios em constante mudança, quer por manter a nossa relevância social (Wood & Haber, 2001).

Neste capítulo pretende-se fundamentar e justificar a escolha da temática principal deste trabalho, a amamentação após diagnóstico e tratamento do cancro da mama. Para tal, foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica, para aprofundar os conhecimentos nesta área de intervenção.

De acordo com a OE a prática baseada na evidência (PBE) é a *“incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores de preferência dos clientes, no contexto dos recursos disponíveis.”* (OE, 2006, p.1). Esta ideia é corroborada por Fortin (2009), quando refere que a investigação em enfermagem visa a construção de uma base científica orientadora da prática, assegurando a credibilidade da profissão.

1.1. Maternidade, Cancro da Mama e Amamentação

A mulher sobrevivente do cancro da mama apresenta um conjunto de necessidades específicas, durante todo o processo de maternidade, especialmente aquando do ato de amamentar.

A priori importa destacar que existem diversos tratamentos, aquando do diagnóstico de cancro da mama: cirurgia, radioterapia (RT), quimioterapia (QT), hormonoterapia e terapêutica dirigida; sendo que a sua escolha é determinada segundo fatores como o tipo de tumor, a idade, a imagem corporal, esperanças/medos e a fase de vida de cada mulher (Sidiropoulou *et al.*, 2011).

As neoplasias que surgem em faixas etárias mais jovens tendem a apresentar uma maior proliferação celular e risco de invasão linfática e vascular (Hickey, Peate, Sauders, & Friedlander, 2009). No cancro da mama, o maior impacto destas anomalias celulares é ao nível dos tecidos mamários, nomeadamente ao nível dos ductos - tubos que transportam o leite ao mamilo – ou dos lóbulos – glândulas que produzem o leite (Bouche & Jezdic, 2013). Por sua vez, estas estruturas anatómicas assumem especial importância do ponto de vista fisiológico, aquando da lactação, sendo que *“o leite materno é um alimento vivo, completo e natural que possui a composição nutricional perfeitamente ajustada às necessidades do bebé”* (Direção-Geral da Saúde, 2015, p.65).

Fisiologicamente o processo de amamentação surge da seguinte forma: Ao longo da gravidez e puerpério, as glândulas mamárias sofrem alterações notáveis. A mamogénese ocorre na primeira metade da gravidez, existindo um aumento evidente da glândula mamária, com o aparecimento de novos ductos e a proliferação do epitélio alveolar, por influência dos estrogénios. Posteriormente, a progesterona atua, ocorrendo a diferenciação do epitélio no sentido da excreção. No que respeita a Lactogénese, esta desenvolve-se durante a última fase da gravidez até ao parto; inicia-se pela produção de leite para nutrir o RN – primeiramente com a produção do colostro. Todavia, para que ocorra a secreção de leite é necessário a existência de baixos níveis de estrogénio. Após o parto, com a estimulação dos mamilos (sobretudo pela sucção) o sistema nervoso materno, produz duas hormonas importantes: a prolactina e a Ocitocina. A prolactina e as hormonas sexuais, têm um papel sinérgico na mamogénese, no entanto oposto na galactopoiese (manutenção da produção de leite). A galactopoiese ocorre a partir do 3º dia após o parto e para a manutenção da produção de leite apesar da presença da prolactina, o grande interveniente é o estímulo de sucção que é dado à mama aquando o lactente suga. Sublinha-se a importância desta: produzida essencialmente durante o período noturno, permitindo a manutenção da produção de leite e com um efeito relaxante para a mãe que consegue descansar posteriormente. Por outro lado, a ocitocina provoca contração uterina no pós-parto, o que ajuda na redução de perda sanguínea, acelerando a involução uterina. Para além disso, permite que leite flua eficazmente - reflexo de ocitocina ou reflexo de ejeção (Lowdermilk & Perry, 2008 ; Levy & Bértolo, 2012).

Amamentar após tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia é possível e a mulher é capaz de amamentar com sucesso o seu recém-nascido – RN (Faguy, 2015). Meneses & Holland (2014) acrescentam, ainda, que a amamentação após cancro da mama é segura tanto para mãe como para o recém-nascido. As mulheres nesta situação clínica necessitam de apoio extra para que o aleitamento materno seja realizado com sucesso (Meneses & Holland, 2014).

Num dos primeiros estudos de comportamento de amamentação entre as sobreviventes de cancro da mama, algumas mulheres amamentaram com sucesso a partir da mama tratada após a cirurgia e radioterapia, mas a maioria amamentou com sucesso a partir da mama não tratada (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009). Também segundo Carlos González (2014) em casos de cancro da mama, é possível amamentar e, por vezes, até mesmo da mama afetada.

Relativamente à cirurgia sabe-se que esta pode trazer dificuldades relativamente à amamentação, mas ainda que a produção de leite possa ser reduzida, o aleitamento materno é viável (Faguy, 2015).

Quando a mulher é submetida a cirurgia, a intervenção designa-se de conservadora ou mastectomia. As características cirúrgicas na conservação da mama, como por exemplo, a proximidade da incisão na aréola e mamilo, podem afetar a amamentação (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009).

No caso da mastectomia, a amamentação de uma só mama é suficiente, quer a nível nutricional quer em termos de benefícios de proteção, como se amamentasse das duas mamas (Meneses & Holland, 2014). Após a mastectomia pode haver alterações no fluxo de leite devido ao risco de alterações a nível ductal (Lawrence & Lawrence, 2011).

Quando a cirurgia é combinada com radioterapia, a amamentação da mama submetida a tratamento é possível, no entanto, a produção de leite é limitada e há alterações no tecido mamário devido à fibrose inerente à radioterapia (Lawrence & Lawrence, 2011). Estudos de comportamento de amamentação entre as

sobreviventes de cancro da mama, referem que algumas mulheres amamentaram com sucesso a partir da mama tratada após a cirurgia e radioterapia (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009).

Quando o tratamento é a quimioterapia, em alguns estudos verificou-se que a mulher não pode amamentar durante o tratamento, uma vez que ao ser analisado o leite materno este continha vestígios de drogas resultantes de quimioterapia (Faguy, 2015). Foram ainda descritos casos de leucopenia neonatal e trombocitopenia em bebés que foram amamentados durante tratamentos com ciclofosfamida (Stopenski, Aslam, Zhang, & Cardonick, 2017).

Mulheres submetidas a quimioterapia durante a gravidez têm maior probabilidade de relatar uma diminuição no suprimento de leite materno. Não foram relatados problemas no aleitamento materno exclusivo, mas no início da produção de leite no pós-parto. Desde o início, a produção de leite foi substancialmente reduzida ou não foi produzida pelas mulheres submetidas a quimioterapia. Sabe-se ainda que se a quimioterapia não for necessária após o parto, a amamentação não é contraindicada (Stopenski, Aslam, Zhang, & Cardonick, 2017).

Uma vez que os dados acerca do aleitamento materno após quimioterapia são reduzidos, as mulheres são incentivadas a não amamentar durante as 4 semanas seguintes ao final do tratamento (Faguy, 2015). Esta informação é corroborada por Stopenski, Aslam, Zhang, & Cardonick, (2017) que confirmam a excreção dos agentes citotóxicos pelo leite materno após as quatro semanas. Esta depende de vários fatores, tais como a concentração do fármaco, semi-vida plasmática, solubilidade lipídica, tamanho e ionização molecular, ligação às proteínas e fase de amamentação.

Contudo, e sendo necessário garantir que a produção de leite é mantida, a mulher pode retirar o leite manualmente, ou com bomba, mas este terá de ser rejeitado durante este período, sendo possível voltar a amamentar após estas 4 semanas (Faguy, 2015).

Numa análise qualitativa sobre as experiências de sobreviventes de cancro da mama com a amamentação, os resultados indicam que as intervenções para apoiar os esforços da mulher interessada em amamentar têm de ser garantidos, sendo

necessário uma pesquisa adicional tendo em conta o conhecimento presente no desenvolvimento de intervenções (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009). É, para isso, necessário melhorar o acesso das mulheres sobreviventes de cancro da mama à informação sobre a amamentação e, ter uma maior sensibilidade para os obstáculos enfrentados pelas mesmas. Na verdade, o sucesso da amamentação necessita Da conjugação de “três fatores: o desejo e a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte à amamentação” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 65).

Segundo o Manual de Aleitamento Materno a decisão de amamentar é uma decisão pessoal, apesar de sujeita a influências exteriores resultantes da socialização de cada mulher (Levy & Bértolo, 2012). Todavia, sensibilizar e informar as mulheres que experienciaram esta doença para a importância de optarem pela amamentação é primordial, apresentando dados que assegurem a segurança desta ação (Meneses & Holland, 2014). Urge, assim, o papel do EEESMO no âmbito na educação para a saúde, durante todo o processo de maternidade, perante a mulher e/ou o casal, sobre amamentar após a realização de tratamentos, a fim de uma tomada de decisão consciente e informada, bem como, almejando, uma capacitação, adaptação e continuidade da amamentação.

A capacitação envolve um “*processo de ensino-aprendizagem programado [e] sistematizado*” (Petronilho, 2007, p.76), implicando três ações distintas: fornecer informação teórica (ensinar através de transmissão de informação/conhecimentos); instruir sob supervisão de enfermeiro, por exemplo, demonstração de técnicas; e por fim, intervenções do tipo treinar (desenvolvimento de capacidades práticas) (Petronilho, 2007). Todo este processo deve ter em conta o desejo e a decisão da mulher, não sendo imposta a obrigatoriedade de amamentar, conforme suprarreferido.

1.2. Teoria das Transições Afaf Meleis

De forma a permitir o meu desenvolvimento profissional enquanto EEESMO, senti necessidade de ter por base uma teoria de enfermagem como referência na prestação de cuidados, que permitiu o enquadramento das aprendizagens às competências específicas do EEESMO.

Deste modo, o enfoque deste relatório tem duas vertentes principais. Por um lado, há que considerar a mulher que vivencia a experiência da gravidez e que tem cancro da mama, enquanto se confronta com o ter de decidir se irá amamentar. Por outro lado, há que considerar a existência de uma mudança de papel, tanto para a mulher, como para a díade, no que se refere à parentalidade.

A teoria de Enfermagem de Meleis, uma teoria de médio alcance, centra-se no conceito de transições que as pessoas experienciam perante acontecimentos da vida e, é composta por: natureza das transições; as condições da transição (fatores facilitadores e inibidores); os padrões de resposta e as intervenções terapêuticas de enfermagem (Petronilho, 2007; Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

A natureza das transições caracteriza-as face ao tipo (podem ser de saúde/doença, de desenvolvimento, organizacional ou situacional), ao padrão (podem ser simples ou múltiplas, relacionadas ou não, sequenciais ou simultâneas) e às propriedades (referem-se a características essenciais à experiência da transição: consciencialização, empenho, mudança e diferença, período de tempo, pontos e eventos críticos) (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Ao conhecer as diversas transições o Enfermeiro com as suas intervenções atua de modo a facilitar a sua experiência, perante as necessidades e individualidade de cada mulher, enquanto ser individual e holístico, mas, também, como parte da díade e *a posterior* da tríade. Por um lado, surge a transição de saúde-doença

Poder-se-ão encontrar diversas transições Construção da família, como uma transição de desenvolvimento, onde existe um compromisso com um novo sistema, ocorrendo modificações no estabelecimento da identidade do casal, no realinhamento de relacionamentos com a família extensa e amigos, bem como na tomada de decisões relacionadas com a parentalidade. Portanto, há uma nova adaptação a todo o processo de vinculação e definição de parentalidade. Neste sentido, a amamentação surge como parte integrante desta etapa não sendo apenas uma tarefa destinada

Nesta lógica de pensamento, relaciono a temática em estudo, com dois tipos de transição. Um relativo à saúde/doença, uma vez que a mulher vive uma situação de estabilidade de saúde e posteriormente há uma mudança súbita de papel/condição,

havendo a passagem de um estado saudável para uma situação de doença (oncológica). Outro tipo relevante neste contexto é a transição situacional, uma vez que há mudança de papéis, tendo em conta que a gravidez é uma fase de transição para a parentalidade. A existência simultânea de uma gravidez e uma doença oncológica tem implicações relevantes nas tomadas de decisão com que a mulher se vai confrontar invariavelmente, uma realidade que conduz a um processo de transição particularmente complexo.

Desta forma, pode-se depreender que o processo de transição além de complexo, é ao mesmo tempo singular, porque depende da percepção de cada pessoa e dos significados que lhe atribui, tendo em conta o seu ambiente, aprendizagens prévias, relacionamentos e expectativas, exigindo, por sua vez, um novo reajuste de todos estes fatores.

O ambiente, onde se inclui a comunidade e sociedade em que a pessoa está inserida, os valores, crenças e significados atribuídos às experiências, constituem-se como as condições de transição, isto é, os fatores que facilitam ou inibem todo o processo. Segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher (2000), uma transição desencadeia uma mudança que pode ter um alcance variado (desde uma alteração de rotinas, até alterações de ideais e de identidade), pelo que o papel do enfermeiro, no contexto da prática de cuidados, deverá ser centrado na pessoa e nas suas necessidades reais, tendo presente que as experiências de cada um são dotadas de complexidade e diversidade.

Quanto aos padrões de resposta, estes referem-se a indicadores, que podem ser de processo ou de resultado. Os indicadores de processo permitem monitorizar a evolução da pessoa que está a experienciar uma transição, nomeadamente, se está a evoluir para uma condição de saúde/bem-estar ou para uma condição de vulnerabilidade/riscos (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). Por sua vez, os indicadores de resultado possibilitam identificar o final da transição e a avaliação do processo evolutivo do desenvolvimento de competências, tendo em conta os resultados esperados.

Neste caso, pretende-se contribuir para uma evolução que resulte numa condição de saúde e bem-estar, sendo os resultados esperados:

a) a presença de competências na adaptação ao papel parental, durante o parto e pós-parto;

b) na ausência de contraindicações e por opção da mulher, a presença de competências na adaptação à amamentação.

Meleis *et al.* (2000) referem que as intervenções de enfermagem, no contexto das transições, envolvem cuidados de prevenção, de promoção e de intervenção. Deve ser uma área de atenção do enfermeiro porque implica a saúde da pessoa, ou comportamentos relacionados com a saúde, ao longo do ciclo de vida, logo este deve estar consciencializado de todos os fatores inerentes a este processo para prestar cuidados de enfermagem holísticos.

2. METODOLOGIA

Para a compreensão da temática em estudo realizou-se uma *scoping review* e estudo empírico com recurso a entrevistas semiestruturadas que espelham a experiência vivenciada por esta população. Os conteúdos teóricos em estudo foram transferidos para a prática baseada na evidência, aquando da realização dos estágios nos diferentes contextos de aprendizagem.

2.1. *Scoping Review*

Na perspetiva de Ribeiro (2014), a *scoping review* é utilizada para mapear a literatura e estudos pertinentes numa determinada área, caracterizando-se como ordenada, metódica e consistindo numa revisão exploratória. Wood & Haber (2001) referem que, na área da enfermagem, a pesquisa fornece uma base de conhecimento científico especializado que fortalece a profissão, quer por antecipar e atender os desafios em constante mudança, quer por manter a nossa relevância social.

Segundo o Instituto Joanna Briggs (2020) uma *Scoping Review* permite explorar a literatura existente acerca de uma dada temática, explorando conceitos, mapeando-os e identificando eventuais amplitudes ou lacunas de conhecimentos, sendo precursora de pesquisas futuras. Seguiram-se as etapas preconizadas por Peters, et al., (2020) para o estudo em questão de acordo com o *JBI Manual for Evidence Synthesis* (Aromataris E, 2020).

2.1.1. Definição dos objetivos e questão de partida

O objetivo da *Scoping Review* é mapear a evidência científica sobre a temática da amamentação após cancro da mama. Como questão de partida definiu-se: “*Quais as necessidades das mulheres sobreviventes de cancro da mama no processo de amamentação durante a maternidade?*”. A questão de investigação foi definida segundo a mnemónica PCC:

Tabela 1. **Mnemónica PCC**

	P (População)	C (Conceito)	C (Contexto)
Descrição	Mulheres sobreviventes de cancro da mama	Amamentação	Maternidade

2.1.2. Definição dos critérios de inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos, respeitam a mnemónica PCC descrita anteriormente, orientando a pesquisa para assim dar resposta com base em evidência científica à questão em análise. Deste modo, os **critérios de inclusão** para a *Scoping Review* foram: estudos escritos em língua portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa; artigos em formato *full* texto; estudos que dessem resposta à questão de partida. Os **critérios de exclusão** foram: artigos duplicados nas bases de dados consultadas; artigos sem relação/ interesse para a questão de pesquisa.

2.1.3. Pesquisa, seleção e extração da evidência científica

Para o estudo da temática da amamentação após cancro da mama, procedeu-se a uma pesquisa na plataforma *EBSCOhost*, nas bases de dados eletrónicas *CINAHL*; *Cochrane Data base of Sitematic Reviews*; *MEDLINE*, bem como pesquisa na literatura cinzenta, tendo-se percebido que a documentação existente é escassa e pouco aprofundada.

