

Curso de Mestrado em Enfermagem
Saúde Materna e Obstetrícia

**A CONTINUIDADE DE CUIDADOS DO EEESMO,
À DÍADE E FAMÍLIA, NO APOIO AO
ALEITAMENTO MATERNO, DURANTE O
TRABALHO DE PARTO E PUERPÉRIO**

Cheila Maria Claro Rodrigues Simões Santos

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem
Saúde Materna e Obstetrícia

**A CONTINUIDADE DE CUIDADOS DO EEESMO,
À DÍADE E FAMÍLIA, NO APOIO AO
ALEITAMENTO MATERNO, DURANTE O
TRABALHO DE PARTO E PUERPÉRIO**

Cheila Maria Claro Rodrigues Simões Santos

Docente orientador: Professora Maria Teresa Félix

2014

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey shapes that resemble a stylized wave or a series of overlapping pages.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer

À Professora Maria Teresa Félix, a orientação, o apoio e a motivação fornecidos ao longo do percurso de aprendizagem.

Às Enfermeiras Especialistas orientadoras dos ensinamentos clínicos e estágio com relatório, o apoio, disponibilidade e partilha de experiências.

À equipa da Unidade de Saúde Familiar Santiago de Palmela, em particular às enfermeiras Marisol Louro e Tânia Palma e à médica Idalina Lima, pelo apoio incondicional e compreensão demonstrados ao longo desta caminhada.

ABREVIATURAS SIGLAS E ACRÓNIMOS

ABCF – Auscultação dos batimentos cardio-fetais

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACOG – American Congress of Obstetricians and Gynecologists

AFU – Altura do fundo uterino

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APPT – Ameaça de parto pré-termo

BSG – Boletim de saúde da grávida

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

CPP – Curso de preparação para a parentalidade

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DR – Diário da República

EC – Ensino clínico

ECG - Eletrocardiograma

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESIP – Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ESMO – Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

FC – Frequência cardíaca

FCF – Frequência cardíaca fetal

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

FR – Frequência respiratória

HPP – Hemorragia pós-parto

ICM - International Confederation of Midwives

IHAB – Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo das Crianças
ILA – Índice de Líquido amniótico
IMG – Interrupção médica da gravidez
IVG – Interrupção voluntária da gravidez
IO – Índice obstétrico
IV – Intravenosa
Kg – quilograma
ml– mililitros
MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organizações não governamentais
PPTP – Paragem na progressão do trabalho de parto
Prof. - Professora
RAM – Relatório sobre o Aleitamento Materno
RCM – Royal College of Midwives
RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynecologists
RN – Recém-nascido
RPM – Ruptura prematura de membranas
SNC – Sistema nervoso central
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TP – Trabalho de parto
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE – União Europeia
Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UI – Unidades Internacionais
USF – Unidade de Saúde Familiar
WHO – World Health Organization

RESUMO

O presente relatório reproduz o percurso de aprendizagem efetuado em vários contextos da prestação de cuidados de enfermagem, em particular num bloco de partos de um centro hospitalar.

Pretende transmitir através da descrição e análise das atividades realizadas, a aquisição e desenvolvimento das competências gerais e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Foi dada ênfase à temática aprofundada: A continuidade de cuidados do EEESMO, à díade e família, no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério.

Os autores de referência defendem a continuidade de cuidados no apoio ao aleitamento materno, como uma forma de capacitar as mães a amamentarem exclusivamente, durante os primeiros seis meses de vida dos seus filhos e a continuarem a amamentar, após a introdução de outros alimentos, por dois anos ou mais.

O relatório português sobre o aleitamento materno revela dados que justificam um investimento nesta área, sendo possível a sua melhoria através da unificação das práticas profissionais e da articulação entre as unidades prestadoras de cuidados, garantindo um apoio contínuo e antecipado às díades e famílias.

O processo de aprendizagem envolveu a intervenção especializada junto das clientes/famílias, respeitando crenças e cultura, ao nível do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério e menopausa.

A metodologia de pesquisa e de implementação que sustentou o percurso profissional desenvolvido, incluiu a consulta de monografias, sites oficiais e uma revisão da literatura sobre artigos de investigação relacionados com a temática aprofundada. Envolveu o registo das intervenções realizadas (presencialmente, por telefone ou email), identificadas pela estudante e percecionadas pelas clientes, e da perceção de quatro enfermeiros especialistas, revelada através de entrevistas semi-

estruturadas, cujo conteúdo constituiu um exemplo da realidade portuguesa, utilizado na análise do percurso de aprendizagem.

Das intervenções realizadas foram efetuados registos referentes a vinte e duas clientes, em cujo parto a estudante participou, entre 22 de Fevereiro e 15 de Maio de 2014. Estes foram utilizados na descrição e análise do seu desenvolvimento profissional.

Foi possível aprofundar conhecimentos e desenvolver competências como futura EEESMO, de modo a intervir junto da população e nas organizações, promovendo a saúde e prevenindo a doença, contribuindo para experiências saudáveis e equilibradas e felizes adaptações à parentalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno, apoio, continuidade de cuidados, EEESMO, trabalho de parto, puerpério.

ABSTRAT

This report reproduces the learning process conducted in various contexts of care nursing, particularly in a ward of a hospital block.

Want to convey through the description and analysis of activities, the acquisition and development of general and specific skills defined by the Nurses Order to obtain the title of Midwife.

Emphasis was given to the thematic depth: Midwife's continuity of care, towards dyad and family, on breastfeeding support, during labor and postpartum.

The reference authors defend the continuity of care in breastfeeding support, as a way to empower mothers to breastfeed exclusively for the first six months of life of their children and to continue breastfeeding after the introduction of other foods, for two or more years.

The Portuguese report on breastfeeding reveals data that justify an investment in this area. Their improvement is possible through the unification of professional practice and coordination among providers of care units, ensuring a continuous and anticipated support to dyads and families.

The learning process involved the specialized intervention with clients/families, respecting beliefs and culture, at family planning, pre-concepcional, prenatal and postnatal period, labor, perimenopause and menopause.

The methodology used on the research and implementation that supported the professional path developed, included consultation of major authors and a literature review of research articles related to thematic depth. Involved the recording of the performed interventions (personally, by phone or email), identified by the student and clients, and the perception of four specialist nurses, revealed through semi-structured interviews, the content of which was an example of the Portuguese reality, used on the student's learning path analysis.

Regarding the performed interventions, records were made pertaining to twenty two clients, in which delivery the student participated, between February 22nd and May 15th 2014. These were used in the description and analysis of the student's professional development.

It was possible to increase knowledge and develop skills as a future midwife, to intervene with the population and within organizations, promoting health and preventing disease, contributing to healthy and balanced experiences and happy adjustments to parenthood.

KEYWORDS: Breastfeeding, support, continuity of care, midwife, labor, postpartum.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. PERCURSO DE APRENDIZAGEM	16
1.1 Cuidados de enfermagem especializados à cliente/sistema, no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal e pós-natal, durante os quatro estádios do trabalho de parto e em contexto de urgência obstétrica e ginecológica.....	22
1.2 Continuidade de cuidados do EEESMO à díade e família, no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério.....	34
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ANEXOS

Anexo I – Autorização do ACES

Anexo II – Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar

APÊNDICES

Apêndice I – Caracterização do Bloco de Partos

Apêndice II – Planeamento do trabalho para o estágio em bloco de partos e urgência obstétrica e ginecológica

Apêndice III – Planeamento do trabalho sobre a problemática selecionada

Apêndice IV – Referencial teórico de enfermagem subjacente ao tema

Apêndice V – Metodologia de pesquisa e implementação

Apêndice VI – Resultados da revisão da literatura na plataforma EBSCOhost

Apêndice VII – Instrumento de registo das intervenções de enfermagem durante o trabalho de parto e puerpério

Apêndice VIII – Guião orientador da entrevista às clientes

Apêndice IX – Ficha de articulação de cuidados

Apêndice X – Circuito de informação com uma UCSP

Apêndice XI – Circuito de informação alargado

Apêndice XII – Guião para entrevista aos profissionais

Apêndice XIII – Pedido de autorização ao Conselho Clínico do ACES

Apêndice XIV – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar

Apêndice XV – Termo de consentimento esclarecido para as clientes sobre a colheita de dados

Apêndice XVI – Termo de consentimento esclarecido para as clientes sobre as entrevistas telefónicas

Apêndice XVII – Termo de consentimento esclarecido para os profissionais

Apêndice XVIII – Intervenções de enfermagem para a continuidade de cuidados no apoio ao aleitamento materno