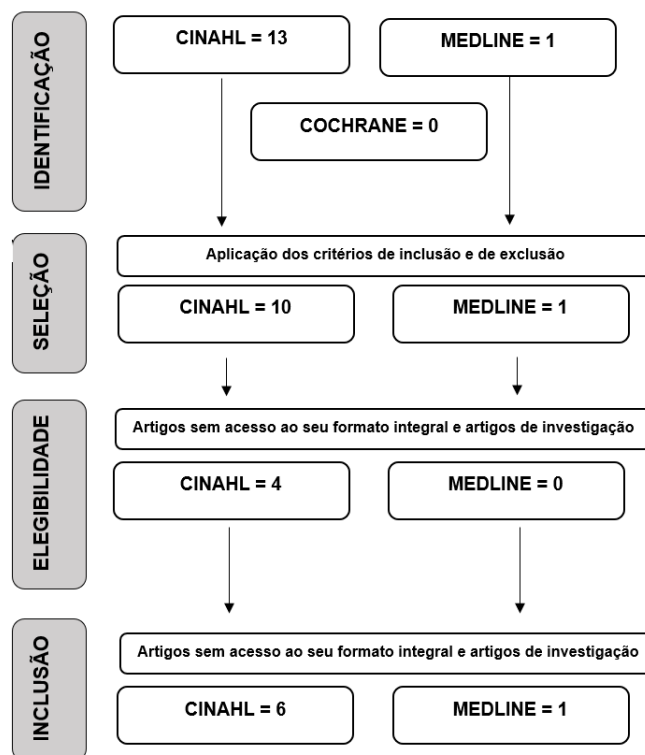
As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram selecionadas por serem consideradas de referência, em termos científicos, no contexto da área da saúde. Na tabela 2 apresentam-se, para cada uma das bases, os descritores e operadores booleanos utilizados, bem como os resultados obtidos:

Tabela 2. **Descritores/Operadores booleanos e Resultados**

Descritores e Operadores booleanos	Base de dados	Resultados
S ₁ – Breast Cancer	MEDLINE	S ₁₁ = 1
S ₂ – Cancer Neoplasm		
S ₃ – Cancer survivors		
S ₄ – Breast Feeding		
S ₅ – Motherhood	CINAHL	S ₁₁ = 13
S ₆ – Pregnancy		
S ₇ – Childbearing		
S ₈ – S ₁ OR S ₂	COCHRANE	S ₁₁ = 0
S ₉ – S ₅ OR S ₆ OR S ₇		
S ₁₀ – S ₈ AND S ₃		
S ₁₁ – S ₁₀ AND S ₄ AND S ₉		
Total = 14		

Aplicando-se os critérios de inclusão e de exclusão supramencionados, obteve-se um total de 7 artigos, analisando-se em primeira instância o título, resumo e palavras-chave. Posteriormente foi necessária uma leitura integral dos artigos para selecionar os pertinentes para a pesquisa em questão (Gráfico 1).

Gráfico 1. Fluxograma de pesquisa e seleção da amostra final de estudo (adaptado de Prisma)



Foram ainda acrescentados 4 artigos encontrados na literatura não publicada, perfazendo um total de 11 artigos para análise, as características destes artigos podem ser verificadas no apêndice I.

2.1.4. Análise da evidência, apresentação dos resultados e conclusão

De forma sucinta poder-se-á inferir que as necessidades das mulheres sobreviventes de cancro da mama, aquando da amamentação são essencialmente de informação e de conhecimentos relacionados com a lactogénese, o trauma mamilar, a pega, a extração de leite através da bomba e prevenção de complicações associadas a este processo (Linkeviciute *et al.*, 2019); vantagens da amamentação para a mãe e RN), bem como do facto da amamentação unilateral ser possível (Pagani & Azim, 2012). Todos os artigos evidenciam que este processo se encontra dependente de questões físicas, psicológicas e sociais, querendo uma abordagem holística durante todo o processo de maternidade. Linkeviciute *et al.* (2019) acrescenta, ainda, que deverá ser privilegiado o cuidado centrado na pessoa e nas suas necessidades.

2.2. Estudo Empírico

Após enquadrar a evidencia científica existente sobre a temática, senti a necessidade de clarificar determinados aspetos sobre a amamentação após cancro da mama de forma a prestar cuidados de enfermagem mais centrados nas necessidades destas mulheres. Desta forma, tornou-se pertinente conhecer o seu próprio ponto de vista. Realizei entrevistas semiestruturadas baseadas num questionário de Azim *et al.* (2010) de forma a explorar o contexto, o significado e as motivações para a amamentação após o cancro da mama.

Segundo Fortin (2009), a entrevista semiestruturada é utilizada quando se pretende compreender o significado de um acontecimento ou fenómeno, vivido pelos participantes de uma forma natural e autêntica, esta autora, refere também que são as entrevistas que permitem flexibilidade ao entrevistador para apresentar as questões de uma forma que considere pertinente, ao mesmo tempo que permite ao entrevistado falar abertamente sobre o tema, esta informação é corroborada por Quivy & Campenhoudt (2018) que afirmam que apesar do investigador ter questões pré-

definidas estas podem ser ou não colocadas pela ordem prevista uma vez que o essencial é encaminhar a entrevista para os objetivos do estudo de uma forma natural.

Segundo Coutinho (2014) as entrevistas podem ser presenciais, ou recorrendo à internet ou mesmo por telefone, individualmente ou em pequenos grupos. Para este estudo as entrevistas foram realizadas, via telefone após a seleção das participantes que aceitaram voluntariamente a participação no estudo, tendo sido salvaguardada a proteção de dados. Foram conduzidas 5 entrevistas, encontrando-se no apêndice II o guião utilizado para a sua realização. Para analisar estas entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdos com fundamento em Bardin (2016) para tratamento de dados qualitativos, recorreu-se ao software MAXQDA2018®.

A análise de conteúdo é dividida em 3 fases distintas: a primeira fase, considerada como pré-análise, que segundo Bardin (2016) corresponde à fase da organização. *“Esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação de hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final”* (Bardin, 2016, p. 125). A fase inicial deste processo inicia-se com a leitura “flutuante” dos documentos em análise este primeiro contacto é importante para formular e identificar categorias. Seguidamente, a segunda fase correspondente à exploração do material, *“consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição (...)”* (Bardin, 2016, p. 131), esta fase é mais morosa, apesar de ter sido facilitada pelo programa MAXQDA2018®, transferindo-se as transcrições para o programa. Por fim a última fase corresponde ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesta fase, após a codificação do conteúdo das entrevistas, relacionou-se o resultado obtido com o resultante da *scoping review*. Segundo Bardin (2016) as categorias e subcategorias podem ser definidas à *priori* ou à *posteriori*, tendo sido, neste contexto, definidas à *posteriori*, uma vez que foram criadas após a colheita e leitura das entrevistas.

A tabela 3 apresenta de forma sucinta o conteúdo obtido aquando das entrevistas. Como categorias identificaram-se: fatores positivos e fatores negativos da amamentação e necessidades. Através das subcategorias pode-se inferir que as mulheres relevam alguns dos benefícios como a vinculação estabelecida entre a díade, porém carecem de uma intervenção individualizada que lhes permita

ultrapassar as suas necessidades e/ou dificuldades, prevenindo, inclusive complicações (como a dor mamária). A identificação e análise destas categorias visa reforçar a importância de uma apreciação e intervenção holística associada a este processo de amamentação.

Tabela 3 - **Categorias e Subcategorias dos fatores e necessidades mencionados pelas mulheres relativamente à amamentação.**

Categorias	Subcategorias
Fatores positivos com a amamentação	Ligação entre a díade
	Conforto e necessidades do bebé
	Organização da amamentação
Fatores negativos da amamentação	Dor na mama
	Pressão social
Necessidades	Informação e conhecimentos
	Dificuldades com a pega

3. RESULTADOS DE APRENDIZAGEM E DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo encontra-se organizado de acordo com os objetivos gerais e específicos definidos *a priori*.

Por um lado, serão apresentadas a análise e descrição das competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo e das aprendizagens alcançadas com a prática dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica. Estas *“envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

Por outro lado, apresentar-se-ão os resultados obtidos através a literatura, confrontando-os com o estudo empírico.

3.1. Desenvolver competências na área da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nos diferentes contextos clínicos

Tendo por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis, a realização de estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários permitiu-me compreender a importância do acompanhamento da mulher e do casal desde o período de pré-conceção até ao nascimento do RN, através da identificação das múltiplas e relacionadas transições que estes vivenciam. Este contexto de aprendizagem proporcionou-me o desenvolvimento de competências no âmbito da realização de consulta de enfermagem especializada: às grávidas de baixo risco, a puérperas, recém-nascidos e nas consultas de planeamento familiar. Destaco a relação terapêutica que se estabelece neste contexto, pelo contacto próximo entre enfermeiro e o cliente que recorre a este sistema, a comunidade. Destarte, permite um efetivo apoio, atuando como fator facilitador das transições vivenciadas neste processo, conforme Afaf Meleis preconiza. No que concerne à intervenção de Enfermagem neste local de

estágio destaco a realização de sessões de Educação para a Saúde no âmbito dos métodos contraceptivos, das infeções sexualmente transmissíveis e no processo de gravidez. Todavia, deparei-me com a escassez de respostas relativas ao processo de amamentação, pela ausência de clientes com estas necessidades. Ademais, considero que este tema surge como uma necessidade de intervenção futura.

No que concerne o contexto de Ginecologia tive oportunidade de experienciar a consulta de Ginecologia, Bloco operatório e consulta multidisciplinar da mama. Na consulta acompanhei mulheres com patologia onco-ginecológica (cancro do ovário, endométrio, colo do útero, vulva, vagina, sarcomas uterinos), com patologia ginecológica como efeito secundário aos tratamentos hormonais para o cancro da mama (alterações endometriais), exemplo disso é o espessamento endometrial causado pelo tamoxifeno (terapêutica hormonal para o cancro da mama) ou para rastreio e tratamento de lesões em fase inicial. Essencialmente a minha intervenção urgiu no seio da transição saúde-doença, essencialmente, que estas clientes se encontravam a vivenciar. Nesta consulta a colpocitologia é realizada em exclusivo pela equipa médica dado que nenhuma das enfermeiras é EEESMO, no entanto durante os turnos realizados na consulta com um dos clínicos, pude executar colpocitologias e explicar às mulheres em que consistia este procedimento, bem como palpação uterina e anexial bimanual. Conforme a OE preconiza: “(...) *os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (...) têm competência para realizar de forma autónoma o exame ginecológico e obstétrico bem como a colpocitologia (...)*” (MCEEMO, Parecer N°27/2013,2013).

Houve ainda oportunidade de observar e colaborar na sala de técnicas ginecológicas, onde são realizados procedimentos como: histeroscopias, colposcopias, conização, biopsias, polipectomias e laser. No contexto da sala de técnicas realizei o acolhimento a estas mulheres, explicando em que consistia o procedimento, cuidados a ter após o mesmo e suas consequências/benefícios fornecendo-lhes folhetos relacionados com a técnica a ser realizada promovendo desta forma um momento de educação para a saúde. Posteriormente acompanhei-as até à sala de técnicas onde permaneci durante o procedimento e colaborei com o clínico na execução do mesmo. Considero que esta atitude terapêutica é facilitadora

dos cuidados, pois é criada uma relação terapêutica e de empatia o que proporciona uma melhoria nos cuidados graças à melhor adesão aos mesmos.

Constatei que uma das grandes preocupações das clientes estava relacionada com a dor causada pela técnica a que iria ser submetida e o medo que o tratamento não fosse eficaz e “curativo”, interferindo no reinício da sua atividade sexual e questionando se esta poderia agravar a doença. Infere-se, deste modo, que estas transições não são singulares e decorrem num sistema que é a família. Portanto, a intervenção do Enfermeiro, como fator facilitador da vivência das transições, compreendendo o significado pessoal associado a estas e compreendendo o cliente e família, mobilizando os recursos destes ou fornecendo a informação, o conhecimento – que se concatena na mestria – para ultrapassar este processo.

Barroso (2007) refere que as *“pessoas com marcas físicas e psicológicas decorrentes da experiência do cancro, possam sentir receio ou ansiedade em (re)iniciar a actividade sexual”* (p.23). Acrescenta que a *“falta de lubrificação vaginal e outros problemas que podem derivar do cancro ou do seu tratamento, diminuem o “apetite” sexual e podem dificultar as relações sexuais”* (p.23). O papel do EEESMO é crucial, dando ênfase às competências H1.3. Providência cuidados à mulher com disfunções sexuais e problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis, do Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (2019). Para dar resposta a esta competência colaborei de forma ativa nas consultas de enfermagem de oncosexualidade em parceria com as enfermeiras da consulta, proporcionando momentos de educação para a saúde a nível da lubrificação vaginal, dilatadores (necessários pela estenose causada pela RT) a importância do uso de preservativo prevenindo infeções sexualmente transmissíveis, o cancro do cólo do útero e suas causas entre outros temas.

O papel do enfermeiro na consulta de ginecologia torna-se fundamental pois para além do supracitado realiza consulta de urgência, consulta pré-operatória, onde pude participar e realizar, fazendo o acolhimento das clientes e explicar todo o processo de internamento, preencher a folha de admissão e realizar a história ginecológica/obstétrica/sexual.

De acordo com o supracitado considero que a passagem pela consulta de ginecologia foi um momento importante na minha prática reforçando-se o papel do EEESMO e das suas competências: H6.1. Promove a saúde Ginecológica da mulher; H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama; H6.3. Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.

No decorrer deste contexto de aprendizagem, observei seis cirurgias onco-ginecológicas, três histerectomias totais com anexectomia bilateral, uma delas com esvaziamento inguinal (um associado a um mioma de grandes dimensões, um por carcinoma do endométrio e um por cancro do colo útero com invasão endometrial), uma vulvectomia relacionada com recidiva local, uma ooforectomia por carcinoma do ovário e um laparotomia exploradora. No último dia que estive no BO, tive oportunidade de fazer o acolhimento a uma senhora de 65 anos, que a idade real não correspondia à sua aparência, aparentando ter mais idade, consequência da patologia e dos tratamentos associados. O seu diagnóstico inicial de Carcinoma do ovário, estágio IV de acordo com o estadiamento FIGO (2006), com diagnóstico de maio de 2015 iria fazer uma laparotomia exploradora tal como preconizam os Consensos Nacionais de 2013 para o Cancro Ginecológico. Ao realizar o acolhimento desta cliente deparei-me com uma senhora frágil, fâcies triste e preocupada com a sua situação, referindo-me *“eu sei bem que tenho o mal dentro de mim, este alto que eu tenho [na zona pélvica] já está cá há tanto tempo que já não me devem fazer nada...”*, neste momento pude atuar como EEESMO tal como o preconizado pelo RCEEESMO (2019) através da unidade de competência “H6.3. – H6.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológicas à mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos”, deste modo foi dado apoio emocional a esta mulher através da escuta ativa e reforço positivo.

Considero que o EEESMO seria uma mais valia quer a nível do BO de ginecologia, mas também com presença efetiva na consulta de grupo de ginecologia, pois é uma das suas competências corroboradas pelo Regulamento de Competências

do EEESMO H6.2. – H6.2.4. Coopera com outros profissionais no diagnóstico das afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama; H6.3. – H6.3.5. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama.

Na consulta da mama verifiquei que o enfermeiro é essencial na prestação de cuidados a estas clientes, quer a nível técnico, quer relacional. Os cuidados de enfermagem estão organizados por enfermeiro de referência, sendo este o profissional que a mulher contacta em caso de necessidade e que faz todo o acompanhamento desde a admissão até à alta.

Durante as consultas de enfermagem, foi oportuno esclarecer a mulher relativamente aos diferentes tipos de cirurgia e alterações posteriores, salientando-se o impacto da mastectomia, os cuidados a ter no pós cirúrgico, bem como o processo de reabilitação à *posteriori*. Para uma melhor assimilação dos conteúdos transmitidos durante esta intervenção de enfermagem, são fornecidos 2 folhetos informativos que cliente leva para o domicílio para rever o momento de educação para a saúde proporcionado na consulta dando assim lugar à competência “H6.3 Providência cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação”. Assim, tal como Meleis preconiza o Enfermeiro atua como fator facilitador, permitindo que o cliente adquira mestria para lidar com as transições que vivência.

Tendo em conta a temática do relatório final “Cancro da mama e amamentação”, tentei perceber qual a realidade da clínica da mama nesta área de intervenção e averigui que apesar de por vezes seguirem grávidas com patologia mamária associada, confirmei que tal como eu, a equipa multidisciplinar desta consulta tem grandes dificuldades na problemática do cancro da mama associado à gravidez, pois os estudos neste âmbito têm sido pouco desenvolvidos. Detetei que a preocupação dos profissionais é sem dúvida o tratamento (cirúrgico, QT, RT, hormonal), contudo abordei uma das médicas assistentes de uma jovem grávida com patologia oncológica e questioneei-a acerca da possibilidade de amamentarem e a resposta foi “não pode amamentar!”, algo expectável.

O contexto de aprendizagem na Clínica da Mama foi uma experiência de aprendizagem na área da mama, mas também da importância da necessidade do enfermeiro especialista neste serviço, gostei desta oportunidade e espero em breve trazer mais contributos para a mulher grávida com patologia mamária, para esta clínica, para o IPOLFG bem como para a comunidade científica, saliento ainda o facto das enfermeiras desta consulta serem todas generalistas e sendo uma das competências do EEESMO “H6.2 Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama”, torna-se imprescindível a existência de um enfermeiro especialista nesta consulta.

O puerpério inicia-se imediatamente após o nascimento do(s) recém-nascido(s) até às 6 semanas pós-parto (Direção-Geral da Saúde, 2015). Este período caracteriza-se pela recuperação física, emocional e psicológica da mãe/mulher, sendo necessário promover e desenvolver competências para o cuidado à mulher e recém-nascido (OE, 2016). Neste momento de vulnerabilidade familiar, dirigi os cuidados de forma a satisfazer as necessidades da mulher/família e RN, ajudando-os a vivenciar a parentalidade da melhor forma.