Apêndice XIX – Stressores identificados pelos enfermeiros entrevistados

Apêndice XX – Jornal de aprendizagem: Curso de Preparação para a Parentalidade - Reflexão

Apêndice XXI – Jornal de aprendizagem: Desconforto/dor relacionado com o trabalho de parto

Apêndice XXII – Jornal de Aprendizagem “Lacerações perineais”

Apêndice XXIII – Stressores identificados pela estudante

Apêndice XXIV – Stressores percecionados pelas clientes

INTRODUÇÃO

Para a concretização do plano de estudos do 4º CMESMO, realizei um estágio em contexto de bloco de partos. Designado por “estágio com relatório”, decorreu entre o dia 17 de Fevereiro e o dia 11 de Julho de 2014, num bloco de partos e urgência obstétrica e ginecológica cujas características se encontram descritas em apêndice (Apêndice I). Inicialmente efetuei um projeto que incluiu o meu planeamento para este percurso de aprendizagem, referindo os objectivos e as actividades que possibilitaram a sua concretização (Apêndice II). No decurso do 4º CMESMO elaborei um projeto baseado numa temática selecionada por mim e aprovada pela ESEL, a ser operacionalizado durante o processo formativo, em particular durante o estágio com relatório, cujo plano de trabalho apresento em apêndice (Apêndice III).

Baseando-me em Serrano (2004), um relatório constitui o relato sintético do trabalho realizado por um profissional, um serviço ou uma instituição, ao longo de um determinado período de tempo. Assim, este pretende ser o relato crítico e reflectido das principais actividades que desenvolvi durante o meu percurso de aprendizagem, que fundamentam o meu desenvolvimento profissional e são necessárias para a concretização do Curso de Mestrado/Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, de acordo com as competências definidas pela OE (OE, 2010), pela ICM (ICM, 2011) e pela Lei 9/2009 de 4 de Março (2009).

Assim defini como objectivos:

- Descrever de uma forma clara e sistematizada, o meu desenvolvimento profissional, de acordo com o perspectivado no projeto de estágio para o bloco de partos, urgência obstétrica e ginecológica, e no projeto sobre a temática a aprofundar, fundamentado nas competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEESMOG definidas pela OE, necessárias para a obtenção do título de EEESMO.

- Refletir sobre as práticas desenvolvidas ao longo do meu percurso de aprendizagem, com base na evidência científica.
- Desenvolver competências na realização de relatórios.

A sua estrutura compreende uma introdução que esclarece quando decorreu o processo formativo e em que contexto profissional, bem como os objetivos para a sua realização. Menciona os documentos que definem as competências inerentes ao meu processo de desenvolvimento profissional. Identifica o referencial teórico que norteou este percurso, a temática aprofundada e as razões subjacentes à sua escolha. Inclui um capítulo em que descrevo e analiso o meu percurso de aprendizagem, referindo as competências desenvolvidas. Termina com algumas considerações finais sobre a experiência proporcionada pelos ensinamentos clínicos e em particular o estágio com relatório, referindo o seu contributo para o meu processo de aprendizagem, e para a aquisição das competências gerais e específicas do EEESMOG, definidas pela OE.

O referencial teórico de enfermagem que norteou o meu percurso de desenvolvimento foi o modelo de sistemas de Betty Neuman. Em apêndice apresento uma descrição sumária sobre a sua importância para o meu desenvolvimento profissional, como modelo promotor de uma abordagem do cliente enquanto unidade familiar, segundo George (2000) e Freese (2004), enquadrado num padrão organizativo dinâmico, baseado em processos, ciclos de entrada, saída e retroalimentação (Apêndice IV).

A temática aprofundada numa área específica foi **“A continuidade de cuidados do EEESMO à díade e família, no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério”**.

Diariamente constato que a continuidade de cuidados à díade e família no apoio às práticas de aleitamento materno e a circulação da informação relacionada com a garantia dessa continuidade, está longe de ser a desejável e em tempo útil, existindo constrangimentos (stressores negativos) relacionados com os circuitos de informação, registos de enfermagem e escassez de recursos financeiros e humanos especializados. No entanto, é possível melhorar a continuidade dos cuidados especializados no apoio ao aleitamento materno, através do investimento na unificação das práticas diárias e na articulação entre unidades prestadoras de

cuidados. Assim o meu interesse pessoal como futura EEESMO no desenvolvimento de competências específicas nesta área e a oportunidade de realizar o meu estágio com relatório numa organização hospitalar acreditada como hospital amigo dos bebés, levaram-me a questionar que cuidados de continuidade do EEESMO são prestados à díade e família, no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e o puerpério.

Importa ainda diferenciar “continuidade de cuidados” de “continuidade de cuidadores”, uma vez que ambos podem ser considerados, no apoio ao aleitamento materno. De acordo com Lee (1997), continuidade de cuidados diz respeito aos cuidados dirigidos à pessoa, praticados por uma equipa de profissionais que partilham uma determinada filosofia de cuidados. Por outro lado, a continuidade de cuidadores como conceito organizacional, defende o cuidado à pessoa prestado por um número mínimo de cuidadores, baseado em políticas, práticas e planos de cuidados individualizados que por sua vez beneficiam de uma continuidade de cuidadores.

O modelo preconizado pela IHAC defende que a continuidade de cuidados ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, capacitam as mães de habilidades necessárias, para que amamentem exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida e continuem a amamentar mesmo após a introdução da alimentação complementar, por dois anos ou mais, de acordo com as recomendações da OMS (WHO, 1989, 1998, 2003, 2009, 2013; Unicef & OMS, 2009). Este pressupõe um acompanhamento contínuo das práticas relacionadas com o aleitamento materno, junto das famílias, ao longo do tempo, com o objectivo de fortalecer a sua linha flexível de defesa e reajustar aspetos das suas linhas de resistência e linha normal de defesa, orientando para o estabelecimento de novos padrões em saúde, através da educação para a saúde.

Em Portugal, apesar de continuar a haver necessidade de investimento nesta área, tem sido louvável o interesse das organizações hospitalares e já são onze os hospitais acreditados como Hospital Amigo dos Bebés. Não obstante a crescente formação dos profissionais e o fato do aleitamento materno ser reconhecido como a melhor forma de alimentar os bebés, exclusivamente até aos 6 meses e posteriormente complementado com outros alimentos, as taxas globais mantêm-se

alguém do recomendado. Alguns estudos sugerem o investimento no apoio à amamentação como forma de continuidade de cuidados, concomitantemente com a articulação entre profissionais e a sociedade (Clifford & McIntyre, 2008; McInnes & Chambers, 2008; Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison, 2009).

Em 1999 foi criado no Centro de Saúde da Parede um cantinho da amamentação. Através de dados referentes a 1015 díades que recorreram ao referido espaço entre 1999 e 2004, concluiu-se que o acompanhamento é essencial para o sucesso da amamentação, segundo Orfão (2005).

Mais recentemente, o RAM revela dados que justificam um investimento na continuidade de cuidados relacionados com o apoio ao aleitamento materno. Os dados referentes a actividades de 2013, colhidos de 26 hospitais/maternidades do SNS e 1 hospital privado, revelam que 98,57% dos recém-nascidos iniciaram aleitamento materno antes da alta hospitalar, 84,1% foram amamentados na primeira hora de vida e 76,67% foram alimentados exclusivamente com leite materno até à alta hospitalar. 90,1% dos que mantiveram o aleitamento materno exclusivo, foram amamentados na 1ª hora de vida. Adicionalmente os dados colhidos de 71 unidades funcionais de CSP revelam que, 88,1% dos recém-nascidos recebiam leite materno na quinta semana de vida, mas apenas 67,5% alimentavam-se exclusivamente com leite materno. Além disso, 28,7% iniciaram aleitamento artificial antes da sétima semana de vida (Orfão, Santos, Gouveia, & Santos, 2014).

Esta realidade alerta para a necessidade de apoiar a díade e família, em benefício da manutenção do aleitamento materno exclusivo durante seis meses. Apoiar significa “ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse (...)” (OE, 2011, p.95). Na minha opinião implica uma continuidade de cuidados e a sua articulação entre profissionais, serviços e organizações.

Por outro lado, a prática do aleitamento materno neste contexto de contenção económica severa, nunca fez tanto sentido, quer numa perspectiva macro ao nível do planeamento de políticas de saúde quer micro ao nível das famílias. Neste contexto, há que proporcionar à tríade e família os cuidados que efectivamente necessitam, no tempo e lugar mais adequados:

o propósito é conseguir uma prestação de cuidados com um desenho menos orientado pela oferta e mais focado nas necessidades efectivas dos utentes,

defendendo-se que, para além dos ganhos em saúde, a integração de cuidados pode melhorar o acesso, elevar os níveis de serviço na prestação e possibilitar a obtenção de ganhos de eficiência (Dias & Queirós, 2010, p.7)

Nesta perspectiva, segundo Dias & Queirós (2010), a rentabilização de recursos em resposta às necessidades concretas e específicas de cada contexto familiar, em relação às práticas do aleitamento materno, evita a duplicação de esforços e o seu consumo desnecessário. Práticas desta natureza, exigem uma coordenação de cuidados, estando esta relacionada com questões de organização, gestão de processos e articulação entre prestadores de cuidados. Referindo a continuidade como imprescindível para a qualidade assistencial, destacou a necessidade da gestão das transições entre os vários níveis de prestação de cuidados, mencionando que esta transição é “(...) muitas vezes transferida para os utilizadores do sistema, os utentes” (Dias & Queirós, 2010, p.9).

1. PERCURSO DE APRENDIZAGEM

O meu percurso de aprendizagem possibilitou o desenvolvimento dos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, definidas pela OE (2010): responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Destaco o meu desenvolvimento ao nível das competências específicas do EEESMO: nas diferentes áreas de intervenção da prestação de cuidados especializados nas situações de baixo risco (intervenção autónomas) médio e alto risco (intervenção inter-dependentes); na implementação de projetos promotores da saúde sexual e reprodutiva e da saúde materno-fetal, colaborando na realização de atividades inerentes aos mesmos; no processo de tomada de decisão desenvolvido em parceria com as clientes e na fundamentação das intervenções primárias, secundárias e terciárias baseadas na evidência científica e no Código Deontológico, respeitando a sua privacidade, confidencialidade da informação, valores, costumes e crenças. Realço ainda a minha colaboração na realização de atividades integradas no projeto piloto “Maternidade com Qualidade”, da OE (2014), stressor extrapessoal positivo para meu crescimento profissional, e o meu investimento na continuidade de cuidados no apoio ao aleitamento materno. Igualmente investi na aprendizagem sobre a gestão das intervenções do EEESMO, orientação e supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados e adequando os recursos às suas necessidades.

O processo de aprendizagem em cada ensino clínico e estágio com relatório envolveu intervenções junto da cliente/sistema (mulher, recém-nascido, família e comunidade), respeitando crenças e cultura, de acordo com as recomendações da OE (2010), ao nível do planeamento familiar, durante a idade fértil, climatério e menopausa, período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto e pós-natal, promovendo o bem-estar materno-fetal, o parto normal em ambiente seguro, a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina e o processo de transição e

adaptação à parentalidade. Este percurso formativo incluiu, entre outras, o desenvolvimento das atividades a que me propus no projeto elaborado para o estágio em contexto de bloco de partos e urgência obstétrica e ginecológica e no projeto para o aprofundamento da temática. Apresento em apêndice o planeamento das atividades para a concretização de cada um deles (Apêndices II e III). A transversalidade da temática aprofundada dificultou a análise do percurso por objetivos definidos, pelo que optei por sistematizar esta descrição e análise em duas áreas diferenciadas em sub-capítulos. No primeiro (1.1), de uma forma geral, analiso as intervenções que considereei mais relevantes para a minha aprendizagem e para o cumprimento dos objetivos definidos nos dois projetos referidos anteriormente e que se encontram nos apêndices II e III, correspondendo ao desenvolvimento das competências 1, 2, 3, 4, 6 e 7 definidas pela OE (2010). No segundo (1.2), analiso de forma pormenorizada o meu desenvolvimento profissional, como contributo para a continuidade de cuidados no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério.

Apoiar as clientes que pretendem amamentar, contribuiu não só para o meu crescimento profissional, como também para dar visibilidade a uma das intervenções autónomas do enfermeiro, tal como refere Tavares (2008). Fundamentado no que a OE (2010) refere, destaco a educação para a saúde e os cuidados antecipatórios numa lógica de continuidade de cuidados, privilegiando a prevenção primária.

A metodologia de pesquisa e de implementação que sustentou o percurso profissional desenvolvido, encontra-se descrita em apêndice (Apêndice V), bem como a análise dos artigos seleccionados na revisão da literatura, efetuada na plataforma EBSCOhost (Apêndice VI). A restante bibliografia de referência será mobilizada ao longo da análise do percurso de aprendizagem.

Foi solicitada autorização aos Conselhos de Administração das organizações que foram contexto da prestação dos cuidados identificados (Apêndices XIII e XIV; Anexos I e II). Igualmente foram elaborados termos de consentimento esclarecido para as clientes alvo das intervenções realizadas (Apêndice XV), incluindo a realização das entrevistas telefónicas (Apêndice XVI) e para os profissionais entrevistados (Apêndice XVII).

Das intervenções realizadas no bloco de partos às clientes e seus conviventes significativos, efetuei registos referentes a 22 delas, em cujo parto participei, entre os dias 22 de Fevereiro e 14 de Maio de 2014. O plano de intervenções efectuadas às primeiras onze, não contemplou a sua continuidade no serviço de puerpério, uma vez que não estava inicialmente prevista. Contudo, ao longo do percurso e de acordo com a reflexão que fui fazendo com a docente orientadora do estágio, identificámos a existência de uma lacuna na continuidade dos cuidados por mim prestados, aparentemente responsável pelas dificuldades que até então estava a sentir, para dar continuidade ao plano de intervenções iniciado no bloco de partos, à identificação dos stressores que justificassem a adequação das minhas intervenções e ao processo de negociação com as clientes inerente à continuidade de cuidados que estaria na base do meu desempenho profissional. Desta reflexão, resultou uma mudança de estratégia de modo a dar continuidade às intervenções realizadas, durante o seu internamento, no serviço de puerpério. Do meu desempenho a partir do momento em que ocorreu esta mudança de estratégia de intervenção, realizei registos decorrentes da interacção com 11 clientes. A melhoria da qualidade dos cuidados de continuidade que prestei foi notória, tendo esta sido revelada pelo aperfeiçoamento das relações terapêuticas estabelecidas e pelo aumento dos contactos presenciais e telefónicos, após a alta hospitalar, estando este relacionado com a iniciativa das clientes em contactarem comigo, reconhecendo-me como uma referência na área da saúde, solicitando a minha intervenção inclusivé em relação a outros aspetos, para além da sua experiência em amamentar.

As entrevistas realizadas aos profissionais cumpriram o propósito de identificar, na sua perspectiva, as intervenções que se relacionam com a continuidade de cuidados no apoio a aleitamento materno num hospital e numa UCSP (Apêndice XVIII) e respetivos stressores (Apêndice XIX). Esta informação enriqueceu a análise do meu percurso, constituindo um pequeno exemplo da realidade portuguesa a comparar com a minha experiência e com os autores de referência.

Gradualmente procurei garantir a continuidade dos cuidados prestados, utilizando os recursos disponíveis e os circuitos de informação estabelecidos,

promovendo a articulação entre serviços e organizações recomendada por Dias & Queirós (2010), como contributo para o planeamento, organização dos serviços e adequação dos cuidados. Acreditando num modelo de articulação, que sustente uma rede formal de cuidadores, que garantam a continuidade dos cuidados e considerando a percepção das enfermeiras de CSP, que em entrevista identificaram a sua inexistência como um stressor extrapessoal sócio-cultural negativo, desenvolvi competências profissionais que tenciono utilizar no futuro como contributo para “uma partilha adequada de informação de enfermagem”, considerada uma “estratégia fundamental para a melhoria da continuidade de cuidados” devendo existir uma articulação entre “os diferentes contextos de cuidados de saúde (...) com recurso às tecnologias de comunicação e informação” (Sousa, Frade, & Mendonça, 2005, p.368). Utilizei como estratégias:

- Registo, no BSG e no processo clínico da cliente, das informações relevantes para a manutenção do seu equilíbrio e bem-estar, nomeadamente avaliação física, trabalho de parto, história da amamentação, projeto de alimentação, diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionadas com o início da amamentação, aspetos integrados no CORE da cliente, características das suas linhas de resistência, linha normal e linha flexível de defesa, stressores identificados e intervenções negociadas.