No internamento de puerpério promovi a interação da tríade (mãe/recém-nascido/família), ajudando-os a vivenciar com sucesso a transição para a parentalidade. Em termos físicos, observei e identifiquei alterações na puérpera, orientando-a para promoção do autocuidado, tonificação muscular, promovendo o *empowerment* da mulher e casal para o desenvolvimento de competências parentais. Para tal, realizei e instruí sobre a observação do RN, promovi a amamentação, transmiti informações relativas aos cuidados que o RN necessita e proporcionei o desenvolvimento do apego. Desta forma, permiti a participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido, proporcionando momentos para esclarecimento de dúvidas. Em casos de desvios padrão e complicações ao recém-nascido, facultei informações relativas à evolução clínica do mesmo e visitas ao serviço de neonatologia, por outro lado, o esclarecimento de dúvidas e apoio emocional através de escuta ativa foram uma mais-valia para tranquilizar a puérpera/família perante esta situação.

No momento da alta, a preparação do casal foi desenvolvida através da abordagem de temáticas como a segurança, transporte e medidas a adotar, consultas

de vigilância planeadas; identificação de sinais de problemas psicológicos, físicos e emocionais no pós-parto; recursos de apoio na comunidade; reinício da contraceção e atividade sexual. Através da planificação e execução destas intervenções pretendi diminuir dúvidas existentes, corresponder às expectativas das mulheres/casais, permitindo melhorar a transição para a parentalidade, aumentando a autoconfiança e desempenho materno.

No âmbito dos cuidados no pós-parto desenvolvidos no bloco de partos, momento do puerpério imediato, procedi à administração de vitamina K profilática ao RN, por via intramuscular, prevenindo a doença hemorrágica que poderá ocorrer nas primeiras horas após nascimento até alguns meses (Puckett & Offringa, 2000). Por outro lado, é também realizada a administração da vacina contra a hepatite B, tal como preconizado no plano de vacinação. Todos estes procedimentos tiveram o consentimento informado dos pais.

Após a avaliação cuidada e reparação perineal da mãe, promovi o contacto pele-a-pele entre a mãe e o RN, sempre que esta desejou, demonstrei ainda o correto posicionamento e adaptação à mama. De acordo com as orientações de Levy & Bértolo (2012) no Manual de Aleitamento Maternos desenvolvi, orientei e apoiei a tríada para a amamentação.

As medidas desenvolvidas, mencionadas anteriormente, proporcionaram a minha colaboração na interação entre mãe e filho(a), vigilância do bem-estar puérpera/RN, intervindo e prestando apoio às suas necessidades. Neste período de puerpério imediato, senti e vivenciei que as mulheres se centraram de imediato nos cuidados ao recém-nascido, distanciando-se da experiência do parto. A necessidade de apoio nesta etapa é primordial, uma vez que as puérperas precisam de estímulo e tranquilidade para a vivenciar, estabelecendo aprendizagens e interações entre os elementos da tríade. Assim sendo, e com as intervenções desenvolvidas potencieei e apoiei a adaptação para a parentalidade e o processo de transição.

Em síntese, as recomendações da OE (2015) foram desenvolvidas – cuidados à puérpera e recém-nascido; exame físico; vigilância de sinais vitais; tónus uterino; perda hemática; esvaziamento vesical, remoção de cateter epidural e promoção da

vinculação – considerando a individualidade e cooperação da tríade neste processo; disponibilizando sempre ajuda e esclarecimento de dúvidas face aos cuidados a desenvolver.

Todas as intervenções desenvolvidas nos dois momentos de contexto de aprendizagem, possibilitaram aprofundar, enquanto aluno de mestrado, conhecimentos relativos ao puerpério e recém-nascido. Essas intervenções focaram-se na importância da prestação de cuidados, no apoio disponibilizado e motivação despendida ao casal, influenciando a experiência maternal e a vinculação estabelecida com o RN.

Relativamente ao contexto de aprendizagem desenvolvido no âmbito da Neonatologia foi possível consolidar as competências supramencionadas, destacando-se a importância de algumas intervenções que permitiram o cuidar holístico do recém-nascido e da família, nomeadamente: o contacto pele a pele, isto é, a estimulação do método canguru com impacto afetivo na tríade – promoção da vinculação e estabilidade hemodinâmica; contacto físico, aquando dos momentos de higiene, massagem e toque, bem como na alimentação, promovendo o aleitamento materno. Destaco, deste modo, dois pilares: o apoio à família e a prevenção de complicações da mulher e Recém-nascido, assegurando a manutenção das funções vitais deste último. Estas intervenções têm por base a promoção e educação para a saúde como intervenção que se encontra no *core* dos cuidados de Enfermagem, permitindo apoiar o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Durante o contexto de aprendizagem desenvolvido no bloco de artos, o alvo dos cuidados de enfermagem foram a parturiente, o feto, o convivente significativo ou acompanhante (escolhido pela grávida) e o recém-nascido. Foi tido em consideração não só os intervenientes, mas também o ambiente em que estavam inseridos, nomeadamente o respeito pelos princípios da privacidade, da assepsia e da segurança dos procedimentos realizados.

Como futuro enfermeiro especialista percebi que o meu papel se iniciava no momento da admissão da mulher na sala de partos, sendo que a proveniência das

mesmas poderia ser do serviço de urgência, consulta externa, internamento de obstetrícia e ginecologia, ou em situações de parto programado.

A minha primeira intervenção era realizar o acolhimento à parturiente e convivente significativo/acompanhante, dando a conhecer o espaço físico do serviço, nomeadamente a sala de partos, e apresentando a equipa multidisciplinar. Realizava, também, uma colheita de dados, focando-me na história da grávida e da gravidez, no papel do convivente significativo ou acompanhante, no boletim da grávida e na consulta do processo clínico. Na informação colhida pretendia, também, conhecer as expectativas da grávida com o trabalho de parto (TP) e o momento do nascimento, para que os meus cuidados pudessem ser individualizados, tendo em conta o respeito pela autonomia da parturiente. Foi importante perceber que mesmo sem um plano de parto formal, uma vez que durante o estágio no bloco de partos, nenhuma parturiente apresentou um plano de parto, o diálogo estabelecido permitiu o desenvolvimento de uma relação empática e conhecer as suas principais opções e interesses relativamente ao nascimento e adaptação à parentalidade. Notei que neste momento de colheita de dados, tanto as parturientes como os conviventes significativos/acompanhantes acabavam por explanar os seus medos, o que permitia momentos de reflexão sobre o que iriam vivenciar, ao mesmo tempo que, através da explicação dos procedimentos que se iriam suceder, lhes possibilitava adquirir algum controlo sobre os mesmos e contribuir para a redução da ansiedade. A Organização Mundial de Saúde (2018), enfatiza nas novas recomendações para a prestação de cuidados durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, que mesmo não existindo um plano de parto formal, a grávida deve ter oportunidade de se expressar relativamente à presença de acompanhante, opção pelo parto natural, a posição a adotar durante o trabalho de parto e parto, e a gestão da dor. Outras componentes também foram tidas em conta, nomeadamente a realização do corte do cordão umbilical, o contacto pele a pele e a amamentação precoce.

É de ressaltar que, se há alguns anos, era raro a mulher em trabalho de parto/parturiente, estar acompanhada na sala de partos, atualmente as instituições de saúde reorganizaram-se, no acolhimento realizado pela equipa de saúde, da díade, demonstrando-se preocupação em envolver o acompanhante nos cuidados. De

acordo com o Decreto-Lei Nº 15/2014, de 21 de Março, “*É reconhecido à mulher grávida internada em estabelecimento de saúde o direito de acompanhamento, durante todas as fases do trabalho de parto, por qualquer pessoa por si escolhida*”, que revoga o Decreto-Lei Nº 14/85 em que se previa apenas a presença pelo “futuro pai” durante o trabalho de parto e o período expulsivo. Verifica-se assim um alargamento do direito ao acompanhamento durante todas as fases do trabalho de parto, assim como a decisão da parturiente escolher quem quer para a acompanhar.

Segundo Souza & Gualda (2016) e Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa, & Cuthbert (2017) acerca do suporte contínuo para mulheres durante o parto, estes autores afirmam que as mulheres valorizam e beneficiam da presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Esse apoio inclui, por exemplo, o apoio emocional através da presença contínua, da reafirmação, do encorajamento e elogios, conselhos sobre medidas de conforto, como o toque, a massagem e o auxílio na mobilidade, ou mesmo falar quando necessário em nome da mulher. Estes exemplos reforçam que o suporte contínuo durante o trabalho de parto pode melhorar o processo fisiológico do parto, o sentimento de controlo da mulher e a confiança na sua própria força e capacidade de parir, reduzindo a necessidade de intervenção clínica.

Relativamente ao trabalho de parto, este é dividido em quatro estádios: o primeiro corresponde à dilatação e apagamento/extinção do colo, que se divide em fase latente e fase ativa; o segundo corresponde ao período expulsivo; o terceiro à dequitação; e o quarto, ao puerpério imediato, que compreende as 2 horas seguintes à dequitação (Fatia & Tinoco, 2016). A maioria das parturientes que admiti no serviço durante o estágio, encontravam-se no primeiro estágio do trabalho de parto. A identificação do estágio do TP em que a parturiente se encontrava foi uma das competências que desenvolvi neste contexto de aprendizagem, uma vez que realizei a avaliação obstétrica através do toque vaginal e sua interpretação.

Durante o TP, outra competência desenvolvida foi a avaliação do bem-estar materno-fetal pela observação e análise dos registos cardiotocográficos (CTG) junto à parturiente ou através da telemetria na sala de enfermagem. Este tipo de avaliação era realizado a partir do momento em que a parturiente em trabalho de parto é

admitida no BP. No hospital onde realizei este estágio, a opção é a monitorização através de CTG contínuo, sendo apenas interrompido para a mulher se autocuidar na casa de banho. Contudo, apesar desta monitorização contínua, a parturiente pode levantar-se, deambular pela sala de partos e até usar a bola de parto/pilates.

Percebi que, ao identificar no CTG registos de bradicardia, taquicardia, desacelerações (precoces ou tardias) ou situações de baixa variabilidade, permitia através de intervenções específicas de enfermagem do EEESMO, ter uma atuação precoce de forma a salvaguardar a segurança e bem-estar materno e fetal. Estes registos permitiam também, através da sua interpretação, perceber que a alteração do CTG poderia estar relacionada com a administração de terapêutica na indução do TP, posicionamentos, alterações da temperatura corporal, entre outros.

Ainda no primeiro estágio do TP, na fase latente, as minhas intervenções de enfermagem centraram-se na promoção do bem-estar da parturiente e convivente significativo/acompanhante, através do apoio contínuo, do ensino de técnicas de relaxamento, que podiam ser realizadas individualmente ou pela díade, ou incentivo à alternância de posições pela parturiente de forma a proporcionar conforto. É de ressaltar que a comunicação proporcionou o desenvolvimento de uma relação de confiança e de expressão de sentimentos relativamente ao TP. Souza & Gualda, (2016) referem que os casais que são preparados e informados (para o nascimento) sobre o papel do acompanhante durante o trabalho de parto, vivenciam uma experiência de parto mais tranquila, onde o encorajamento e entreaajuda são uma realidade. Corroborando Bohren *et al.* (2017) as mulheres que recebem apoio contínuo no trabalho de parto têm maior probabilidade de parir “espontaneamente”, ou seja, ter um parto eutócico, sem necessidade de recurso a ventosas, fórceps ou cesariana. Além disso, verifica-se um menor recurso a analgesia com maior possibilidade de satisfação, um trabalho de parto mais curto e, bebés menos propensos a Apgar baixo aos 5 minutos. Além disso, pode haver menor probabilidade de depressão pós-parto nas puérperas apoiadas durante o trabalho de parto.

Apesar da evidência científica acima descrita sobre o menor recurso a analgesia, o que verifiquei no estágio é que a grande maioria das parturientes solicitava a analgesia epidural, mesmo tendo sido realizadas, previamente, medidas

não farmacológicas para alívio da dor (hidroterapia, massagem, musicoterapia, bola de parto/pilates e técnicas de respiração).

Para perceber a evolução do TP foi importante fazer os registos no partograma relativos à dilatação cervical, descida da apresentação, líquido amniótico e suas características, registos cardiotocográficos, medidas farmacológicas e não farmacológicas, posições adotadas no TP, a ingesta de líquidos e os benefícios sentidos pela mulher. São, também, registados os dados do parto, do recém-nascido, tipo de dequitação, características placentares e do cordão umbilical, os dados relativos ao contacto pele a pele, os dados da amamentação, bem como, os profissionais de saúde e a presença do convivente significativo/acompanhante no parto.

No segundo estágio do TP, correspondente ao período expulsivo, notei uma evolução significativa na minha aprendizagem, uma vez que, no início do estágio tinha dificuldade em apreender todo o contexto deste estágio. Com a prática no contexto de aprendizagem, e o apoio da enfermeira orientadora, desenvolvi a capacidade de me focar em vários aspetos inerentes ao período expulsivo, nomeadamente, em avaliar de forma constante a frequência cardíaca fetal, na necessidade de realizar a técnica de episiotomia, sendo que esta decisão era seletiva e tinha em conta essencialmente o bem-estar fetal. É de salvaguardar que, quando realizei a colheita de dados inicial, solicitei o consentimento informado e esclarecido sobre a necessidade de ser necessária a realização desta técnica.

Nos partos que realizei tive em consideração, aquando da saída da cabeça fetal, a avaliação da existência de circulares cervicais do cordão umbilical. Sabe-se que a circular do cordão umbilical ocorre em 20-30% dos nascimentos, e é mais frequente em cordões umbilicais mais longos, sexo masculino e fetos com atividade superior (Mercer & Erickson-Owens, 2014; Hutchon, 2013). Esta situação pode levar à decisão de clampar prematuramente o cordão umbilical. Esta temática assume particular relevo, pois segundo Jefford, Fahy & Sundin (2009), a gestão da circular do cordão umbilical advém do treino e da aprendizagem vivenciada pelo profissional, faltando base científica que reflita a melhor prática. A decisão de clampar ou não o cordão umbilical tal como defendem Jefford, Fahy & Sundin (2009), depende

maioritariamente da experiência vivida por cada profissional. Neste contexto, durante o estágio foi possível observar partos em que se realizava a clampagem e corte imediato do cordão, perante a identificação de uma circular cervical, mas também a decisão por fazer uma clampagem fisiológica quando as circulares eram suficientemente largas.

Reed, Barnes & Allan (2009) referem que existem riscos quando se efetua a laqueação e corte do cordão umbilical antes da expulsão do corpo ou imediatamente após nascimento, na presença deste fenómeno de circular do cordão umbilical. As consequências desta prática, segundo Mercer, Skovgaard, Peareara-Eaves, & Bowman (2005), incluem o risco acrescido de hipovolémia, hipoxia, choque hipovolémico e anemia.

A melhor prática, de acordo com Hutson (2013), será passar o cordão quando se encontra solto, por cima da cabeça fetal, evitando a laqueação precoce, e se existir circulares muito apertadas ou com várias voltas, a manobra de Somersault deverá ser a abordagem a adotar. Esta prática é igualmente defendida por Mercer, Skovgaard, Peareara-Eaves, & Bowman, (2005).

Nesta linha de pensamento, também as diretrizes da OMS (2014) recomendam o atraso da laqueação do cordão pelo menos até um minuto após a expulsão do recém-nascido como garantia dos melhores resultados neonatais, evitando complicações.

Durante o estágio foi viável realizar a manobra de Somersault em três situações em que a circular cervical era justa e também tive três experiências em que por apresentarem circular cervical larga foi possível passar o cordão pela cabeça.

Outra técnica que pude desenvolver neste contexto de aprendizagem foi o desencravamento do ombro anterior e posterior através da manobra de McRoberts e manobra de Rubin I para a resolução de situações de distócia de ombros.

No seguimento e, após a expulsão do feto, realizavam-se os cuidados imediatos ao RN, a desobstrução das vias aéreas, a laqueação do cordão umbilical e a manutenção da temperatura corporal. No que respeita à laqueação do cordão

umbilical, esta técnica era realizada entre o primeiro e o terceiro minuto após o nascimento como recomendação preconizada pela OMS (2013), havendo evidência dos benefícios através do aumento das reservas de ferro no momento do nascimento e conseqüentemente menor anemia infantil, redução da hemorragia intraventricular, menos casos de enterocolite necrosante, menor número de prematuros com septicemia e redução da necessidade de transfusões de sangue em recém-nascidos com pressão arterial baixa (OMS, 2013).

Ainda no que respeita a laqueação do cordão, sempre que havia condições (bem-estar materno e fetal) e era desejo da parturiente ou do convivente significativo/acompanhante, foi proporcionado a laqueação tardia do cordão por estes, promovendo desta forma o papel ativo no seu trabalho de parto, como orientação da OE, (2015, p. 45) que refere que “o cordão umbilical será então cortado por quem a mãe decidir após parar de pulsar”. É ainda importante referir que tal como preconizado pela OE, (2015, p. 45) “o nascimento do corpo fetal pode ser apoiado pela mãe caso esta o deseje. A mãe ajuda o bebé a nascer e inicia de imediato o contacto pele a pele se esta for a sua vontade”, foi sem dúvida das oportunidades mais gratificantes como profissional poder proporcionar este momento e assistir à felicidade destas mulheres ao perceberem que se sentiam como parte integrante do seu parto tendo um papel ativo, espelhando a felicidade inerente a esta prática. O contacto pele-a-pele com a mãe era promovido logo após o nascimento, promovendo a vinculação, “este contato íntimo favorece o início da amamentação que estimulará a libertação de ocitocina” (OE, 2015).

Em simultâneo era realizada a avaliação do índice de Apgar no primeiro minuto de vida.

Após a expulsão do feto inicia-se o terceiro estágio do TP, correspondente à dequitação, dando-se a expulsão da placenta e das membranas fetais do útero. Aquando do término deste processo, verificam-se as características e se estavam presentes todas as estruturas placentares, o tipo de descolamento, Duncan ou Schultz, a sua forma e a existência de alterações (por exemplo calcificações), verificando-se ainda as particularidades do cordão. Durante este procedimento que pode demorar alguns minutos, reavaliava-se o índice de Apgar ao 5º e ao 10º minuto

de vida do RN e avaliava a integridade perineal para posteriormente realizar a sua reparação se fosse necessário.

No decorrer do estágio considero ter evoluído favoravelmente no desenvolvimento das competências respeitantes à reparação dos tecidos perineais havendo evolução gradual. Inicialmente senti dificuldades inerentes à reconstrução anatómica e tecidual, contudo, sempre que necessário solicitava o apoio da enfermeira orientadora e até “discutíamos” qual a melhor abordagem. No final do estágio a autonomia a este nível estava mais presente, facilitando o sucesso desta prática.

Após a realização dos cuidados ao RN, se este ainda não tivesse iniciado a amamentação, e se esse fosse o desejo da puérpera, promovia a amamentação e apoiava a mulher a realizá-la com sucesso, explicando os seus benefícios na primeira hora de vida, como por exemplo uma adaptação mais facilitada e o efeito protetor e imunológicos presentes no colostro (Antunes *et al.*, 2017).

A puérpera, o RN e o convivente significativo/acompanhante nas 2 horas seguintes ao parto, se possível permanecem na sala de parto no puerpério imediato. Se houver necessidade devido ao número de partos estas fariam o puerpério imediato no recobro do BP. Neste período a puérpera e o RN ficavam em vigilância. À puérpera era feita a vigilância dos sinais vitais, do globo de segurança de Pinnard, a involução uterina, a perda hemática via vaginal e o restabelecimento da função vesical. Estavam ainda indicadas a prestação de cuidados de higiene e o fornecimento de alimentação. Ao RN, avaliava o bem-estar geral, a pega durante a amamentação, a vigilância de micções e dejeções. Estava indicada a avaliação da glicémia aos RN de baixo peso, filhos de mães diabéticas e/ou grandes para a idade gestacional. Finalizadas as 2 horas, contactava os enfermeiros do internamento de puerpério e transmitia a informação relativa ao trabalho de parto e parto, puérpera e RN por forma a garantir a continuidade de cuidados aquando a transferência para o internamento.

3.2. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados, promotores da amamentação em mulheres com cancro de mama

O desenvolvimento de competências implica a mobilização de conhecimento teórico transferindo-o para a prática. Este facto permite a prestação de cuidados de qualidade, visto que incessantemente se procuram respostas que tenham a capacidade de adequar as intervenções às necessidades individuais dos clientes e famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Destarte, o presente capítulo encontra-se subdividido nos seguintes capítulos: Conhecer a evidência científica relativa à amamentação após cancro da mama; Conhecer as necessidades das mulheres sobreviventes de cancro da mama no processo de amamentação durante a maternidade; Conhecer os fatores que influenciam a amamentação da mulher sobrevivente de cancro da mama e Contribuir para a qualidade dos cuidados especializados às mulheres sobreviventes de cancro da mama e família.

3.2.1. Conhecer a evidência científica relativa à amamentação após cancro da mama

O cancro da mama é responsável por um terço de todos os cancros em mulheres, em idade reprodutiva. Muitas mulheres têm planos de engravidar após o tratamento desta patologia, portanto, a preparação da gravidez em mulheres sobreviventes de cancro da mama está a tornar-se cada vez mais comum a nível mundial (Alianmoghaddam, Khoshnood, Benn, Kennedy, & Lamyian, 2017).

Durante a gravidez, as mulheres tratadas para o cancro de mama enfrentam um conjunto de fatores físicos e emocionais que podem afetar as tomadas de decisão, das quais se destaca a opção de amamentar. Apoiar o aleitamento materno é uma prioridade de saúde global, contudo, existe uma escassez de literatura e poucas orientações clínicas na gestão da amamentação para os profissionais de saúde que cuidam e tratam destas mulheres, durante ou após o tratamento do cancro da mama (Johnson & Mitchell, 2019).

A amamentação após tratamento para o cancro da mama é possível (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009). Os resultados do estudo de Azim Jr., et al., (2010) também demonstraram que a amamentação é viável e segura após diagnóstico e tratamento do cancro da mama. Sendo mesmo possível em casos de mastectomia amamentar na mama contralateral (Goetz, Burgy, Langer, Doyen, & Mathelin, 2014).

Devido ao impacto anatómico e fisiológico dos tratamentos oncológicos, as mulheres que desejam amamentar podem enfrentar desafios relevantes para a amamentação (Johnson & Mitchell, 2019) consequência das alterações físicas e emocionais, o que pode afetar a tomada de decisão para amamentar (De Simone & Pagani, 2017). Ademais, existem cirurgias e tratamentos que podem eliminar ou reduzir a possibilidade (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009), sendo a cirurgia conservadora e a cirurgia de simetria mamária impeditivos da amamentação (Goetz, Burgy, Langer, Doyen, & Mathelin, 2014), nomeadamente em situações de proximidade da incisão com a aréola e do mamilo (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009). A cirurgia que envolve a região sub-areolar pode danificar os canais terminais e obstruir a saída de leite materno e, além disso, as incisões peri-areolares podem ter impacto na inervação dos mamilos e afetar o reflexo de ejeção e a regulação da produção de leite (Johnson & Mitchell, 2019). A dose e o tipo de radioterapia pode, também, afetar a lactação (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009), causando hipoplasia e hipotrofia da mama operada e irradiada, provavelmente relacionada com a fibrose induzida pela radioterapia (Azim Jr., et al., 2010) (De Simone & Pagani, 2017), podendo ser estas alterações irreversíveis. Além disso, a redução da elasticidade do complexo areola-mamilo, assim como, as mudanças causadas pela radiação alteram a composição do leite, havendo um aumento dos níveis de sódio, que, por sua vez, resultar da preferência da criança pela mama não afetada (Johnson & Mitchell, 2019).

Consta na evidência que a amamentação protege contra a incidência do cancro da mama, embora não existam dados epidemiológicos sobre a amamentação após cancro da mama (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009). Não obstante, a longa duração da amamentação está associada a múltiplos benefícios para a saúde, minimizando o risco de cancro da mama ao longo da vida (Johnson & Mitchell, 2019).

Sabe-se que, a prolactina, presente em elevados níveis durante a amamentação, detém um papel importante na redução de recidiva desta patologia (Azim Jr., et al., 2010). Também Alianmoghammad, Khoshnood, Benn, Kennedy, & Lamyian, (2017) mencionam que a amamentação tem efeito protetor contra a ocorrência do cancro da mama, sugerindo que o mesmo possa acontecer no caso das recidivas. Johnson & Mitchell (2019) corroboram com esta perspetiva, acrescentando que muitas mulheres sobreviventes de cancro da mama temem o aumento do risco de recidiva ou o diagnóstico de um novo cancro primário, porém, esta preocupação carência de evidência científica.

Para além dos dados existentes sobre a capacidade fisiológica para amamentar e os possíveis benefícios, as pesquisas sobre as experiências de sobreviventes de cancro da mama com a amamentação são escassas (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009). Azim Jr., et al., (2010) reforçam esta afirmação quando referem que a evidência existente é limitada. Também Johnson & Mitchell, (2019) relatam a escassez de literatura para orientar a gestão da amamentação, durante ou depois do tratamento do cancro da mama.

De acordo com um estudo de Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, (2009) sobre o comportamento durante a amamentação entre mulheres sobreviventes de cancro da mama, 1 em cada 11 mulheres amamentaram com sucesso a partir da mama tratada após cirurgia e radioterapia, sendo que a maioria das mulheres amamentou com sucesso da mama não tratada. Noutro estudo defendem que 34% das mulheres que tiveram um filho após a radioterapia amamentaram e que, cerca de um quarto, amamentou com sucesso, a partir da mama tratada (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009). Algumas destas mulheres, apesar do sucesso da amamentação, manifestaram exaustão a nível físico e emocional, verbalizando, também, sentimento de culpa associado à pressão social para amamentar.

A amamentação é uma luta para muitas mulheres, particularmente, para as mulheres sobreviventes de cancro da mama unilateralmente mastectomizadas. Para facilitar a aceitação deste contexto, muitas comparam a sua situação de amamentar apenas de uma mama com o de uma mulher que tem gémeos (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009), o que é corroborado por Johnson & Mitchell, (2019),

acrescentando, ainda, que mulheres submetidas a mastectomia têm produção suficiente de leite, não só para amamentar um bebê, mas também gêmeos. De Simone & Pagani, (2017) evidenciam a importância de encorajar as mulheres sobreviventes de cancro da mama que pretendem amamentar, informando que o conteúdo nutricional secretado de uma mama é suficiente, reforçando a possibilidade de amamentar de apenas uma mama, tranquilizando-as. Deste modo, o aconselhamento adequado desempenha um papel importante para o sucesso da amamentação, sendo que promove o conhecimento acerca da adequação nutricional da produção de leite por uma única mama (Pagani & Azim Jr., 2012).

Relativamente aos fatores influenciadores da decisão para a prática da amamentação, a expectativa social é um dos mais referidos, por incapacidade da mulher ou mesmo por decisão da própria de não amamentar. O conhecimento sobre os fatores que influenciam as decisões e o comportamento na amamentação também ainda é muito limitado (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009). Para as mulheres, a amamentação é importante para o vínculo com o seu filho e pela nutrição que é proporcionada ao bebê (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009). Goetz, Burgy, Langer, Doyen, & Mathelin, (2014) e Stopenski, Aslam, Zhang, & Cardonick, (2017) defendem, em concordância com o autor a priori mencionado, que a amamentação promove uma importante experiência vínculo mãe-filho, proporcionando um efeito psicológico positivo, que promove efeitos positivos e duradouros para a saúde e bem-estar da mãe e do bebê (De Simone & Pagani, 2017). Goetz, Burgy, Langer, Doyen, & Mathelin (2014) identificaram, também, fatores pessoais, familiares, sociais, culturais e ambientais como influenciadores da decisão de amamentar.

De forma geral, as evidências atuais sugerem que a amamentação após cancro da mama é segura e frequentemente viável, devendo, portanto, não ser desencorajada (De Simone & Pagani, 2017), Linkeviciute, Notarangelo, Buonomo, Bellettini, & A. Peccatori, (2019) referem que a literacia disponível sobre a segurança e viabilidade da amamentação após cancro da mama são suficientes para fornecer informação e aconselhamento adequado a esta população. Deste modo, as sociedades científicas devem atualizar as diretrizes clínicas disponíveis, incluindo a viabilidade e a segurança da amamentação após cancro da mama.

3.2.2. Conhecer as necessidades das mulheres sobreviventes de cancro da mama no processo de amamentação durante a maternidade

O conhecimento acerca da amamentação na mulher após diagnóstico de patologia oncológica é de extrema relevância para profissionais de saúde e investigadores interessados em desenvolver intervenções para apoiar o aleitamento materno neste contexto (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009). De acordo com Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, (2009) as intervenções possíveis de abordar incluem: o apoio por parte dos profissionais no início da amamentação; a oportunidade para discutir preocupações e necessidades específicas sobre a amamentação, durante as visitas pré-natais; um melhor suporte no pós-parto, com acesso a consultores profissionais de amamentação ou outras sobreviventes que amamentaram. Também o apoio e a assistência na amamentação nos primeiros dias do pós-parto são fundamentais para promover a amamentação, auxiliando nos posicionamentos, pega adequada, especialmente em mamas com tecido cicatricial relacionado com a cirurgia (Camune & Gabzdyl, 2007).

A oportunidade para discutir preocupações e necessidades específicas justifica-se pelo facto de, apesar de algumas mulheres terem vontade de amamentar, apresentam dúvidas pelo facto de apresentarem apenas uma mama e pela possível redução da produção de leite (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009) (Azim Jr., et al., 2010). Torna-se, assim, fulcral o apoio contínuo durante a amamentação, uma vez que estes fatores e o receio da incapacidade de produção de leite insuficiente, têm demonstrado estar associados a stress psicoemocional das mulheres com patologia oncológica (Johnson & Mitchell, 2019). Também Linkeviciute, Notarangelo, Buonomo, Bellettini, & A. Peccatori (2019) referem que estas mulheres precisam, não só de informação científica, mas também de empatia, compreensão e apoio psicológico, que promovam a amamentação e a aceitação da sua doença. Salienta-se, assim, o papel crucial dos profissionais de saúde em (in)formar e apoiar, proporcionando um diálogo aberto com as sobreviventes de cancro da mama, empregando a ética relacional e o maternalismo.

O suporte profissional no pós-parto revela-se importante para a minimização das dificuldades que muitas vezes levam à cessação do aleitamento materno. A dor física e a exaustão são alguns dos fatores influenciadores que as mulheres sobreviventes de cancro da mama referem. Segundo Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce (2009), a cessação do aleitamento materno está, não só relacionado com a dor e desconforto nos mamilos, mas também com a quantidade de leite insuficiente para satisfazer as necessidades do bebé, ocorrendo, por esta razão, necessidade de recorrer a leite adaptado. Os resultados do estudo de Azim Jr., et al., (2010) reforçam esta teoria, acrescentando que a suspensão da amamentação na mama afetada, se encontrava relacionada com a dificuldade na pega, diminuição da produção de leite e/ou dor a nível mamário. É assim importante, a realização de uma pega correta, para prevenir traumatismos nos mamilos, que possam ter impacto na amamentação pela mama não afetada (Johnson & Mitchell, 2019). Também, este aspeto foi elencado pelas mulheres entrevistadas: “Por vezes é frustrante, o bebé não agarra, eu estou a tentar... depois ele chora com fome... é um bocadinho confuso as vezes.” – (E3). Destarte, infere-se a necessidade de acompanhamento, a fim de minimizar complicações associadas e a colmatar estas necessidades supramencionadas.

Estas situações e o medo da recidiva conduzem ao aumento da ansiedade (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009), que, de acordo com Stopenski, Aslam, Zhang, & Cardonick, (2017) é o fator de maior sofrimento que a mulher experiencia durante o aleitamento materno. Estes autores sugerem que, para minimizar a angústia e aliviar o sofrimento destas mulheres, é importante informá-las das possíveis dificuldades, no caso de a amamentação não ser bem-sucedida (Stopenski, Aslam, Zhang, & Cardonick, 2017). Ainda assim, as pesquisas atuais sugerem que as mulheres sobreviventes de cancro da mama que desejem amamentar devem ser incentivadas e apoiadas a fazê-lo (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009).

Para as mulheres sobreviventes de cancro da mama, o desejo de amamentar com sucesso pode ser opressivo. Revela-se importante apoiar a família, tanto quanto possível, em especial nos primeiros dias do início da amamentação (Camune & Gabzdyl, 2007). Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, (2009) relatam que algumas mulheres procuraram opinião médica acerca da amamentação, tendo esta sido

incentivada, apesar da mesma se constituir um tema pouco desenvolvido e com pouca promoção de educação para a saúde nas consultas. No estudo de Azim Jr., et al., (2010) observaram que o aconselhamento adequado foi importante para a continuidade do aleitamento materno, todavia, a informação fornecida pelos profissionais de saúde era muitas vezes inadequada, subestimando a importância da amamentação. Por outro lado, algumas mulheres foram aconselhadas a não amamentar por parte do seu oncologista ou obstetra, por dúvidas em relação à segurança materna ou possível inviabilidade no aleitamento materno. Muitas vezes a desinformação sobre a amamentação após cancro da mama profissionais de saúde e clientes pode aumentar as preocupações destas mulheres (Linkeviciute, Notarangelo, Buonomo, Bellettini, & A. Peccatori, 2019). Camune & Gabzdyl, (2007) mencionam ser de extrema importância a sintonia e formação dos diferentes profissionais que lidam com mulheres sobreviventes de cancro da mama, para que lhes seja fornecida sempre a mesma informação.

As mulheres que amamentaram identificam outras fontes de apoio, designadamente por parte de parceiros, família, conselheira de aleitamento materno (CAM), grupos de apoio à amamentação ou pelo recurso a consultas particulares, uma vez que este apoio foi essencial para o sucesso na amamentação. Os parceiros e a família foram identificados sobretudo como fonte de apoio emocional. Em contrapartida as CAM forneceram momentos de educação para a saúde e assistência a nível prático com recurso a técnicas de amamentação. Apesar de tudo, estas mulheres referiram a falta de apoio especializado para mulheres sobreviventes de cancro da mama. Neste contexto torna-se importante incluir nas intervenções dos profissionais de saúde a formação específica e fundamentada acerca dos desafios enfrentados por este grupo de mulheres (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009). Assim sendo, observa-se que a literatura existente sobre a experiência e as necessidades de mulheres sobreviventes de cancro da mama na amamentação é limitada e as questões levantadas por estas mulheres não são exclusivas das mulheres com doença oncológica, no entanto, estas mulheres vivenciam esta situação de forma mais intensa.

O estudo de Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, (2009) demonstrou que é urgente melhorar a educação para a saúde a nível pré-natal, o apoio no pós-parto e o fornecimento de recursos, a fim de preparar estas mulheres, da melhor forma, para os desafios da amamentação vivido por mulheres sobreviventes de cancro da mama (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009). Johnson & Mitchell, (2019) salientam a importância destas mulheres beneficiarem de uma visita pré-parto com uma CAM, bem como apoio pós-parto próximo, podendo ainda haver vantagens a nível psicossocial e através de grupos de apoio par-a-par personalizados com mulheres que experienciaram a mesma situação. Na opinião de Azim Jr., et al., (2010), os profissionais de saúde - na área da oncologia - devem aconselhar de forma fundamentada sobre a gravidez e a amamentação, de forma a promover a qualidade de vida destas mulheres (sobreviventes de cancro da mama) e normalizar a sua situação, priorizando a saúde global da mulher e não apenas a doença oncológica. Segundo Goetz, Burgy, Langer, Doyen & Mathelin, (2014), as mulheres sobreviventes de cancro da mama que amamentaram têm uma maior qualidade de vida e recomendam a amamentação aos seus pares.