- Transmissão verbal à equipa, dos stressores (positivos e negativos) identificados, relevantes no planeamento das intervenções de continuidade dos cuidados, durante a transição entre os turnos e a transferência do sistema cliente (mãe/RN) para o serviço de internamento.

- Intervenção junto do sistema cliente (mãe/RN) no serviço de puerpério, 24 a 36 horas após o parto, identificando os stressores e as condições da sua linha flexível de defesa, negociando planos de intervenção (primária e secundária) e avaliando o resultado das intervenções iniciadas no bloco de partos, reformulando-as e dando-lhes continuidade.

- Possibilidade de marcação de consulta após a alta, no espaço cantinho da amamentação, existente no serviço de puerpério, resultante de negociação prévia com a cliente. O resultado desta negociação muitas vezes sofreu a influência negativa de forças extra-pessoais, de carácter sócio-cultural. Refiro-me à dificuldade

com o transporte ao hospital, pela distância e às dificuldades económicas. Também identifiquei a influência de stressores positivos, forças intra-pessoais, variáveis psicológicas, como a confiança que verbalizaram ter nos seus enfermeiros de referência, nas unidades de cuidados de saúde onde estavam inscritas, a auto-confiança e a auto-eficácia que demonstravam ter, referindo que se surgissem dificuldades não hesitariam em contactar comigo (contacto telefónico ou email), ou em utilizar algum dos contactos fornecidos por mim e pelo serviço de obstetrícia (contacto telefónico do serviço de puerpério, cantinho da amamentação, SOS Amamentação).

- Contactos telefónicos, por mensagem ou email com as clientes/famílias, após a alta, validando o estado de equilíbrio e bem-estar do sistema através do decurso da experiência e a existência de stressores que pudessem colocar em risco este equilíbrio, intervindo de forma adequada às situações identificadas.

- Contacto telefónico com uma enfermeira de uma USF, reconhecida pela cliente como sendo uma referência profissional para si, justificado pelos stressores identificados (inexperiência, família monoparental).

- Contacto por email com a EEESMO responsável pela consulta de saúde materna e planeamento familiar de uma UCSP, que se disponibilizou para colaborar no meu projeto, recebendo a informação escrita em forma de ficha de articulação, com referência aos stressores identificados e dando continuidade ao plano de intervenções estabelecido com as clientes, sobre a alimentação dos seus filhos (Apêndice IX).

Em relação ao apoio à amamentação, as estratégias definidas clarificam o que Coffield (2008) considera apoio em rede, importante para o desenvolvimento de mães de sucesso, com competências para amamentar. Corroborando com os autores (Coffield, 2008; Noonan 2011), planeei estabelecer precocemente uma estratégia de acompanhamento após a alta, se possível promovendo também a continuidade de cuidadores, uma vez que a sua grande diversidade é referida pelas mulheres como um stressor negativo, para o sucesso da amamentação, segundo Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009). Apesar do tema se relacionar com os cuidados especializados prestados por um grupo profissional, os EEESMO, uma

vez que os ACES são constituídos por várias unidades prestadoras de cuidados, com enquadramentos legais diferentes e dinâmicas de prestação de cuidados também diferentes, foram identificadas como especialistas (ESMO, ESIP), apenas as enfermeiras responsáveis pelas consultas de saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil, da UCSP com que me articulei por email (por já ter existido um contacto prévio no EC III, CSP).

Associado à redução dos tempos de internamento hospitalar, surge a necessidade de alargar horizontes e articular esforços profissionais, que contrariem a institucionalização dos cuidados pós-natais, que limita o desempenho das EEESMO, devendo haver um investimento em presenças autênticas e facilitadoras, tal como refere Schmied, Beake, Sheehan, McCourt, & Dykes (2011). Esta realidade justifica o meu empenho no desenvolvimento de competências nesta área, concretizado com a implementação do projeto.sobre esta temática.

Seguindo as recomendações do RCOG (2014), as minhas intervenções envolveram o consentimento informado das clientes, numa lógica de negociação e decisão esclarecida e antecipada à ocorrência de processos de desconforto/dor. Assim, de acordo com Beck, Ganges, Goldman, & Long (2004), desenvolvi competências relacionadas com a escuta ativa, utilizando o reforço positivo e uma linguagem corporal positiva, aconselhando de forma isenta, ajudando a tomarem as suas próprias decisões. Foi privilegiada a continuidade de cuidados, através da minha permanência junto das clientes/conviventes significativos, garantindo o apoio contínuo, mencionado pela APEO (2009). Acompanhei e orientei o seu trabalho de parto até à sua transferência para o serviço de puerpério e neste dando continuidade às intervenções implementadas no bloco de partos, avaliando o seu equilíbrio e bem-estar e após a alta, através de um apoio contínuo e antecipado, concretizado com a transmissão de informação e articulação de cuidados, como já referi. Para a continuidade de cuidados saliento as questões relacionadas com o apoio ao aleitamento materno, que constituíram o tema aprofundado por mim e que analisarei na segunda parte deste capítulo e os stressores negativos identificados durante a minha interação com as clientes, considerados (por mim ou pelas clientes) como fatores de risco para o equilíbrio e harmonia do sistema e que se enquadram nos referidos pelas enfermeiras entrevistadas (recursos físicos e humanos

comprometidos, continuidade de cuidados/articulação entre serviços comprometida, partilha de informação comprometida). Exemplifico com: família monoparental, integridade perineal comprometida, experiência em cuidar de um RN comprometida, conhecimentos sobre sistema de saúde e vigilância adequada diminuídos.

De uma forma geral, foi possível a aquisição e desenvolvimento de competências como EEESMO, ao nível cognitivo, técnico e relacional, através da observação, intervenção, análise e reflexão das práticas, suportadas pela evidência científica. Igualmente contribuíram para a minha aprendizagem os momentos de avaliação formal, a elaboração de jornais de aprendizagem e deste relatório de estágio.

1.1 Cuidados de enfermagem especializados à cliente/sistema, no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal e pós-natal, durante os quatro estádios do trabalho de parto e em contexto de urgência obstétrica e ginecológica

Concomitantemente com o estágio com relatório, os EC realizados no serviço de puerpério, ginecologia, medicina materno-fetal e CSP, respectivamente EC II, I, IV e III, contribuíram para o desenvolvimento de competências na área do planeamento familiar e aconselhamento contraceptivo, através de intervenções primárias, secundárias e terciárias, ao nível da gravidez não desejada, patologia do colo uterino e vagina, senologia, sexualidade e reprodução de cada cliente sistema (cliente/companheiro).

Durante o EC de ginecologia, tive oportunidade de participar no desenvolvimento de um projeto institucional, promotor da continuidade de cuidados. Tinha como finalidade a partilha de informação e a articulação de cuidados relacionados com a patologia do colo uterino e vagina, entre uma instituição hospitalar e um ACES. Constituiu uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional, uma vez que orientada pela senhora enfermeira chefe do serviço, me possibilitou participar na elaboração de uma proposta de protocolo de articulação,

estabelecer contacto, agendar e participar numa reunião entre os parceiros de cuidados das duas entidades de saúde.

No âmbito da urgência obstétrica e ginecológica, intervi na triagem de clientes, identificando os motivos clínicos (stressores negativos) e a história ginecológica e obstétrica (características da linha normal e flexível de defesa). Teria sido enriquecedor intervir neste contexto durante mais tempo, no entanto, a necessidade de cumprir os objetivos delineados e os requisitos da UE, limitaram a minha intervenção neste contexto, em benefício do bloco de partos.

Além dos internamentos por trabalho de parto espontâneo ou para indução do mesmo (pela idade gestacional ou patologia materno-fetal), são internadas clientes para cesariana electiva, pelos antecedentes da sua realização, patologia materno-fetal, com APPT, RPM, para IMG por malformações fetais, ou para resolução cirúrgica (curetagem) de aborto retido.

As intervenções primárias e secundárias descritas em seguida abrangeram as práticas recomendadas pelas organizações nacionais e internacionais (DGS, OE, OMS e Unicef), mencionadas pela Unicef (1991), Unicef & OMS (2009), WHO (2009), APEO (2009) e OE (2014), com exceção das que estão diretamente relacionadas com o início e manutenção da amamentação, que serão analisadas no ponto seguinte. Refiro-me ao respeito pelas decisões da cliente/casal, considerando as suas expectativas, receios e plano de parto, presença permanente de um convivente significativo durante o trabalho de parto, intervenções relacionadas com a vigilância do bem-estar materno-fetal durante o trabalho de parto, acesso/orientação a medidas não farmacológicas e farmacológicas para o controlo do desconforto/dor durante os quatro estádios do trabalho de parto, possibilidade de ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, vigilância da integridade do períneo e realização de episiotomia/episiotomia quando justificável, estabelecimento do contacto pele a pele e laqueação tardia do cordão umbilical do RN. Considerei realizadas, as actividades incluídas no planeamento do trabalho (Apêndice II) e não mencionadas neste relatório.