Ademais, destaca-se, concludentemente, que a necessidade de informação e conhecimentos não apenas associados à condição patológica preexistente (cancro da mama) – exemplo: “Eu tinha medo de passar alguma coisa para o bebé, os químicos e assim...” – (E3) –, mas sim, comuns às restantes mulheres que experienciam esta transição situacional (o aleitamento materno):

“Supostamente a amamentação lhe trará um futuro com mais proteção, no entanto, eu fui amamentada e tive cancro.” – (E2);

“eu não queria amamentar, porque achava que uma mama não era suficiente, e depois achava que ia andar com o incomodo de ter uma mama a mexer, encher, esvaziar, e a outra não passa do mesmo, etc” – (E3);

“depois de fazer a formação e perceber o quão é importante para o bebé primeiro que tudo e depois até para nós, o bem que nos faz à saúde, que eu não fazia ideia e depois de experimentar.” – (E3).

3.2.3. Conhecer os fatores que influenciam a amamentação da mulher sobrevivente de cancro da mama

Para a concretização deste objetivo foi necessário realizar entrevistas e, posteriormente, uma análise de conteúdos segundo Bardin (2016). Após a leitura das entrevistas e relacionando as mesmas com a literatura existente através da *scoping review* foram criadas categorias/codificações, subcategorias e unidades de registo para sistematizar a informação existentes a posteriori. Subdividindo-se em fatores positivos com a amamentação, nomeadamente, Ligação entre a díada; Conforto e necessidades do bebé e Organização da amamentação. Como fatores negativos, destacam-se a Dor na mama e a Pressão social.

No que se refere ao conhecimento científico sobre os fatores que influenciam as decisões e o comportamento na amamentação, a literatura refere que este é muito limitado (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009). Nas entrevistas realizadas, uma das questões colocadas as mulheres sobreviventes de cancro da mama, está relacionada com os fatores motivacionais: “o que as motivou a amamentar?” podendo assim conhecer quais os fatores influenciadores. Esta resposta apenas foi colocada a 4 das 5 mulheres sobreviventes de cancro da mama, uma vez que 1 delas não tinha amamentado.

“Eu acho que é o contacto físico, mesmo. É mesmo o contacto com o bebé, poder senti-lo, sentir o leite a correr. É uma sensação espetacular. Para mim durou pouco tempo, mas é um elo de ligação extraordinário.” (E1)

“Depois de fazer a formação e perceber o quão é importante para o bebé primeiro que tudo e depois até para nós, o bem que nos faz à saúde, que eu não fazia ideia e depois de experimentar... Benefícios que a amamentação tem e são cada vez mais falados e estudados e a ligação entre mãe e filho... A experiência de quando ele consegue fazê-lo ... é algo que não se consegue explicar ... questão emocional associada a isso, o conforto que passa ao bebé, a ligação que se cria naquele momento é algo muito especial, nunca na minha vida imaginei que fosse assim, muito sinceramente.” (E3)

“Questão de proteção imunitária... criação de um vínculo... Ter sempre acreditado no meu filho e em mim.” (E4)

“A ligação mãe e filho ... é o desejo de qualquer mãe, amamentar um filho, eu também queria ter essa experiência.... Se nós produzimos leite é para o bem dos nossos filhos.” (E5)

Após analisar o conteúdo das entrevistas, verifica-se que as respostas vão ao encontro do descrito na *scoping review*, sendo a ligação da díade e o conforto e a necessidade do bebé os fatores positivos para a tomada de decisão.

Para as mulheres a amamentação é importante para o vínculo com o seu filho e pela nutrição que é proporcionada ao bebé (Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009).

Goetz, Burgy, Langer, Doyen, & Mathelin (2014) e Stopenski, Aslam, Zhang, & Cardonick (2017) corroboram esta afirmação ao defenderem que a amamentação promove uma importante experiência vínculo mãe-filho, proporcionando um efeito psicológico positivo.

Foram também analisados os sentimentos, medos e receios inerentes à mulher sobrevivente de cancro da mama e as experiências negativas associadas à amamentação.

“... o mais difícil foi a dor, porque a mim doía-me muito, mesmo. Mesmo colocando o bico de silicone, eu tinha muitas dores.” (E1)

“... há uma carga social muito grande para com as mulheres para amamentarem, e não é necessário o sofrimento, nem a pressão para tal” (E2)

“... eu não queria amamentar, porque achava que uma mama não era suficiente, e depois achava que ia andar com o incómodo de ter uma mama a mexer, encher, esvaziar, e a outra não passa do mesmo, etc... Tinha receio que os químicos passassem para o bebé... ouve-se imensa coisa... que os químicos demoram imenso tempo a sair do organismo, tinha medo que fosse prejudicial para o bebé... Por vezes é frustrante, o bebé não agarra, eu estou a tentar... depois ele chora com fome... é um

bocadinho confuso as vezes... amamentar é um esforço, a adaptação é um esforço muito grande...” (E3)

“... cansada, com dores. Era muito doloroso, e ele era uma bebé que não me dava muito descanso à noite.” (E4)

“... o meu sofrimento da mama direita (mama operada), da mama esquerda ele amamentava bem, sem problema.” (E5)

Estas mulheres foram ainda questionadas sobre a diminuição na produção de leite da mama afetada e se o bebé era alimentado apenas de leite materno ou leite adaptado.

“... não tinha leite materno suficiente...das duas vezes (que amamentei) complementei com suplementos, porque não tinha leite suficiente. No início nem tinha leite...” (E1)

“... dei leite materno e suplemento...” (E3)

“... apenas leite materno, sem complementos. Até agora (2 anos de idade) ...” (E4)

“... (a quantidade) era menos, muito mais reduzida... (na segunda gravidez) tinha na mesma diminuição, mas infelizmente só consegui amamentar 2 dias...” (E5)

Estas respostas são semelhantes aos dados auferidos na literatura, podendo-se destacar a dor física e a exaustão referidos por Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, (2009) e Azim Jr., et al., (2010) quando mencionam que a dificuldade e a suspensão do aleitamento materno está, não só relacionada com a dor e desconforto a nível mamário, mas também com a exaustão.

3.2.4. Contribuir para a qualidade dos cuidados especializados às mulheres sobreviventes de cancro da mama e família

Tal como descrito no enquadramento da temática, o cancro da mama é responsável por um terço de todos os cancros em mulheres em idade reprodutiva, existindo também evidência de que algumas destas mulheres desejam engravidar no final dos tratamentos realizados (Alianmoghaddam, Khoshnood, Benn, Kennedy, & Lamyian, 2017).

Apesar de durante os diferentes contextos de aprendizagem não ter tido a oportunidade de prestar cuidados diretos a mulheres/RN/famílias em que o cancro da mama fosse uma realidade, abordei este tema juntos dos profissionais de saúde que já cuidaram de mulheres nesta situação.

No contexto de aprendizagem no bloco de partos foi pertinente realizar uma sessão de formação em serviço (Apêndice III) intitulada: “A amamentação após cancro da mama: o Cuidar do enfermeiro obstetra”, com o objetivo principal de potenciar o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem/ EEESMO na promoção do aleitamento materno após cancro da mama. Nesta sessão abordaram-se temas como o aleitamento materno, a tipologia/classificação do cancro da mama, os tratamentos, os problemas após tratamento, margem de segurança para amamentar após quimioterapia, o cuidar do enfermeiro obstetra.

Nesta formação em serviço pude perceber que os profissionais presentes demonstravam interesse no tema e que, apesar de alguns ainda não terem cuidado de mulheres neste contexto, preocupava-os sentirem que podiam não prestar os melhores cuidados.

Por outro lado, percebi, através das entrevistas realizadas, a importância de uniformizar a prestação de cuidados à população em questão, uma vez que, as mulheres sobreviventes de cancro da mama referem que os profissionais de saúde têm opiniões divergentes no que respeita a amamentação após cancro da mama:

“... na altura falei, sim, e ela disse-me que era uma opção minha. Segundo ela não havia qualquer problema...” (E1)

“...No internamento passei por uns 10 enfermeiros e ouvi opiniões diferentes, o que não ajudou muito ao processo porque cada um deles tinha uma opinião, uns diziam que não, outros diziam que sim, outros diziam para passar ao suplemento... o que acaba por baralhar um bocadinho... o que eu percebi no internamento é que cada pessoa tem a sua opinião, a sua visão e a sua experiencia... e sobre alguns temas não há um trabalho muito consertado, cada enfermeiro que vem ter connosco vai dizendo uma coisa... e pode ser um bocadinho confuso... e depois já não sabemos se o que estamos a fazer, estamos a fazer bem, se estamos a fazer mal... cada enfermeiro obstetra tem a sua opinião, isto as vezes é complexo, ... uns diziam que uma mama é suficiente e mais que suficiente para alimentar o bebé... uns diziam que ia ter que dar uma vez mama e outro biberão porque uma mama não vai ser suficiente, enfim, há n versões das coisas...” (E3)

“...ninguém fala sobre este assunto, e os médicos quando eu digo que fiz uma mastectomia, olham-me com ar de terror. Deixam-nos em pânico. Estes são alguns profissionais, outros dão-nos muita força... falei com vários técnicos. Falei com enfermeiras no curso de preparação para o parto, para perceber a experiência delas com mães que tiveram cancro. Não são muitas. As que lidaram com mães que tiveram a doença são mais abertas, as outras não...” (E4)

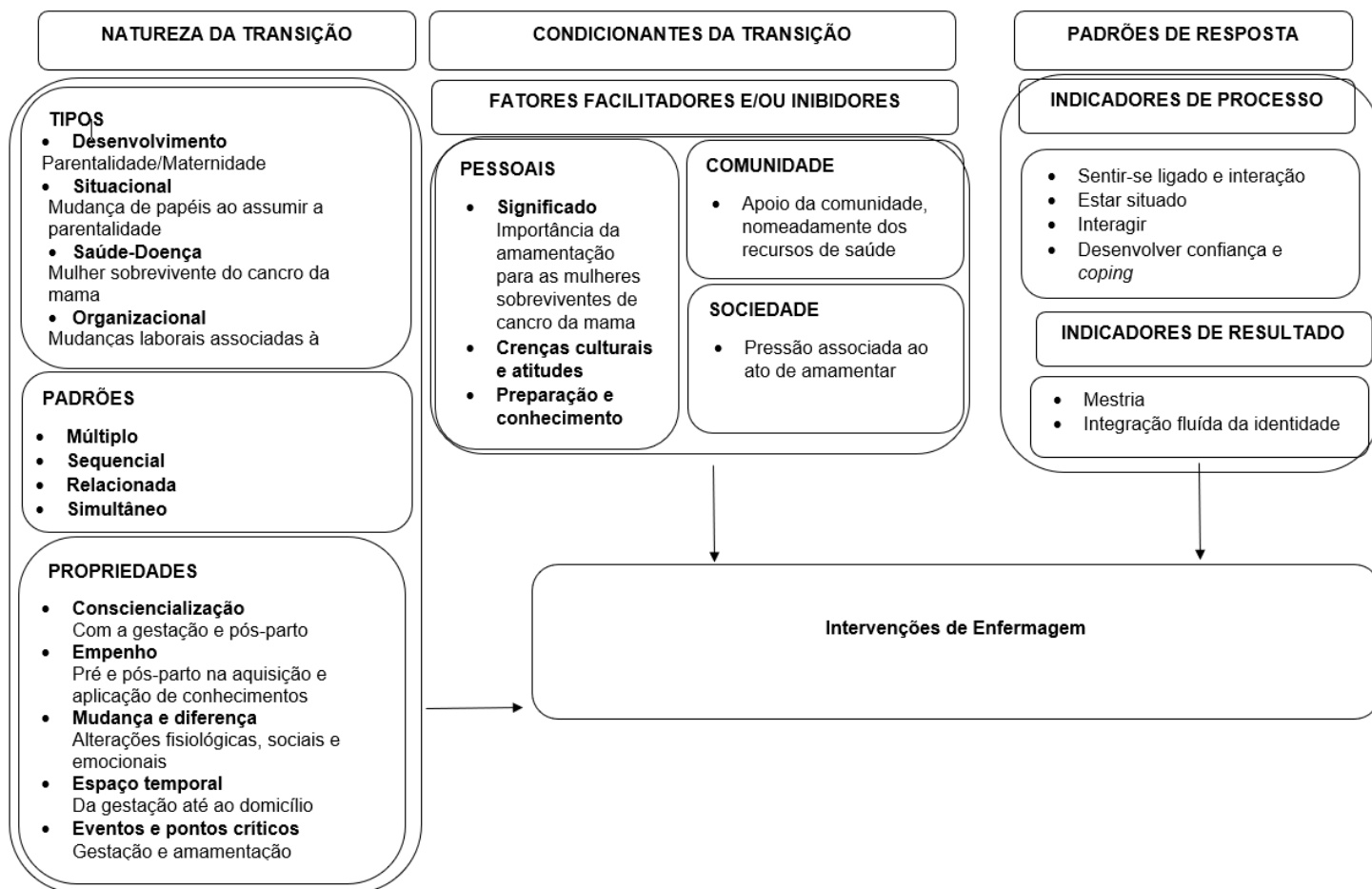
“... eu queria amamentar na altura e as enfermeiras e toda a gente e até o Pediatra disse: nem pensar... era muito próximo da cirurgia (tinham passado 2 anos) e não aconselharam de todo, da mesma forma que me aconselharam a não engravidar... a informação que eu tinha, de médicos, é que realmente são poucas as mães que amamentam, o que falavam era que raramente as mães amamentavam pós cancro de mama...” (E5)

Como futuro EEESMO considero que, ao aprofundar conhecimentos nesta área, foi possível desenvolver competências inerentes à prestação de cuidados especializados de enfermagem centrados na mulher/RN/família com cancro da mama, promovendo a amamentação de forma esclarecida, preocupando-me com a

importância de uniformizar a informação fornecida à mulher sobrevivente de cancro da mama.

Em suma, todos os resultados de aprendizagem e as competências inerentemente desenvolvidas concatenam-se com as competências da prática de obstetrícia preconizadas pela ICM (2019). Aplicando as mesmas ao tema em questão poder-se-á afirmar o seguinte: a prática baseada na evidência permite a prestação de cuidados de qualidade e individualizados à pessoa humana como ser holístico. Todas as mulheres têm o direito de realizarem as suas escolhas individuais sobre os cuidados que irão receber, utilizando a comunicação e a relação terapêutica como elemento crucial na *praxis* clínica. Especificamente na população em questão urge compreender quais as necessidades individuais durante o período da maternidade, entre as quais se destacam os fatores que influenciam a amamentação, ainda durante o período pré-natal, o que implica o fornecimento de uma orientação antecipatória. Durante o parto importa promover a vinculação do RN com a mãe e incentivar a amamentação precoce. Ademais, o acompanhamento que se segue torna-se crucial para uma manutenção da amamentação (ICM, 2019). Destarte, a intervenção do enfermeiro especialista assume-se como preponderante nas demais transições vivenciadas ao longo deste processo. De modo a sintetizar todos os conteúdos teóricos, almejando uma intervenção prática, apresenta-se a teoria das transições de Afaf Meleis sintetizada na figura 1:

Figura 1 - Teoria da Afaf Meleis aplicada ao objeto de estudo



Na figura apresentada é possível concluir que as transições durante o processo da maternidade são múltiplas, sequenciais, relacionadas e simultâneas, dependendo de cada cliente e família. Ao identificar estas transições, o enfermeiro deverá compreender as suas propriedades (consciencialização, empenho, mudanças, espaço temporal e eventos/pontos críticos), a fim de relacioná-las com os fatores que facilitam ou inibem esse mesmo processo. Destarte, conseguimos mobilizar o processo de aprendizagem, através de uma apreciação, planeamento (individualizado), intervenção (que visa atuar como facilitadora da transição) e avaliação (padrões de resposta). Concludentemente, o objetivo do enfermeiro é permitir que as transições vivenciadas de forma benéfica e positiva possível.

Considero que a divulgação destes resultados também é um contributo para o desenvolvimento da profissão e para a melhoria da qualidade dos cuidados. Neste sentido, colaborei como palestrante nas III Jornadas de enfermagem em Saúde Materna pela instituição *CUF Academic and Research Medical Center* no Hospital de Vila Franca de Xira com o tema: “Amamentação após cancro da mama: o cuidar do enfermeiro obstetra “; nos Encontros de Enfermagem do IPOLFG, E.P.E. como orador com o tema: “ Amamentação após cancro da mama: a perspetiva do Enfermeiro Obstetra e fui também convidado para apresentar um painel com o tema: “Amamentação após cancro da mama: o cuidar do enfermeiro obstetra “ no Seminário de Saúde Materna e Obstétrica – “Diferentes Perspetivas do Cuidar”, na Escola Superior de Saúde – UTAD em Vila Real (Apêndice V). Considero que estes eventos de carácter formativo são conducentes de práticas de qualidade, visto que quanto mais capacitados os profissionais de saúde se encontram para fazer face às necessidades dos clientes, permitem um cuidar holístico e tomadas de decisão conscientes e informadas; isto é, colocando o outro no centro do processo de cuidados.

4. LIMITAÇÕES

Ao longo deste percurso formativo, as dificuldades sentidas estavam relacionadas com o facto de não exercer funções na área e de ter interrompido o curso durante 3 anos, mas que foram minimizadas durante todo este percurso. As dúvidas e anseios foram ultrapassadas gradualmente, através da pesquisa de evidência científica e do aprofundar de conhecimentos teóricos, implementando-os numa prestação de cuidados que sempre visou a qualidade e aperfeiçoando cada técnica para o aprofundar de competências. Para além disso, os enfermeiros orientadores, nos diferentes contextos clínicos foram a chave essencial para o sucesso obtido, uma vez que promoviam momentos de reflexão e debate acerca das práticas realizadas conduzindo a uma melhoria dos cuidados prestados.