Com recurso à entrevista, durante a prestação de cuidados, desenvolvi competências para a identificação de formações que as clientes tivessem frequentado, CPP e experiências anteriores, expectativas incluindo o projeto para a

alimentação dos seus filhos, receios e necessidades de cuidados por si identificadas, o que Canavarro designa na gravidez e maternidade por “representações e tarefas de desenvolvimento” (Canavarro, 2001, p.17). Com este conhecimento procurei planear intervenções que reforçassem a sua linha flexível de defesa, nomeadamente o empoderamento para tomarem decisões esclarecidas sobre comportamentos de saúde e a forma como pretendiam viver o parto, salvaguardando o bem-estar materno-fetal, considerando a dinâmica da equipa (stressor interpessoal) e da instituição (stressor extrapessoal) e esclarecendo como a sua participação, como elementos integrantes de uma equipa e protagonistas da mesma, constitui uma oportunidade e poderá ser decisiva (stressor positivo ou negativo) na evolução do seu trabalho de parto.

Contrariamente ao recomendado pela OE (2010), nenhuma cliente estruturou o seu plano de parto, verbalizando desconhecer a sua existência e finalidade. A minha intervenção no CPP, durante o EC em CSP, possibilitou-me intervir nesta área, ensinando sobre a sua finalidade e instruindo sobre a sua elaboração, considerando as características da instituição hospitalar de referência para a unidade de saúde onde me encontrava. Considero que poderia ter investido mais, mas a estrutura já estabelecida para o curso não contemplava este tema. A sensibilização para a sua abordagem resultou de um jornal de aprendizagem onde reflecti sobre o assunto, pois tratou-se de uma reflexão sobre o CPP (Apêndice XX). Posteriormente, houve interesse da EEESMO responsável pelo curso, em incluir o tema nas sessões. Segundo Kaufman (2007), a sua elaboração constitui uma oportunidade de discutir com o profissional os seus desejos e preocupações. Assim, Orientei antecipadamente para a sua elaboração em parceria com a EEESMO e exemplifiquei alguns dos procedimentos, passíveis de serem realizados, nomeadamente o controlo da respiração, outras medidas de alívio do desconforto associado ao trabalho de parto, a presença de um convivente significativo, o contacto pele a pele, a amamentação na primeira hora de vida e a laqueação do cordão umbilical do bebé.

Vinte das 22 clientes beneficiaram da presença permanente de convivente significativo, considerado um stressor interpessoal positivo na manutenção do equilíbrio psico-emocional da cliente e participante ativo durante o trabalho de parto.

Maioritariamente correspondeu ao companheiro (16), tendo algumas preferido a presença da mãe (3) e uma de uma amiga (cliente imigrante). Das duas clientes sem acompanhante, uma era de etnia cigana e não quis a presença do marido durante o 2º e 3º estádios do TP e outra não tinha o companheiro em Portugal. Procurei assumir uma postura facilitadora da sua presença e de respeito pela sua privacidade, demonstrando disponibilidade, não invadindo os seus momentos de relação e intimidade. Investi na assunção de um papel ativo do convivente significativo, no percurso do trabalho de parto, mantendo a minha presença discreta, mas vigilante do bem-estar materno-fetal. Assumi um papel mais ativo, junto das clientes que por opção ou outras razões, permaneceram sozinhas. De acordo com Brandão & Figueiredo (2012), com o envolvimento do pai promovi o desenvolvimento de sentimentos positivos em relação ao nascimento do seu filho reforçando os laços familiares (stressor interpessoal positivo). Este, prendeu-se com a implementação de medidas promotoras do conforto (toque) e alívio do desconforto associado ao trabalho de parto (quais?), bem como a sua participação ativa na laqueação do cordão umbilical do RN. Prodecerei à sua descrição quando me referir a estes procedimentos.

Procedi à avaliação física e psico-emocional, monitorização de parâmetros vitais, laboratoriais e ecográficos, bem-estar materno-fetal com recurso a manobras de Leopold, cardiotocografia, ABCF, cervicometria e pelvimetria, nas situações que necessitavam de avaliação no 1º estágio do TP, minimizando o risco de infecção puerperal associada à sua utilização excessiva, nomeadamente nas situações de rutura de membranas (WHO, 2006; OE, 2012), controlo e resolução da invasão de stressores negativos, nomeadamente infecções respiratórias, gastroenterológicas, renais, pélvicas e vigilância pós IVG. Destaco como stressor intrapessoal negativo a destreza comprometida na realização de cervicometria e pelvimetria, pela minha inexperiência, fato que foi gradualmente ultrapassado, ao longo do estágio com relatório.

Durante o EC em medicina materno-fetal e no bloco de partos, aprofundei conhecimentos científicos que me facilitaram o desenvolvimento de competências necessárias à interpretação dos traçados (FCF, variabilidade, reatividade fetal, desacelerações), de acordo com a situação clínica de cada cliente/sistema,

nomeadamente a presença de stressores positivos e negativos como os mecanismos de defesa do feto e os efeitos de estímulos externos no ritmo cardíaco fetal (Sundström, Rosén, & Rosén, 2005; Nunes & Ayres-de-Campos, 2008).

Mantendo um ambiente seguro, foi utilizada a monitorização externa intermitente da FCF, durante o 1º estágio do TP, das clientes que deambularam por períodos e utilizaram a hidroterapia como medidas de conforto, de acordo com as recomendações internacionais (WHO,1996; New Zealand College of Midwives, 2005). No entanto a prática frequente, por decisão médica, da perfusão contínua de ocitocina exógena, durante o 1º estágio do TP, condicionou a sua utilização, obrigando à monitorização contínua, para vigilância do bem-estar materno-fetal, segundo a WHO (1996) e o New Zealand College of Midwives (2005). Mantive-me atenta às precauções com a sua utilização, relacionadas com a vigilância da evolução do trabalho de parto e a existência de situações de risco, nomeadamente macrossomia fetal, hidrâmnios, multiparidade e cesariana anterior, o que coincide com o preconizado por Machado (2010). Apesar de ter tido oportunidade de vigiar o bem-estar materno-fetal através da monitorização intermitente da FCF, o predomínio do parto medicalizado é uma realidade que obriga à monitorização contínua da FCF e da contratilidade uterina, fenómenos que por vezes precipitam decisões interventivas, que terminam em partos distócicos, tal como referem alguns autores (New Zealand College of Midwives, 2005; Alfirevic, Devane, & Gyte, 2007; Graça, 2010;). Surgiu a possibilidade de prestar cuidados especializados a clientes com monitorização interna da FCF, desenvolvendo competências na interpretação do traçado de ECG fetal, referido por Sundström, Rosén & Rosén (2005) e Nunes & Ayres-de-Campos (2008).

Saliento o investimento na identificação de potenciais situações de risco materno e fetal (stressores negativos), através da detecção de sinais e sintomas, nomeadamente alterações da FCF (desacelerações e suas características), contractilidade uterina, alterações dos parâmetros vitais da grávida, atraso ou PPTP e encaminhando as situações que ultrapassavam a minha área de atuação, de acordo com as recomendações da OE (2010). Refiro-me às situações de suspeita de distócia (stressores negativos), pela complexidade inerente à sua detecção e avaliação. Sendo muitos mecanismos de natureza mecânica naturalmente corrigidos

durante o 1º estágio do TP, outros (apresentações pélvicas, situações transversas ou oblíquas, apresentações compostas, macrosomia fetal e outras), detetáveis através das manobras de Leopold e controlo ecográfico, exigem decisões clínicas que minimizem o risco de mortalidade e morbilidade peri-natal (parto instrumentalizado, cesariana), como refere Machado (2010). Foram várias as situações que neste contexto envolveram mudança nas estratégias de atuação, tendo eu promovido o respectivo encaminhamento e participado nos cuidados à cliente sistema. Foi muito enriquecedor e gratificante o papel que assumi de suporte junto das famílias, esclarecendo, apoiando e transmitindo confiança no trabalho desenvolvido pela equipa de saúde.