Destaco algumas limitações no processo de aprendizagem que urgiram essencialmente da dificuldade em encontrar mulheres sobreviventes de cancro da mama que engravidaram a *posteriori*, cuja amamentação é uma realidade nas suas vidas, como mães e como mulheres. Todavia, este tema surgiu em todos os contextos de estágio, ainda que fosse uma temática pouco desenvolvida e conhecida pelos profissionais dos mesmos.

O facto supramencionado é corroborado pela escassa evidência científica acerca do tema em estudo, nacional e internacionalmente. Assim, infere-se a necessidade premente de investigação desta temática, a fim de se efetuar uma prática baseada na evidência, assegurando cuidados de qualidade a esta população.

Por fim, mas não menos importante, destaco o facto do presente trabalho ter sido realizado ao abrigo do processo de convolação, tal como o Despacho N°23/PRES/2020 da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) o refere, tornando-se num processo moroso e desafiante do ponto de vista teórico-prático.

5. QUESTÕES ÉTICAS

Nos diferentes contextos clínicos realizados foi sempre tido em consideração o Código Deontológico (OE, 2015) que rege a profissão de Enfermagem. Destaco o artigo 106.º, alínea a) do Dever de Sigilo em que “*O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte*”.

Para a realização das entrevistas semiestruturadas foi tido em conta o consentimento livre e esclarecido de todas as participantes, tendo sido informadas sobre o objetivo deste estudo, e de todo o processo inerente ao mesmo bem como informação pertinente para a sua realização, deste modo foi garantido o sigilo e o anonimato das intervenientes, corroborando deste modo o artigo 106.º, alínea d) da Ordem dos Enfermeiros (2015) que faz referência ao dever de o enfermeiro “*manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade dos cuidados*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.84). Ademais foi tido em conta o Direito ao anonimato e à confidencialidade, ou seja, os dados pessoais dos entrevistados não serão divulgados ou partilhados sem autorização expressa destes e para além disso a sua identidade não será de forma alguma associada às respostas, conforme Nunes (2013) sugere.

Agir de acordo com os princípios ético-deontológicos da profissão é muito mais do que cumprir o Código Deontológico dos Enfermeiros. É assumir um compromisso para com o outro e para com a profissão, proclamando a dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

O conceito de Dignidade da pessoa humana, conceito abstrato, foi alvo de reflexão ao logo deste percurso. Considera-se que a dignidade humana reside no facto do ser humano ser “pessoa”, isto é, alguém consciente de si próprio, racional, livre de realizar as suas escolhas e dotado de um sentido moral; com capacidade para se projetar, de se relacionar com os outros, de tomar decisões reflexivas, de construir a sua história. Este encontro intersubjetivo de dois corpos conduz-nos a diferentes tipos de análises, onde o conceito de vulnerabilidade acrescida encontra-se no seu expoente máximo.

Com vista a uma tomada de decisão reflexiva e efetiva, utilizei como doutrina o Princípioalismo, sobretudo aquando da existência de problemas e/ou dilemas éticos. A sua aplicabilidade implicou reconhecer nas diferentes situações a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. O conceito de autonomia apresenta-se, também, sob o ponto de vista ético, de acordo com o Relatório de Belmonte, como princípio que poderá ser operacionalizado pelo direito à informação. A população em questão apresenta uma vulnerabilidade acrescida, tornando-se fulcral a disponibilização do acesso à informação, almejando a compreensão da mesma, através de estratégias adequadas e efetivas que conduzam a tomadas de decisão efetivas e livres, relativas ao processo de amamentação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do CMESMO, pude desenvolver conhecimentos para melhor contextualizar e perceber as necessidades da mulher/RN/família com experiência de vida associada ao cancro da mama.

Para tal, necessitei de mobilizar estratégias e técnicas que aprendi ao longo deste curso, como por exemplo, a realização de uma *scoping review* sobre o tema da amamentação após cancro de mama (tema central deste trabalho) ou a realização de entrevistas como método de colheita de dados. Também esteve presente ao longo da minha formação como enfermeiro especialista, a necessidade de refletir sobre a prática de forma a descodificar as fontes de evidência que permitem um cuidado humanizado e holístico.

Deste modo, pude constatar que existe uma necessidade premente de informar e formar, a fim de promover a amamentação após o cancro de mama, tendo em conta, que a evidência científica, apesar de escassa, comprova a sua segurança para mãe e para o RN. Através das entrevistas realizadas para perceber quais os fatores que influenciavam a tomada de decisão de amamentar das mulheres sobreviventes de cancro da mama, pude observar que os fatores que se relacionam com a tomada de decisão das mulheres que amamentam após cancro da mama são semelhantes aos de qualquer outra mulher e, baseiam-se na opção pessoal, estando na base da decisão a ligação e vínculo entre mãe e filho e os benefícios da amamentação quer para a mãe e RN por outro lado, a opinião do profissional de saúde é segundo elas preponderante para a tomada de decisão o que também é corroborado ao longo da pesquisa realizada sobre a evidência científica existente sobre a amamentação após cancro da mama. Os resultados obtidos na *scoping review* refletem a existência de desconhecimento ou falta de informação relativamente a esta temática, não só por parte das mulheres, mas também dos profissionais. Percebeu-se que existem crenças sobre a amamentação neste contexto, tanto no que se refere à mulher/casal/população como aos profissionais de saúde, que necessitam de ser desmistificadas através da apresentação e divulgação de dados concretos e científicos que já são conhecidos.

Cada parto foi único, a gratificação e reconhecimento por parte da mulher/casal, foi importante para o meu percurso profissional e académico como pode ser comprovado no apêndice IV.

Com a realização deste trabalho foi possível concluir que a amamentação pode ser uma realidade para a mulher que teve cancro da mama, requerendo-se uma análise particular de cada situação no que diz respeito ao tratamento realizado, ao risco/benefício da implementação da amamentação, bem como ao impacto da decisão para a mulher e para o casal. Deste modo, o diagnóstico desta patologia oncológica em idade reprodutiva assume um impacto nos projetos de vida da mulher, como ser individual, ou do casal. No contexto deste trabalho, percebe-se que, o diagnóstico desta doença, bem como os tratamentos a que será submetida, influenciam a decisão de amamentar.

Constatei que uma das estratégias para uma eficaz transmissão de conhecimentos foi a realização de sessões de formação em serviço para os profissionais de saúde, tanto pela possibilidade de informar/formar/esclarecer os interessados, como para fomentar confiança na tomada de decisão de promover o aleitamento materno junto desta população específica de mulheres.

Ao integrar o conhecimento que adquiri, percebi que a amamentação após o diagnóstico e tratamento do cancro da mama é um tema atual e relevante, que deve ser fomentado nos profissionais de saúde, uma vez que é pouco valorizada e trabalhada, havendo ainda um número reduzido de literatura científica.

Considero que a divulgação dos resultados obtidos em momentos formativos, onde desempenhei o papel de palestrante, foi importante, na medida em que permite sensibilizar e instruir outros profissionais sobre o tema em questão; acreditando que, à *posteriori*, existirão *outcomes* na prática de cuidados de Enfermagem.

Efetivamente, o EEESMO pode ser o profissional privilegiado para nos diferentes contextos de interação com a mulher grávida que vivenciou um cancro da mama, informar e esclarecer as suas dúvidas inerentes à possibilidade de amamentar. A gestão e a promoção da amamentação deve ser um fenómeno recorrente da prática

do EEESMO, visando a prestação de cuidados de qualidade, promovendo a interação do RN com a mãe e o núcleo familiar.

Neste âmbito, os resultados obtidos permitem sugerir algumas intervenções de enfermagem dirigidas à mulher/casal:

- Informar sobre a possibilidade de amamentação após diagnóstico e tratamento do cancro da mama;
- Informar sobre algumas restrições relacionadas com os tratamentos;
- Informar sobre as possíveis dificuldades que podem surgir;
- Informar sobre recursos disponíveis nos serviços de saúde e comunidade;
- Apoiar no processo de amamentação, de forma a promover a continuidade do aleitamento materno;
- Divulgar os dados existentes sobre esta temática.

Sugere-se que os resultados deste estudo possam, ainda, contribuir para a fundamentação de um projeto de intervenção denominado “consulta de enfermagem da grávida com patologia oncológica” a apresentar futuramente nas instituições de saúde.

Este é, efetivamente, um tema com forte disponibilidade heurística, pelo que continuamente deverá ser abordado e incluído no cerne das investigações e consequente disseminação à comunidade científica, designadamente em congressos, conferências e publicações nacionais e internacionais. Para tal, considero que este objeto de estudo deveria ser incluído no âmbito do 1º e 2º e quiçá 3º ciclos de estudos em Enfermagem, a fim de enaltecer a importância da intervenção do Enfermeiro junto destes clientes. Visa-se caminhar num sentido de cuidados uniformizados e de excelência.

Em síntese, o estágio com relatório possibilitou o desenvolvimento de competências comuns e específicas para o exercício da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia. Permitiu ainda a consecução dos objetivos relacionados com o conhecimento da temática da amamentação após o cancro da mama. Ademais, desenvolvi competências gerais que me permitem obter

o grau de mestre como sejam: capacidade de mobilizar conhecimentos, através de uma apreciação e intervenção complexa, no âmbito do EEESMO, resolvendo problemas no seio de uma equipa multidisciplinar; realizar uma prática baseada na evidência, com recurso a metodologia científica no quotidiano e transferir conhecimentos e raciocínios por meio da escrita, de forma clara e sem ambiguidades.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alianmoghammad, N., Khoshnood, K., Benn, C., Kennedy, H. P., & Lamyian, M. (2017). Breast Cancer, Breastfeeding, and Mastectomy: A Call for More Research. *Journal of Human Lactation*, 454-457.

Antunes, M. B., Demitto, M. d., Soares, L. G., Radovanovic, C. A., Higarashi, I. H., Ichisato, S. M., & Pelloso, S. M. (2017). *Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional*. Obtido em Outubro de 2019, de *Avances en Enfermería*, Vol 31, Nº1: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/43682/59669>

Aromataris E, M. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Obtido em Setembro de 2020, de Joanna Briggs Institute: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>

Azim Jr., H., Bellettini, G., Liptrott, S., Armeni, M. E., Dell'Acqua, V., Torti, F., . . . Peccatori, F. (2010). Breastfeeding in breast cancer survivors: Pattern, behaviour and effect on breast cancer outcome. *The Breast*, 527-531.

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Almedina Brasil.

Barroso, S. (Outubro de 2007). *A Pessoa com Cancro*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Oncologia: https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/publicacoes/vol._3_falar_sobre_cancro.pdf

Bento, M. J. (2008). *Registo Oncológico Nacional 2001*. Obtido em Junho de 2019, de RORENO: https://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/ro_nacional_2001.pdf

- Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R., & Cuthbert, A. (6 de Julho de 2017). *Continuous support for women during childbirth*. Obtido em Abril de 2019, de cochrane: https://www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-women-during-childbirth
- Bouche, G., & Jezdic, S. (2013). *Cancro da Mama: Um Guia para o Doente*. Obtido em Julho de 2019, de ESMO - European Society of Medical Oncology: <https://www.esmo.org/content/download/20414/340350/file/cancro-da-mama-un-guia-para-o-doente-esmo.pdf>
- Camune, B., & Gabzdyl, E. (2007). Breast-feeding After Breast Cancer in Childbearing Women. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 225-233.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- De Simone, V., & Pagani, O. (2017). Pregnancy after breast cancer: hope after the storm. *Minerva Ginecologica*, 597-607.
- Decreto-Lei Nº 15/2014. (21 de Março de 2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 57 (21-03-2014), pp. 2127-2131.
- Direção Geral da Saúde. (Novembro de 2015). *Programa Nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Obtido em Setembro de 2019, de Direção Geral de Saúde: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/pnvgbr-pdf.aspx>
- Faguy, K. (2015). Breast Disorders in Pregnant and Lactating Women. *Radiologic Technology*, 412 - 442.
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. Em M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). Lisboa: Lidel.

- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Goetz, O., Burgy, C., Langer, C., Doyen, C., & Mathelin, C. (2014). Allaitement après cancer du sein : enquête auprès des professionnels de santé hospitaliers en Alsace. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 234-239.
- González, C. (2014). *Manual Prático do Aleitamento Materno*. Brasil: Editora TIMO.
- Gorman, J. R., Usita, P. M., Madlensky, L., & Pierce, J. P. (2009). A qualitative investigation of breast cancer survivors' experiences with breastfeeding. *Journal Cancer Surviv - Springerlink.com*, 181 - 191.
- Hickey, M., Peate, M., Sauders, C. M., & Friedlander, M. (2009). Breast cancer in young women and its impact on reproductive function. *Hum Reprod Update*, 323-339.
- Hutchon, D. (2013). Management of the Nuchal Cord at Birth. *Journal of midwifery and reproductive Health*, 4-6.
- ICM. (10 de 2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice*. Obtido em 10 de 2019, de Internacional Confederation of Midwives: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf
- Jefford, E., Fahy, K., & Sundin, D. (2009). Routine vaginal examination to check for nuchal cord. *British Journal of Midwifery*, 246-249.
- Johnson, H. M., & Mitchell, K. B. (2019). Breastfeeding and Breast Cancer: Managing Lactation in Survivors and Women with a New Diagnosis. *Annals of surgical oncology*, 26, 3032-3039.
- Lawrence, R., & Lawrence, R. (2011). *Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional*. A Guide for the Medical Profession: Elsevier .
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF.

- Linkeviciute, A., Notarangelo, M., Buonomo, B., Bellettini, G., & A. Peccatori, F. (2019). Breastfeeding After Breast Cancer: Feasibility, Safety, and Ethical Perspectives. *Journal of Human Lactation*, 1-4.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade. 7ª Ed.* Loures: Lusodidacta.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 12-28.
- Meneses, K., & Holland, A. C. (2014). Current Evidence Supporting Fertility and Pregnancy Among Young Survivors of Breast Cancer. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 374-381.
- Mercer, J., & Erickson-Owens, D. (2014). Is It Time to Rethink Cord Management When Resuscitation Is Needed? *Journal of midwifery & women's health*, 635-644.
- Mercer, J., Skovgaard, R., Peareara-Eaves, J., & Bowman , T. (2005). Nuchal Cord Management and Nurse-Midwifery Practice. *Journal of midwifery & women's health*, 373-379.
- Nunes, L. (Julho de 2013). *CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Obtido de Repositório Comum: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de Abril de 2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Obtido em Setembro de 2019, de Ordem dos enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2015). *Código Deontológico*. Obtido em Setembro de 2019, de Ordem dos Enfermeiros:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2015). *Código Deontológico*. Obtido em Agosto de 2019, de Ordem dos enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialista Saúde Materna e Obstetrícia/Parteiras*. Obtido em Setembro de 2019, de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (17 de Junho de 2016). *PARECER N.º 04/ 2016 - SESSÃO E TEMPOS DE DURAÇÃO DOS CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO E CURSO DE RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04_2016_MCEESMO_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf

Pagani, O., & Azim Jr., H. (2012). Pregnancy after Breast Cancer: Myths and Facts. *BreastCare*, 210-214.

Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping reviews*. Obtido de Joanna Briggs Institute: <https://wiki.jbi.global/m/view-rendered-page.action?abstractPageId=3178612>

Petronilho, F. A. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formasau.

Pontes, J., Bento, M. J., Serrao, B., Castro, C., Antunes, L., Henrique, R., . . . Silva, M. A. (2014). *Registo Oncológico Nacional 2008*. Obtido em Junho de 2019, de RORENO: https://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/ro_nacional_2008.pdf

Pontes, J., Bento, M. J., Serrao, B., Castro, C., Antunes, L., Henrique, R., . . . Silva, M. A. (2016). *Registo Oncológico Nacional 2010*. Obtido em Junho de 2019, de RORENO:

https://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/ro_nacional_2010.pdf

PORDATA. (24 de 06 de 2019). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. Obtido em 08 de 2019, de PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo:

<https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>

Puckett, R., & Offringa, M. (23 de Outubro de 2000). *Vitamina K profilática para hemorragia por deficiência de vitamina K nos recém-nascidos*. Obtido em Junho de 2019, de cochrane: <https://www.cochrane.org/pt/CD002776/vitamina-k-profilatica-para-hemorragia-por-deficiencia-de-vitamina-k-nos-recem-nascidos>

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2018). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Reed, R., Barnes, M., & Allan, J. (2009). Nuchal cords: sharing the evidence with parents. *British Journal of Midwifery*, 106-109.

Regulamento n.º 140/2019. (06 de Fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.^a série, N.º 26 (06-02-2019), pp. 4744-4750.

Regulamento n.º 391/2019. (03 de Maio de 2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República*, 2.^a série, N.º 85 (03-05-2019), pp. 13560-13565.

Ribeiro, J. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 671-682.

Sidiropoulou, Z., Lourenço, C., Araujo, A. V., Sousa, M., Bueno, M. D., Felix, A., & Pereira, V. (2011). *Cancro da mama: Linhas de Orientação NCCN para*

Doentes. Obtido de NCCN:
<https://www.nccn.org/patients/guidelines/pdf/breast-portuguese.pdf>

Souza, S., & Gualda, D. (Março de 2016). A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25.

Stopenski, S., Aslam, A., Zhang, X., & Cardonick, E. (2017). After Chemotherapy Treatment for Maternal Cancer During Pregnancy, is Breastfeeding Possible? *Breastfeeding Medicine*, 12.

Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

World Health Organization. (2013). *O CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO UMBILICAL REDUZ A ANEMIA INFANTIL*. Obtido em 09 de 2019, de WHO: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf;jsessionid=4413FF7CBFD79D62FA98F6575C780FA0?sequence=2

World Health Organization. (2014). *Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes - Guideline*. Obtido em 06 de 2019, de WHO: https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Obtido em Setembro de 2019, de WHO: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Características dos estudos elegíveis

TÍTULO DO ARTIGO	Breastfeeding After Breast Cancer: Feasibility, Safety, and Ethical Perspectives
AUTORES	Alma Linkeviciute , Micaela Notarangelo , Barbara Buonomo , Giulia Bellettini, Fedro A. Peccatori
ANO DE PUBLICAÇÃO	2019
PAÍS DE ORIGEM	Itália
OBJETIVO DO ESTUDO	Avaliar a literatura disponível sobre a amamentação após cancro da mama, focando-se nos aspetos éticos específicos neste cenário.
POPULAÇÃO	20 mães que foram acompanhadas ao longo de 48 meses. Das 20, 10 eram lactantes e 10 não lactantes.
FATORES ENUNCIADOS	<ul style="list-style-type: none">• Uma minoria de sobreviventes do cancro da mama é capaz de amamentar eficazmente os seus bebés por barreiras físicas, psicológicas e sociais;• Os profissionais de saúde devem dar suporte para a amamentação em sobreviventes do cancro da mama;• Pacientes com cancro da mama precisam de informações científicas, mas também de compreensão, empatia e apoio psicológico para enfrentar a doença;• A ética relacional e o maternalismo médico podem ser usados para acomodar o diálogo aberto entre profissionais de saúde e sobreviventes do cancro de mama;• As diretrizes de prática clínica devem ser atualizadas, incluindo a segurança e viabilidade da amamentação após o cancro da mama.

TÍTULO DO ARTIGO	Pregnancy after breast cancer: hope after the storm
AUTORES	Valeria de Simone, Olivia Pagani
ANO DE PUBLICAÇÃO	2017
PAÍS DE ORIGEM	Suíça
OBJETIVO DO ESTUDO	Resumir as evidências atuais e as pesquisas sobre perspectivas de gravidez após cancro da mama, para fornecer aos profissionais de saúde as informações necessárias para aconselhar adequadamente as mulheres jovens com cancro da mama que desejam engravidar.
POPULAÇÃO	
FATORES ENUNCIADOS	<ul style="list-style-type: none">• A amamentação tem benefícios quer para a mãe, quer para o bebé, resolve precocemente os sangramentos pós-parto, promove a satisfação emocional e a relação da díade.• Mulheres em tratamento para o cancro da mama, lidam com alterações emocionais e físicas que podem afetar a sua decisão de amamentar;• As alterações físicas como a presença apenas de uma mama, cirurgia com envolvimento do complexo areola mamilar devem ser tratados por uma equipa experiente;• A mastectomia e a cirurgia conservadora, bem como a radioterapia podem causar hipoplasia e hipotrofia das mamas, no entanto a estas mulheres devem ser encorajadas a amamentar mesmo apenas tendo uma mama, devendo-lhes ser explicado que o leite de uma mama é nutricionalmente suficiente;• Mulheres que amamentaram apenas de uma mama fizeram-no com sucesso;• Mulheres que amamentaram após cancro da mama têm uma taxa de sobrevivência elevada;

- As evidências atuais sugerem que é seguro amamentar após cancro da mama, sendo seguro e viável, não devendo ser desencorajado.
-

TÍTULO DO ARTIGO	“After Chemotherapy Treatment for Maternal Cancer During Pregnancy, Is Breastfeeding Possible?”
AUTORES	Stephen Stopenski, Anum Aslam, Xinmin Zhang, Elyce Cardonick
ANO DE PUBLICAÇÃO	2017
PAÍS DE ORIGEM	New Jersey, USA
OBJETIVO DO ESTUDO	Relatar dificuldades na amamentação por mulheres diagnosticadas com cancro durante a gravidez e correlacionar o sucesso com as características do seu tratamento.
POPULAÇÃO	Mulheres diagnosticadas com cancro durante a gravidez que decidiram amamentar.
FATORES ENUNCIADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Os fatores estudados e comparados entre mulheres sujeitas a quimioterapia e mulheres que não foram: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ingurgitamento mamário; ○ Descida de leite; ○ Produção de leite; ○ Detalhes do tratamento (tipo e número de ciclos de quimioterapia); ○ Existência de depressão pré-parto ou pós-parto. ○ Amamentação com sucesso quando a quimioterapia termina 3 semanas antes da data do parto, embora exista maior dificuldade no início e manutenção da produção de leite materno. • Mulheres sujeitas a quimioterapia durante a gravidez são mais suscetíveis a apresentarem dificuldades na amamentação.

TÍTULO DO ARTIGO	“Breast Cancer, Breastfeeding, and Mastectomy: A Call for More Research”
AUTORES	Narges Alianmoghaddam, Kaveh Khoshnood, Cheryl Benn, Holly Powell Kennedym Minoor Lamyian
ANO DE PUBLICAÇÃO	2016
PAÍS DE ORIGEM	Connecticut, USA
OBJETIVO DO ESTUDO	Alertar para o crescente número de mastectomias realizadas em mulheres com cancro da mama em idade fértil e impossibilidade de amamentar que advertem, realçando a importância da terapia conservadora da mama.
POPULAÇÃO	Mulheres sujeitas a mastectomia em idade fértil por diagnóstico de cancro da mama
FATORES ENUNCIADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Benefícios da amamentação para a mulher e para o filho; • Amamentar reduz o risco do desenvolvimento de doenças como cancro da mama. O risco diminui com o aumento da duração da amamentação. <ul style="list-style-type: none"> ○ Diferenciação celular das células mamárias; ○ Falta ou atraso na ovulação; ○ Excreção de carcinogéneos do tecido mamário através da amamentação. • Importância da educação para a saúde e da transmissão de informação relativa ao plano de tratamento e de métodos de preservação de fertilidade.

TÍTULO DO ARTIGO	Breast Disorders in Pregnant and Lactating Women
AUTORES	Kathryn Faguy
ANO DE PUBLICAÇÃO	2015
PAÍS DE ORIGEM	Utah - EUA
OBJETIVO DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as alterações mamárias associadas à gravidez e lactação; • Vantagens e limitações das técnicas de imagem da mama, usadas durante a gravidez e lactação; • Condições benignas da mama que ocorrem nesta população de pacientes, incluindo desafios diagnósticos e opções de tratamento; • Comparar o cancro da mama associado à gravidez com o cancro da mama noutros pacientes; • Tratamento do cancro da mama em mulheres grávidas; • Resultado de pesquisas recentes sobre o prognóstico de cancro da mama associado à gravidez.
FATORES ENUNCIADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Mulheres submetidas a quimioterapia não devem amamentar pois foram detetados fármacos no leite materno; • Após quimioterapia as mulheres são desencorajadas a amamentar nas 4 semanas subsequentes após o seu término; • Para garantir a produção de leite materno, a mulher deve retirar o leite por bomba e rejeitá-lo, podendo amamentar posteriormente; • Após tratamento para o cancro da mama, o tecido cicatricial e a redução na produção de leite, causada pela quimioterapia, podem dificultar a amamentação; • Num estudo apenas 55% das mulheres conseguiram amamentar após quimioterapia.

TÍTULO DO ARTIGO	Current Evidence Supporting Fertility and Pregnancy Among Young Survivors of Breast Cancer
AUTORES	Karen Meneses and Aimee Chism Holland
ANO DE PUBLICAÇÃO	2014
PAÍS DE ORIGEM	Califórnia
OBJETIVO DO ESTUDO	<p>Fornecer evidências para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efeitos do tratamento oncológico na função gonadal em mulheres jovens com cancro da mama; • Diretrizes de fertilidade e o papel da defesa do cancro da mama; • Implicações para a prática da amamentação; • Implicações futuras no atendimento interdisciplinar de mulheres jovens com cancro da mama com preocupações relacionadas com a fertilidade e gravidez.
FATORES ENUNCIADOS	<p>POPULAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • A mulher pode amamentar da mama contra lateral após quimioterapia e radioterapia; • A amamentação após cancro da mama é segura para mães e bebês; • Algumas mulheres temem novo cancro da mama se amamentarem; • Vários investigadores não encontraram recidivas em mulheres sobreviventes de cancro da mama que amamentaram; • Receio em amamentar de forma adequada apenas de uma mama; • Amamentar apenas de uma mama proporciona a nutrição adequada e os mesmo benefícios de proteção que a amamentação de duas mamas;

- Após mastectomia existe o risco de corte dos ductos, que pode afetar diretamente o fluxo de leite;
 - É possível amamentar da mama afetada, no entanto a produção de leite é limitada, resultado da cirurgia e radioterapia;
 - A radioterapia danifica o tecido mamário e reduz a produção de leite;
 - Estas mulheres necessitam de apoio extra para serem ajudadas no processo de amamentação, podendo ser benéfico o apoio dos parceiros e CAM.
 - As mulheres sobreviventes de cancro da mama dependem dos enfermeiros para o encorajamento, comunicação, sendo oportuno criar relação empática para oferecer apoio e esperança.
-

TÍTULO DO ARTIGO	“Allaitement après cancer du sein : enquête auprès des professionnels de santé hospitaliers en Alsace”
AUTORES	O. Goetz, C. Burgy, C. Langer, C. Doyen, C. Mathelin
ANO DE PUBLICAÇÃO	2014
PAÍS DE ORIGEM	França
OBJETIVO DO ESTUDO	Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a amamentação em mulheres tratadas após cancro da mama e que desejam engravidar.
POPULAÇÃO	Profissionais de Saúde
FATORES ENUNCIADOS	<ul style="list-style-type: none">• A amamentação após o câncer de mama não agrava o prognóstico, por vezes até melhora a situação clínica;• Mulheres que amamentam após o cancro da mama têm uma melhoria na qualidade de vida, inclusivamente recomendam a amamentação a outras mulheres;• Poucas mulheres amamentam após cancro da mama e isso é devido a razões muitas vezes não justificadas por indicação dos profissionais de saúde;• O papel dos profissionais de saúde deveria ser claramente mais informativo trazendo apoio à amamentação para ajudar as mulheres a enfrentar os seus medos, facilitando de forma clara a amamentação.

TÍTULO DO ARTIGO	Pregnancy after Breast Cancer: Myths and Facts
AUTORES	Olivia Pagani, Hatem Azim Jr.
ANO DE PUBLICAÇÃO	2012
PAÍS DE ORIGEM	Suíça
OBJETIVO DO ESTUDO	Dar resposta a questões reprodutivas que se mantêm por responder e são desvalorizadas a jovens sobreviventes do cancro da mama.
POPULAÇÃO	Jovens sobreviventes do Cancro da Mama
FATORES ENUNCIADOS	<ul style="list-style-type: none">• Frequência de gravidezes depois do cancro da mama;• Quais os medos e sentimentos que as jovens com cancro da mama têm sobre a gravidez;• A resposta dada pelos profissionais de saúde aos problemas de fertilidade;• A gravidez após o cancro da mama;• A gravidez e seu o efeito protetor após cancro da mama;• As pacientes com mutação BRCA1/2;• A viabilidade e segurança da amamentação após o cancro da mama.

TÍTULO DO ARTIGO	“Breastfeeding in breast cancer survivors: Pattern, behavior and effect on breast cancer outcome”
AUTORES	Hatem A. Azim Jr., Giulia Bellettini, Sarah J. Liptrott, Maria Ersilia Armeni, Veronica Dell’Acqua, Francesca Torti, Brunella Di Nubila, Viviana Galimberti, Fedro Peccatori
ANO DE PUBLICAÇÃO	2010
PAÍS DE ORIGEM	Itália
OBJETIVO DO ESTUDO	Alertar para a importância da viabilidade e segurança da amamentação em sobreviventes de cancro da mama.
POPULAÇÃO	32 sobreviventes de cancro da mama que completaram a gravidez, amamentando <i>a posteriori</i> .
FATORES ENUNCIADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Benefícios da amamentação para a mulher e para o filho; • Amamentar reduz o risco do desenvolvimento de doenças como cancro da mama; • Receios relativos à amamentação após tratamento de cancro da mama; • Amamentar não apresenta qualquer efeito negativo no resultado do cancro da mama em sobreviventes que completaram a sua gravidez; • Importância da educação para a saúde e da melhoria da qualidade de vida da mulher, priorizando a sua saúde e encorajando a transmissão de informação baseada na evidência.

TÍTULO DO ARTIGO	“A qualitative investigation of breast cancer survivors’ experiences with breastfeeding”
AUTORES	Jessica R. Gorman, Paula M. Usita, Lisa Madlensky, John P. Pierce
ANO DE PUBLICAÇÃO	2009
PAÍS DE ORIGEM	Califórnia, USA
OBJETIVO DO ESTUDO	Explorar fatores que influenciam a decisão de amamentar
POPULAÇÃO	11 sobreviventes de cancro da mama que tiveram um filho após o diagnóstico e respetivo tratamento.
FATORES ENUNCIADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Os temas emergentes foram: <ul style="list-style-type: none"> ○ Esperança cautelosa (esperança na amamentação apesar da incerteza quanto ao resultado); ○ Exaustão relacionada com a amamentação exclusiva através da mama lactente (preocupação com a quantidade de leite produzida); ○ Motivação para amamentar apesar dos desafios (experiências passadas, benefícios pessoais, expectativas); ○ Suporte e falta de suporte; ○ Encorajar outras mulheres na mesma condição; • Sobreviventes de cancro da mama referiram dificuldades relacionadas com a mama operada, incluindo a pouca quantidade de leite produzida, dor e exaustão, ansiedade com amamentação entre outros obstáculos significativos que esta população enfrenta; • Necessidade de melhoria no acesso à informação, educação para a saúde pré-natal e pós-parto, suporte e empatia, fornecendo os recursos para apoiar os seus esforços.

TÍTULO DO ARTIGO	Breast-feeding After Breast Cancer in Childbearing Women
AUTORES	Barbara Camune; Elizabeth Gabzdyl
ANO DE PUBLICAÇÃO	2007
PAÍS DE ORIGEM	EUA
OBJETIVO DO ESTUDO	Revisão do conhecimento atual sobre o cancro da mama em mulheres grávidas que pode afetar futuramente a amamentação e problemas comuns relacionados com a amamentação após cancro da mama.
POPULAÇÃO	
FATORES ENUNCIADOS	<ul style="list-style-type: none">• Todas as mulheres devem ser encorajadas a amamentar os seus filhos;• A amamentação noturna deve ser incentivada, principalmente nos primeiros dias e semanas de amamentação;• Ao começar a amamentar, é importante fazer tentativas frequentes de amamentar (8 a 12 vezes a cada 24 horas) e elogiar a mãe pelos pequenos sucessos;• A assistência precoce nos primeiros dias pós-parto é crucial para estabelecer a amamentação e colaborar no posicionamento e pega adequados, especialmente na presença de tecido cicatricial ou mamilos invertidos;• Massajar as mamas da axila em direção ao mamilo e aplicar compressas quentes pode ajudar o trajeto do leite pelos ductos, bem como, desentupir os ductos obstruídos;• A produção de leite pode ser maximizada pela amamentação frequente seguida de extração com dispositivos elétricos para estimular as vias nervosas existentes;• É útil o contacto frequente com uma enfermeira parteira, pediatra ou enfermeira pediatra;

- Pesar o bebé a cada 3 dias pode favorecer medidas indiretas da produção adequada de leite;
 - A amamentação não deve ser interrompida durante a investigação de uma massa, a menos que sejam necessários estudos nucleares;
 - O desejo de amamentar é uma decisão individual;
 - Apesar dos obstáculos é possível amamentar após cancro da mama;
 - A amamentação demonstrou efeito protetor em mulheres sem predisposição genética para o cancro da mama;
 - A amamentação após cancro da mama pode ter efeito na mama contra lateral;
 - O esforço da equipa de saúde (enfermeiros, médicos, parteiros, ...) e o apoio de cada um deles pode fazer a diferença no sucesso da amamentação após cancro da mama.
-

APÊNDICE II – Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

“A amamentação após cancro da mama: o cuidar do enfermeiro obstetra”

Esta entrevista é realizada no contexto do EC estágio com relatório do 9º CMESMO da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o tema “A amamentação após cancro da mama: o cuidar do enfermeiro obstetra”, com o intuito de perceber quais os fatores que levam a mulher sobrevivente de cancro da mama a tomar a decisão de amamentar.

História Materna:

- Idade atual:
- Idade diagnóstico:
- Tipo histológico:
- Tratamentos:
- Duração tratamentos:
- Idade gravidez:
- Quanto tempo após o fim dos tratamentos engravidou:
- Retomou tratamentos após o parto?