Têm sido utilizados nos serviços de saúde, os critérios de diagnóstico definidos por Friedman, para a avaliação do padrão do trabalho de parto, correspondendo o partograma à representação gráfica da sua evolução, como refere Machado (2010). No entanto, o documento que reflete o consenso em cuidados obstétricos, da ACOG e da Sociedade de Medicina Materno-Fetal, publicado em Março de 2014, alerta para a necessidade de serem actualizadas as definições associadas a atraso na progressão do trabalho de parto, baseando-se num estudo retrospectivo que envolveu a análise da duração do trabalho de parto de 62415 parturientes, de 19 hospitais americanos. Assim, não limitando a duração ideal para a definição de atraso ou PPTP na fase ativa, sugere que este não se estabeleça antes dos 6 cm de dilatação cervical (ACOG & Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014). Muitas mulheres em fase latente prolongada de acordo com os critérios definidos previamente, entrarão na fase ativa espontaneamente. Assim, de acordo com alguns autores (Machado, 2010; ACOG & Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014), não é considerado critério para parto distócico por cesariana, a fase latente prolongada favorecendo a recomendação da ACOG & Society for Maternal-Fetal Medicine (2014), a redução do crescente número de cesarianas que ocorre em Portugal, referido na PORDATA (2013), tal como é preconizado pela WHO, (2010).

Efetuei a vigilância e interpretação de resultados laboratoriais de acordo com a norma da DGS número 037/2011 (DGS, 2011) e com critérios específicos de patologia associada à gravidez, nomeadamente pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e colestase intra-hepática da gravidez, referidos pelos autores (Clode, 2010;

Fazenda, 2010; Graça, 2010; Grupo de trabalho para a elaboração de consenso sobre a diabetes e a gravidez, 2011; DGS, 2011), assim como de resultados ecográficos (estimativa do peso fetal, ILA, localização e características da placenta) mencionados por Graça & Barros (2010) e Matias (2010). O meu desenvolvimento a este nível tem particular importância, uma vez que neste momento exerço funções numa unidade funcional de CSP, passando a ser da minha responsabilidade a vigilância pré-natal.

Informei sobre as medidas promotoras de conforto e alívio da dor associado ao TP que tinham ao seu dispor, respectivos benefícios e potenciais complicações associadas às medidas farmacológicas. Considerei necessário para o meu desenvolvimento, aprofundar conhecimentos científicos sobre a temática. Para tal contribui para a elaboração de um jornal de aprendizagem (Apêndice XXI). De acordo com as recomendações da OE foram utilizadas as estratégias de controlo da luminosidade e musicoterapia, negociada a utilização de hidroterapia, calor local no períneo, massagem local (região lombo-sagrada ou cervical), deambulação, bola de nascimento promotora da descida fetal e da sua rotação em situações de variedades posteriores, podendo servir de apoio na mudança de posição, e ainda o controlo da respiração (Couto, 2003; Lothian, 2011; OE, 2012). De entre as estratégias não farmacológicas, o controlo da respiração foi utilizado por todas, 18 experimentaram diversas posições (semi-sentada, de cócoras, com quatro apoios, de pé, sentada na bola de nascimento) tendo referido alívio do desconforto com a sua utilização, 10 deambularam, 6 utilizaram a bola de nascimento, 4 recorreram à massagem local (região sagrada, mas também região cervical e pés) realizada preferencialmente pelo convivente significativo, o qual procurei envolver e na sua ausência por mim, 17 utilizaram musicoterapia, preferencialmente uma seleção existente no bloco de partos, mas também trazida por algumas clientes, apesar de quase todas terem verbalizado que sabiam dessa possibilidade, e apenas uma utilizou a hidroterapia. Esta última pôde estar dificultada pela existência de apenas um chuveiro e estar localizado à entrada do bloco de partos, constituindo um stressor extrapessoal sócio-cultural negativo.

Cinco das 22 clientes que cuidei não utilizaram estratégias farmacológicas, 2 por não terem solicitado e 3 porque de acordo com a avaliação do seu trabalho de

parto, assim o decidiram. A analgesia epidural foi a estratégia farmacológica mais utilizada, solicitada pelas clientes após serem informadas sobre a técnica, os seus efeitos (stressor positivo) riscos, e potenciais complicações (stressor negativo). Doze usufruíram de analgesia epidural e cinco de analgesia intravenosa, três com petidina e duas com paracetamol, por prescrição médica, critérios de evolução do TP e bem-estar materno-fetal adequados. Tal como noutros países ocidentais, em Portugal, por vezes a analgesia epidural parece ser parte integrante de todo o processo inerente ao parto, e apesar de ser considerada a mais efetiva e associada a menor risco de depressão do SNC para a mulher e para o recém-nascido pela ACOG (Committee Opinion Nº 295, 2008), a sua utilização contribui para a ocorrência de partos instrumentais, pela permanência dos fetos em variedades transversas ou posteriores, devido ao efeito do bloqueio na redução dos esforços maternos durante o período expulsivo, assim como ao relaxamento dos músculos do pavimento pélvico, com interferência nos movimentos de rotação do feto, como menciona Tamagawa & Weaver (2012). Informei estas clientes e conviventes significativos sobre a importância dos esforços maternos durante o período expulsivo, bem como a influência das posições maternas nos movimentos de rotação do feto, procurando incentivá-los e elogiá-los durante o 1º e 2º estádios do TP. A frequente decisão das clientes a favor da analgesia epidural, impulsionou-me a pesquisar sobre outras realidades e constatei que noutros locais como Tóquio a sua prática é rara e com excelentes resultados associados (75% de partos vaginais espontâneos, menos de 8% instrumentais, uma taxa de cesarianas inferior a 20% e de aleitamento materno exclusivo, no primeiro mês de vida de 80%), segundo Tamagawa & Weaver (2012). No entanto, conforme referem os autores (Tamagawa & Weaver, 2012), em países como o Japão, a dor associada ao trabalho de parto é vista como sendo fisiológica, culturalmente aceite, sem necessidade de medidas farmacológicas para o seu alívio, apostando as mulheres e os profissionais noutras abordagens, deixando a analgesia epidural como recurso para a realização de cesariana

Não existindo evidência científica que suporte a existência de uma relação entre o tempo de jejum para líquidos e o risco de vômitos, refluxo ou aspiração pulmonar, durante o trabalho de parto sem complicações associadas, como refere a

ACOG (2013), foi incentivada a ingestão de líquidos de acordo com as recomendações da OE (2014).

O volume de fluídos administrados por via intravenosa aumentou nas clientes que recorreram à analgesia epidural (em média 1500 ml) e também à analgesia intravenosa com petidina (em média 1000 ml). O primeiro caso relacionou-se com o preenchimento vascular realizado, como prevenção primária ou secundária, prevenindo ou corrigindo o stressor intrapessoal fisiológico negativo hipotensão. O segundo com a diluição do fármaco opióide, minimizando a ocorrência de efeitos secundários (stressores negativos). Nas restantes clientes foi perfundido em média 500 ml de fluidos intravenosos, apenas mantendo permeável um acesso venoso, muitas vezes utilizado para administração de antibiótico, nas clientes cuja pesquisa de streptococcus do grupo B era positiva ou desconhecida ou por RPM.

Desenvolvi competências específicas na realização de episiotomias utilizando a técnica de incisão médio-lateral e avaliação da necessidade da sua realização, segundo os autores (WHO, 2006; Leite, 2012), tendo estas sido efectuadas em clientes com períneos curtos, com dificuldade em realizar os esforços expulsivos, estando o feto em risco de sofrimento, havendo necessidade de acelerar o seu nascimento (stressores negativos). Em nenhuma situação estava descrito como antecedente obstétrico, o stressor intrapessoal fisiológico negativo existência de uma sutura por laceração de grau três ou quatro (WHO, 2006), que caso constituísse um fato, seria uma vantagem para a continuidade de cuidados especializados a sua referência. Aprofundei conhecimentos científicos sobre a relação entre a dimensão do períneo e a ocorrência de lacerações e desenvolvi a capacidade de avaliar a necessidade da sua realização e o momento em que a incisão deve ser realizada, para a prevenção de uma grande hemorragia e para garantir que é realizada de forma segura, tal como menciona Leite (2012). A minha aprendizagem baseou-se nas recomendações da WHO (2006), para a sua realização quando o períneo está fino e arqueado, com cerca de 3 a 4 centímetros da apresentação visível, para a realização de anestesia local e para a técnica de sutura utilizada. Procedi também à sutura de lacerações de grau II (5 casos) e de grau I (6 casos, para hemostase). A ocorrência de uma laceração de grau III impeliu-me a aprofundar conhecimentos científicos que articulados com a reflexão da

prática, resultou num jornal de aprendizagem (Apêndice XXII). Em 6 partos eutócicos as clientes mantiveram o períneo intacto tendo 15 sido submetidas a episiotomia/episiotomia. A continuidade da minha intervenção no serviço de puerpério e telefonicamente, envolveu a avaliação/validação das intervenções primárias relacionadas com a posição da cliente para amamentar, corrigindo quando necessário, a implementação de medidas de alívio do desconforto (gelo local), a instrução sobre os exercícios de Kegel (prevenção primária e secundária) e a validação telefónica da inexistência de sequelas.

As intervenções primárias e secundárias realizadas durante o terceiro estágio do trabalho de parto incluíram a observação dos sinais de dequitação, adotando uma atitude expectante em relação ao descolamento e expulsão da placenta, de acordo com Lowdermilk (2008). Vigiei a integridade das membranas, cotilédones e cordão umbilical, assim como o mecanismo de saída da placenta (Schultze ou Duncan) e administrei medicação útero-tónica (ocitocina), para redução das perdas sanguíneas e diminuição do risco de ocorrência de complicações hemorrágicas, segundo a OMS (2005) e Lowdermilk (2008). Aprofundei conhecimentos científicos sobre a necessidade do controlo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto, através da administração de um uterotónico, de acordo com as recomendações da OMS (2005) e Westhoff, Cotter, & Tolosa (2013), com o propósito de reduzir a perda sanguínea e a incidência de hemorragia pós-parto, como é referido pela ICM & FIGO (2014). O investimento teórico contribuiu para o desenvolvimento de competências nesta área e para a consciencialização que apesar desta intervenção, 6 a 16% das mulheres ainda terão hemorragia no pós-parto (stressor intrapessoal fisiológico negativo) que necessite de rápida intervenção secundária (ICM & FIGO, 2014), tendo atuado eficiente e eficazmente numa situação de HPP primária.

As intervenções primárias durante o puerpério imediato envolveram o respeito pela privacidade, promoção da vinculação, desenvolvimento de competências parentais, contacto pele a pele e amamentação precoce, vigilância física e psico-emocional da cliente, detetando a presença de stressores positivos e negativos e reforçando a linha flexível de defesa.

Preferencialmente durante o primeiro estágio, numa lógica de continuidade de cuidados, informei e aconselhei sobre as práticas promotoras da adaptação à vida

extra-uterina e benéficas para a manutenção do equilíbrio e bem-estar do sistema, implementadas no bloco de partos e referidas pelos autores (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004; Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, 2012). Destaco a avaliação do índice de Apgar, contacto pele a pele com todos os seus benefícios, instrução e treino sobre amamentação e laqueação tardia do cordão umbilical, excepto nas situações em que ocorre a presença de circular cervical apertada (stressor intrapessoal negativo). Procedi à identificação de stressores negativos (alterações físicas ou funcionais), ao nível da prevenção primária e secundária, referenciando as situações que ultrapassavam a minha área de atuação, segundo a OE (2010).

O bloco de partos promove o contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido, como medida de reforço da sua linha flexível de defesa, seguindo as recomendações da OE (2014). Informei a cliente e convivente significativo, durante o primeiro estágio do TP, sobre o conceito e seus benefícios, dos quais no contexto do tema que aprofundei destaco o aumento da probabilidade de êxito da amamentação (WHO, 1998, 2009). Apenas quem frequentou o CPP verbalizou conhecer a designação, mas não em que constituía e quais os seus benefícios. Na sua maioria, com expressões de agradável surpresa, verbalizaram entusiasmo com a oportunidade de viver esta experiência: “Isto está muito diferente... antigamente não era nada assim!” Instruí, demonstrei e intervi, colocando o recém-nascido seco (em decúbito ventral) diretamente em contacto com a mãe, coberto e com um gorro na cabeça quando este existia, procurando realizar outras intervenções em contacto pele a pele, tal como referido por Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell (2012). Apenas uma díade de etnia cigana recusou esta experiência. Nas primeiras 10 díades, o contacto teve uma duração média de 48,3 minutos (máximo de 69 minutos e mínimo de 26 minutos), tendo sido o motivo principal da sua interrupção, a decisão de vestir o recém-nascido a pedido dos pais, para que fossem vistos por outros familiares e amigos, à entrada do bloco de partos. Havendo ainda necessidade de mudanças nas práticas e nas organizações dos serviços de saúde, esta prática foi alvo de reflexão entre mim e as orientadoras. Resultou a melhoria do meu desempenho e conseqüente desenvolvimento de competências relacionadas com a capacidade de negociação com os pais, que se refletiu no aumento da duração do

contacto pele a pele estabelecido com as díades que se seguiram. Nas 11 díades a quem prestei cuidados especializados posteriormente, teve uma média de 79,18 minutos (máximo de 105 minutos e mínimo de 35 minutos). Numa díade foi interrompido aos 35 minutos, a pedido da mãe, verbalizando cansaço acentuado, apesar de ter sido informada dos seus benefícios e de ter sido aconselhada a mantê-lo, podendo descansar concomitantemente.

Constatei que a postura dos profissionais de saúde em relação ao momento de laquear o cordão umbilical por vezes divergia. As políticas variam desde os 60 segundos após o parto, até mais de um minuto ou quando o cordão deixa de pulsar. Não existem diferenças significativas entre a laqueação precoce e tardia para o bem-estar materno (risco de HPP ou necessidade de recurso a terapêutica uterotónica), no entanto os autores concluem ser necessária uma abordagem mais liberal na laqueação tardia do cordão dos recém-nascidos de termo, aparentemente saudáveis, pelos benefícios relacionados com o aumento precoce dos valores de hemoglobina e reservas de ferro, favorecendo o aleitamento materno exclusivo. Parece tratar-se de um procedimento vantajoso para estes recém-nascidos, desde que esteja assegurada a fototerapia, caso seja necessário tratar a icterícia (Unicef & OMS, 2009; McDonald, Middleton, Dowswell, & Morris, 2013). De acordo com Menget, Mougey, Thiriez, & Riethmuller (2013) e Bluff (s.d.), apesar de ser prática comum a laqueação precoce do cordão umbilical (5–15 segundos) há evidência científica que relaciona este procedimento com distúrbios comportamentais, da aprendizagem e patologias na criança, defendendo como benéfico para o recém-nascido pré-termo e de termo, o seu atraso. Tive oportunidade de implementar esta medida, aderindo a uma política que os autores designam de “wait a minute” em benefício de um parto mais fisiológico, como é mencionado por Menget, Mougey, Thiriez, & Riethmuller (2013). A 15 dos 22 recém-nascidos foi realizada a laqueação do cordão umbilical 2 a 3 minutos após o nascimento, com duração mínima de 1 minuto e máxima de 8. Em sete a laqueação foi imediata, por apresentarem circular cervical apertada (5), e um cordão demasiado curto (2). Sujeito a negociação prévia, promovi a realização do procedimento pelo pai, uma vez que esta experiência contribui para o envolvimento emocional dos pais com os seus filhos, constituindo um reforço da sua linha flexível de defesa, tal como referem Brandão & Figueiredo

(2012). Foi visível a emoção dos que participaram, apenas dois verbalizaram receio e um não esteve presente por questões culturais.

Aprofundei conhecimentos relacionados com a reanimação neonatal, de acordo com os autores (OMS, 2005; American Heart Association, 2010; WHO, 2012), uma vez que segundo Beck, Ganges, Goldman, & Long (2004), cerca de 5 a 10% de todos os recém-nascidos necessitam destas manobras quando nascem. Colaborei no aquecimento, estimulação, aspiração e ventilação com insuflador manual, de acordo com as situações surgidas, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações para a saúde do recém-nascido, procurando desenvolver competências específicas nesta área, definidas pela OE (2010). Não surgiram situações que justificassem a entubação endotraqueal, a massagem cardíaca e a administração de fármacos pelo que, apesar do conhecimento teórico terei que desenvolver competências neste âmbito.