Amamentação como sobrevivente de cancro da mama:

1. Sendo uma sobrevivente de cancro da mama, quer relatar a sua experiência de amamentação?

- 2. Conversou com seu médico obstetra/oncologista ou com o enfermeiro obstetra sobre a possibilidade de amamentar após o cancro da mama?**
- 3. Quais eram suas expectativas em relação à amamentação?**
- 4. A amamentação era uma possibilidade para si?**
- 5. O que a motivou/quais os fatores que influenciaram a tomada da decisão de tentar amamentar?**
- 6. Quantos anos tinha seu filho quando suspendeu completamente de amamentar ou receber leite materno?**
- 7. Apenas leite materno ou suplemento?**
- 8. Onde procurou informações sobre amamentação?**
- 9. Onde foi buscar apoio a nível da amamentação?**
- 10. Teve apoio de uma CAM conselheira de aleitamento materno?**
- 11. Sentiu-se apoiada na sua decisão sobre a amamentação?
O que fez para se sentir mais apoiada?**
- 12. O que diria para outras sobreviventes de cancro da mama interessadas em amamentar?**
- 13. Há mais alguma coisa que gostaria de me contar sobre suas experiências que não questionamos?**

APÊNDICE III – Formação em Contexto de Serviço

16/10/19

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa




A AMAMENTAÇÃO APÓS CANCRO DA MAMA: O CUIDAR DO ENFERMEIRO OBSTETRA

FREDERICO DINIS ROCHA
Aluno do 9º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Junho, 2019

CONTEÚDOS

- ▣ ALEITAMENTO MATERNO
- ▣ TIPOLOGIA/CLASSIFICAÇÃO DO CANCRO DA MAMA
- ▣ TRATAMENTOS
- ▣ PROBLEMAS APÓS TRATAMENTO
- ▣ MARGEM DE SEGURANÇA PARA AMAMENTAR APÓS QUIMIOTERAPIA
- ▣ O CUIDAR DO ENFERMEIRO OBSTETRA
- ▣ CONCLUSÃO



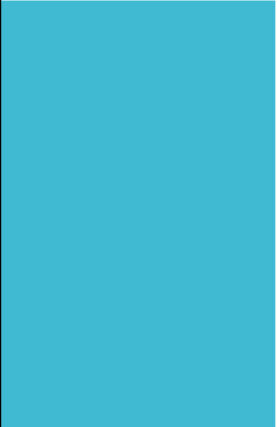
OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Potenciar o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem/ EESMO na promoção do aleitamento materno após cancro da mama.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir amamentação e aleitamento materno e a sua epidemiologia/estatística;
- Identificar os diferentes tipos de cancro de mama e os seus tratamentos disponíveis;
- Referir o período de segurança para amamentar após tratamento oncológico;
- Identificar o papel do Enfermeiro Especialista em ESMO na amamentação em mulheres após cancro da mama.



“ A amamentação é uma extensão natural da gravidez e do nascimento; é muito mais do que um simples meio de nutrição das crianças. Habitualmente, as mulheres escolhem o aleitamento materno porque conhecem os seus benefícios para a criança. Muitas procuram a experiência de ligação única entre mãe e filho proporcionada pela amamentação.”

(Pollock, citado por Perry, 2006)



**ALEITAMENTO
MATERNO**

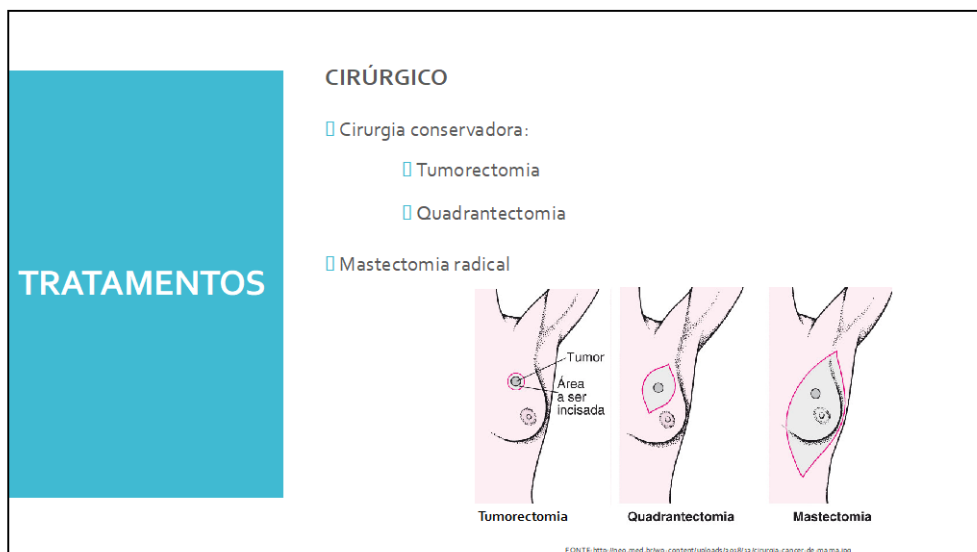
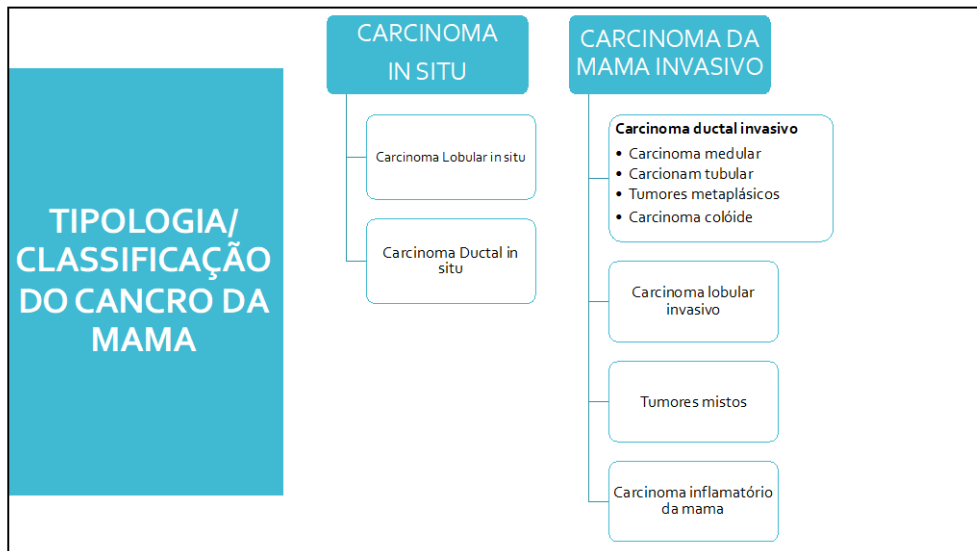
O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos.

Tem múltiplas vantagens quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida.

(Levy & Bértolo, 2012)



**É POSSIVEL AMAMENTAR
APÓS
CANCRO DA MAMA?!?**



RADIOTERAPIA

- ☐ Radiação externa
- ☐ Radiação interna:
 - ☐ Radiação por braquiterapia intraoperatória



FONTE: http://cdn.ampleste.com/159168/2813445307270038/g1/383445344586912080_12w12R01280_.jpg

**TRATAMENTO:
RADIOTERAPIA**

RADIAÇÃO EXTERNA

- ☐ Hipofracionada
 - ☐ Dose: 40,05 Gy a 42,56 Gy
- ☐ Fracionamento convencional
 - ☐ Dose: 50 Gy a 70Gy

Radiação interna

- ☐ Dose mais concentrada no boost, há menos dose dispersa.

**PROBLEMAS
APÓS
TRATAMENTO**

RADIOTERAPIA

A amamentação após radioterapia é possível.

Porém, a produção de leite é limitada e há alterações no tecido mamário devido à fibrose inerente à radioterapia.

A radiação danifica o tecido mamário e reduz a produção de leite.

(Lawrence & Lawrence, 2011)

**PROBLEMAS
APÓS
TRATAMENTO**

Estudos de comportamento de amamentação entre as sobreviventes de cancro da mama, referem que algumas mulheres amamentaram com sucesso a partir da mama tratada após a cirurgia e radioterapia.

(Gorman, Usita, Madlensky, & Pierce, 2009) .

TRATAMENTO: QUIMIOTERAPIA: MARGEM DE SEGURANÇA PARA AMAMENTAR	Fármaco	Semi-vida	Período de Segurança	Observações
	5-Fluoracilo	≈ 17 min.	≈ 1h25min a 24h 5T _{1/2} a 89T _{1/2}	Alguns autores recomendam aguardar 24 horas para retomar a amamentação. O fármaco excretado no leite materno em quantidades indetetáveis e clinicamente insignificantes (Peccatori 2012)
	Ciclofosfamida	≈ 12 h	≈ 84 horas ≈ 3 dias + 12 h 7T _{1/2}	A ciclofosfamida é excretada no leite materno (Wiernik 1971) em quantidade relativamente baixa (Fierro 2019), mas em dois estudos, os bebés amamentados desenvolveram neutropenia, trombocitopenia e anemia. (Durodola 1979, Amato 1977)

TRATAMENTO: QUIMIOTERAPIA: MARGEM DE SEGURANÇA PARA AMAMENTAR	Fármaco	Semi-vida	Período de Segurança	Observações
	Docetaxel	≈ 11h	≈ 3 dias + 5 horas 7T _{1/2}	Desconhece-se se é excretado no leite materno, no entanto como é altamente lipofílico, é provável que, seja excretado em quantidades significativas no leite materno (Zagouri 2013).
	Doxorrubicina	≈ 30 horas	≈ 210h ≈ 9 dias 7T _{1/2}	são excretados no leite materno em quantidades significativas e com uma relação leite/plasma muito elevada (Pistilli 2013, Egan 1985).
	Epirubicina	≈ 33h	≈ 231h ≈ 9 dias + 15h 7T _{1/2}	Não há dados sobre a excreção no leite materno.
	Paclitaxel	≈ 3h a 53h	≈ 21h a 371h ≈ 15 dias + 11h 7T _{1/2}	Desconhece-se se o paclitaxel é excretado no leite materno

PROBLEMAS APÓS TRATAMENTO

❑ QUIMIOTERAPIA

Alguns estudos defendem que a mulher não pode amamentar durante o tratamento, uma vez que, ao ser analisado o leite materno este continha vestígios de drogas resultantes de quimioterapia.

Os dados são reduzidos, pelo que as mulheres são incentivadas a não amamentar durante as 4 semanas seguintes ao final do tratamento.

(Faguy, MA, & ELS, 2015) .

TRATAMENTO: TERAPÊUTICA HORMONAL

TERAPÊUTICA HORMONAL

❑ Tamoxifeno:

❑ **Semi-vida:** 336 horas

❑ Não há publicações sobre a excreção no leite materno.

❑ Exemestano:

❑ **Semi-vida:** 336 horas

❑ Não há publicações sobre a excreção no leite materno.

❑ TERAPÊUTICA DIRIGIDA

❑ Anticorpos monoclonais

❑ **Trastuzumab:**

❑ **Semi-vida:** 432 – 684 horas

❑ Deve evitar-se o aleitamento até \approx 7 meses após a última dose.

AMAMENTAR OU NÃO?

□ Dada a forte evidência sobre os benefícios da amamentação para o desenvolvimento dos bebés e da saúde materna, é aconselhável avaliar o risco-benefício de qualquer tratamento materno, incluindo quimioterapia, aconselhando cada mulher, que deseja continuar com a amamentação, de forma individualizada.

(Koren 2013)

O CUIDAR DO ENFERMEIRO OBSTETRA

□ Cabe aos Enfermeiros Obstetras que trabalham diariamente nos diferentes contextos de interação com a mulher/ casal, aprofundar os seus conhecimentos e consequentemente, transmitir a informação pertinente a cada casal, por forma a ir ao encontro dos seus desejos e necessidades de forma esclarecida.

□ A OE (2015) refere que é dever do EESMO ajudar a utente a maximizar o seu potencial de saúde ... destacando-se a promoção do potencial de saúde de cada utente através de programas, projetos e intervenções no âmbito da amamentação.



CONCLUSÃO

- Com a realização deste trabalho foi possível concluir que a amamentação pode ser uma realidade para a mulher que teve cancro da mama.
- Para tal é necessário analisar cada situação em particular, nomeadamente o tratamento realizado, para ponderar o risco/benefício da implementação da amamentação;
- O EESMO pode ser o profissional privilegiado, para nos diferentes contextos de interação com a mulher grávida que vivenciou um cancro da mama, informar e esclarecer as suas dúvidas inerentes à possibilidade de amamentar.



BIBLIOGRAFIA

- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., ... Rocha, V. (2015). *Livro de Bolso - Enfermeiros Especialista em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros.
- Durodola JI. (1979) *Administração de ciclofosfamida no final da gestação e início da lactação: relato de caso*. J Natl Med Assoc, 71 (2): 165-6.
- *E-Lactancia*. (s.d.). Obtido em Junho de 2019, de E-Lactancia: <http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/epirubicin/product/>
- EMA-Europa. (s.d.). *EMA-Europa*. Obtido em Junho de 2019, de https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/taxotere-epar-product-information_pt.pdf
- EMA-Europa. (s.d.). Obtido em Junho de 2019, de EMA-Europa: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/herceptin-epar-product-information_pt.pdf
- Faguy, K., MA, & ELS. (2015). Breast Disorders in Pregnant and Lactating Women. *Radiologic Technology*, 412 - 442.

BIBLIOGRAFIA

- Fierro ME, Datta P, Rewers-Felkins K, CM Smillie, Bresnahan A, Baker T, Hale TW. (2019) *Uso da Ciclofosfamida na Esclerose Múltipla: Níveis Detectados no Leite Humano*. *Amamentar Med.* 14 (2): 128-130.
- Gorman, J. R., Usita, P. M., Madlensky, L., & Pierce, J. P. (2009). A qualitative investigation of breast cancer survivors' experiences with breastfeeding. *Journal Cancer Surviv - Springerlink.com*, 181 - 191.
- Hale TW, Rowe HE. (2017) *Medications & Mothers' Milk. A Manual of Lactation Pharmacology*. Springer Publishing Company.
- Infarmed. (05 de Novembro de 2011). *InfoMed*. Obtido em Junho de 2019, de Infarmed: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=50242&tipo_doc=fi
- Infarmed. (12 de Dezembro de 2009). *InfoMed*. Obtido em Junho de 2019, de Infarmed: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=8303&tipo_doc=rcm

BIBLIOGRAFIA

- Infarmed. (12 de Janeiro de 2011). *InfoMed*. Obtido em Junho de 2019, de Infarmed: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=33754&tipo_doc=rcm
- Infarmed. (23 de Junho de 2017). *InfoMed*. Obtido em Junho de 2019, de Infarmed: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=29573&tipo_doc=rcm
- Infarmed. (8 de Agosto de 2015). *InfoMed*. Obtido de Infarmed: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=13264&tipo_doc=rcm
- Infarmed. (8 de Dezembro de 2016). *InfoMed*. Obtido em Junho de 2019, de Infarmed: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=3279&tipo_doc=rcm
- Koren G, Carey N, Gagnon R, Maxwell C, Nulman J, Senikas V (2013), Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *Cancer chemotherapy and pregnancy*. *J Obstet Gynaecol Can.* ;35(3):263-278.

APÊNDICE IV – Reconhecimento das Parturientes/Puérperas

De [REDACTED] >

Date: segunda, 20/05/2019 à(s) 13:27

Subject: Re: Mala maternidade

To: enfermeira obstetra responde <[enf.obstetra_responde@\[REDACTED\]](mailto:enf.obstetra_responde@[REDACTED])>

Boa tarde

Tive a minha bebé no hospital [REDACTED] gostei bastante de toda a equipa, foi um momento único, foi um parto bastante humanizado e queria felicitar os enfermeiros que me assistiram no parto. Enfermeira [REDACTED] e Frederico. Melhor não poderia ser, fiquei mesmo contente com todo o apoio que me deram.

No dia da alta estavam muitos casais para registar os seus bebés e nós só conseguimos registar a Clara, mas foi impossível fazermos o cartão de cidadão devido à elevada afluência de casais. Gostaria de saber se ainda poderíamos nos deslocar ao hospital para fazer o cartão de cidadão da Clara, pois para marcações noutros registos só temos vaga em Agosto.

Agradeço a atenção dispensada e aguardando resposta

[REDACTED]
mãe de Clara [REDACTED], nascida a 30 de Abril.

From: [REDACTED]
Date: Tue, Jul 9, 2019 at 6:15 PM
Subject: Agradecimento
To: enfermeira obstetra responde <[enf.obstetra_responde@\[REDACTED\]](mailto:enf.obstetra_responde@[REDACTED])>

Boa tarde,

O meu nome é [REDACTED] e em Maio passado tive o meu parto no Hospital de [REDACTED] dando entrada no dia 11 Maio com bolsa rota, acabando por ter o meu filho apenas no dia 13 Maio, pelas 00h39. Foi um processo complicado e demorado, contudo, desses dias guardo acima de tudo os bons momentos que, em grande parte, foram proporcionados pela equipa do bloco de partos que me assistiu durante todo esse tempo.

Assim, envio este email pois gostaria de demonstrar a minha satisfação com a experiência que tive no bloco de partos e gratidão para com todos os membros das equipas presentes na data.

Todos os que se cruzaram comigo foram muito prestáveis e atenciosos, no entanto, gostaria de salientar o trabalho incansável da enfermeira [REDACTED] que me recebeu nas urgências e que me acompanhou durante grande parte da morosa evolução do trabalho de parto. Esteve sempre disponível com um sorriso para esclarecer todas as minhas dúvidas e para me dar uma palavra de ânimo quando precisava. Foi uma pessoa muito importante no processo.

Tenho ainda a agradecer todo o trabalho dos dois enfermeiros que me assistiram no parto: Frederico Rocha e a sua colega que infelizmente não me recordo o nome, peço desculpa.

O enfermeiro Frederico em particular fez com que as minhas memórias do parto fossem as melhores, pois foi ele que sugeriu que eu sentisse a cabeça do bebé antes dele nascer, que o acabasse de puxar de dentro de mim, etc. Foram momentos incríveis que não esperava ter e que foram possíveis porque o enfermeiro Frederico não estava ali apenas para fazer mais um parto num dia normal de trabalho, mas sim porque estava dedicado em garantir que tudo corria bem e que o momento, mais do que doloroso ou stressante, fosse o mais especial possível para mim e para o meu marido. Foi ele que também me prestou os cuidados após o parto, que durante a madrugada se certificou que eu estava bem. Nota-se que tem gosto e brio naquilo que faz.

Por último, não contava que o hospital estivesse tão evoluído em termos de controlo de dor, mobilidade da mulher no parto e acima de tudo de humanização do parto. Dou-vos os meus parabéns!

Muito obrigada a todos,

[REDACTED]

APÊNDICE V – Certificados das Palestras