1.2 Continuidade de cuidados do EEESMO à díade e família, no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério.

Os ensinamentos clínicos II, III, IV e V, realizados respectivamente num serviço de puerpério, cuidados de saúde primários, medicina materno-fetal e neonatologia, permitiram-me intervir a nível da prevenção primária e secundária, mas também terciária, informando as clientes e os conviventes significativos, sobre as recomendações para a alimentação das crianças, os benefícios do aleitamento materno e a identificação de sinais, importantes para a avaliação das necessidades alimentares dos bebés, nomeadamente os sinais de prontidão, saciedade e eliminação, mesmo em situações especiais de prematuridade e internamento, adaptando a informação a cada situação específica, identificando a existência de um projeto de alimentação ou orientando antecipadamente para a sua definição, instruindo e treinando como amamentar, demonstrando a realização de tarefas importantes para o sucesso da amamentação como a capacitação da mãe para a extracção de leite e observando a mamada. Este apoio contínuo nas várias etapas de aquisição e desenvolvimento de competências parentais, que se estende após a

alta, envolveu o estabelecimento da relação terapêutica e contribuiu para o desenvolvimento da auto-confiança nas clientes, necessária para o sucesso de todo o processo, o que coincide com o preconizado por Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009). Durante o meu processo de aprendizagem investi na aquisição de competências a este nível, numa lógica de negociação baseada na interação, com o objetivo de manter ou restabelecer o equilíbrio e bem-estar procurado por cada uma, segundo Chalifour (2009). Com algumas clientes, esta relação teve início durante o EC em cuidados de saúde primários e com outras, durante o seu internamento no bloco de partos. No entanto, procurei mantê-las, mesmo após a sua alta. De acordo com Chalifour (2009), fomentei um clima de confiança, adotando atitudes e comunicando em função dos fins pretendidos, promovendo auto-confiança, segurança e desenvolvimento das suas competências, o que contribuiu para aumentar a sua capacidade de tomar decisões esclarecidas, favoráveis ao seu equilíbrio e bem-estar.

Durante as entrevistas realizadas no âmbito da prestação de cuidados, desenvolvi habilidades de comunicação, seguindo as orientações da WHO (2009), através da escuta, recurso à comunicação não verbal, perguntas abertas, respostas e gestos demonstrativos de interesse, devolvendo perguntas, enfatizando sentimentos e evitando juízos de valor. Procurei melhorar o meu desempenho, apostando na confiança e no apoio, através da aceitação dos pensamentos e sentimentos das clientes, reconhecendo e valorizando as suas boas práticas, fornecendo ajuda prática e informação relevante, em linguagem adequada, sob a forma de sugestão. O apoio foi percebido pelas clientes como uma presença contínua, pertinente e dirigida aos stressores que identificaram como negativos, perturbadores do seu equilíbrio e bem-estar. Valorizaram a especificidade das orientações, as informações e o aconselhamento realizado. Propicieei um clima acolhedor, em que se sentissem apoiadas, inclusivé nos encontros pontuais que surgiram, em contexto de bloco de partos, urgência obstétrica, cantinho da amamentação, serviço de puerpério e em CSP, procurando dar continuidade a intervenções iniciadas por outros profissionais, com a mesma filosofia de cuidados (continuidade de cuidadores), negociando planos de intervenção baseados em decisões esclarecidas, segundo Lee (1997). As clientes identificaram a equipa de

enfermagem que as acompanhou no bloco de partos e no serviço de puerpério, como apoio profissional relevante na identificação de stressores negativos, na realização de intervenções primárias sobre a colocação dos seus recém-nascidos em contacto pele a pele, a mamar, e na intervenção secundária para a resolução de situações de ingurgitamento mamário (serviço de puerpério). Importa referir que todos os EC, foram realizados em instituições acreditadas como Hospitais Amigos dos Bebés, cuja filosofia de prestação de cuidados integra o cumprimento de 10 passos, que contribuem para a adoção de comportamentos que apoiam a amamentação, preconizados pela Unicef (1991).

Sendo o sucesso da amamentação dependente da existência de um sistema de apoio sólido, como referem Mannel, Martens, & Walker (2011), este deve incluir a implementação nas organizações, de práticas que apoiem o aleitamento materno, o que não emergiu inicialmente no discurso das clientes que cuidei, apesar de estarem implementadas em qualquer das instituições em que realizei ensinamentos clínicos. Refiro-me ao alojamento conjunto facilitador da amamentação a pedido, à protecção dos bebés de suplementos desnecessários, de alimentação por biberão e do uso de chupetas, práticas recomendadas pela WHO (2009). Será porque estão fortemente instituídas e já são encaradas pelas clientes como naturais, ou porque ainda as desvalorizam como importantes para que a amamentação dos seus filhos seja um sucesso?

A análise do meu desempenho incluirá a justificação dos critérios seleccionados para registo da minha interacção com as clientes, nomeadamente a sua caracterização, experiência, conhecimentos e expectativas com a amamentação, práticas de parto, tipo de apoio relacionado com a minha intervenção e identificado pelas clientes, incluindo quem o prestou e quando. Da sua análise resultou a identificação dos stressores positivos e negativos, segundo a minha perspectiva e a percepção das clientes (Apêndices XXIII e XXIV), bem como as intervenções primárias, secundárias e terciárias que realizei e as que as clientes nomearam (realizadas por mim ou por outros enfermeiros), numa lógica de continuidade de cuidados (Apêndice XVIII). As intervenções reconhecidas nas entrevistas aos profissionais, foram integradas na análise, enriquecendo-a (Apêndice XVIII). Para designar o tipo de intervenções identificadas, recorri à taxonomia da

CIPE versão 2 (OE, 2011). Primeiramente abordarei os critérios seleccionados (com exceção para as práticas de partos referidas no ponto anterior) e posteriormente as intervenções e os stressores identificados. Os apêndices ajudarão na compreensão da análise.

Das 22 clientes, não foi possível a continuidade de cuidados a três, pelos contactos telefónicos fornecidos não estarem atribuídos ou se encontrarem permanentemente desligados. Assim sendo, o registo prosseguiu para 19 clientes, a partir da data da alta hospitalar.

O número de recém-nascidos que até ao final da terceira semana de vida foram alimentados exclusivamente por leite materno, parece espelhar a importância de um plano de apoio contínuo e antecipado, com grande investimento em intervenções primárias, que contribuíram para o reforço da linha flexível de defesa das clientes e as beneficiou de stressores positivos, tornando-as capazes de manter o equilíbrio e bem-estar do sistema. Das últimas 11 clientes, que beneficiaram de um apoio continuado da minha parte, apenas uma iniciou suplemento com leite artificial, ainda no hospital, prescrito pelo pediatra. O meu desempenho junto das primeiras 11, contribuiu para que apenas 6 recém-nascidos estivessem a ser alimentados exclusivamente com leite materno ao fim da primeira semana de vida e destes, 5 na quarta semana de vida. O sexto cliente iniciou suplemento por iniciativa dos pais, com o apoio do farmacêutico, segundo os pais por se manter insaciável. A cliente referiu que o recém-nascido queria estar sempre a mamar. A identificação da minha parte dos stressores negativos, conhecimento comprometido sobre surtos de crescimento e padrões de alimentação dos bebés, sinais precoces de fome, tipos de choro e sinais de saciedade” e segundo a sua percepção, bebé irrequieto e choro, levaria ao planeamento antecipado de intervenções baseadas em práticas que auxiliassem o aleitamento materno, recomendadas pela Unicef/OMS, no documento “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (Unicef & OMS, 2009), reforçando a linha flexível de defesa da cliente, validando os conhecimentos adquiridos (cliente inexperiente), reforçando-os, informando e orientando para que tomasse uma decisão esclarecida, facto que não sucedeu. Ter planeado a continuidade de cuidados no serviço de puerpério, facilitaria a consolidação de uma relação terapêutica, tanto com a cliente como com o seu convivente significativo, seu grande

apoio e pessoa da sua confiança, que poderia ter constituído um “aliado” na concretização do projeto que a cliente tinha de alimentar o seu filho com leite materno, tal como me referiu sempre que falámos (no bloco de partos e após a alta).

Considerando que as 3 clientes cujo contacto não consegui estabelecer e as 2 que iniciaram alimentação artificial durante a primeira semana de vida dos recém-nascidos, pertenciam ao grupo que não beneficiou da minha intervenção continuada, no serviço de puerpério, dando continuidade ao plano de intervenções iniciado no bloco de partos, questiono-me se este défice na continuidade de cuidados não terá constituído um stressor negativo, ao nível inter-pessoal, psicológico, responsável por uma falha na implementação e/ou validação de intervenções primárias nomeadamente ao nível de informar sobre frequência, duração das mamadas e surtos de crescimento, executar técnica da seringa em mamilos invertidos, apoiar na extracção de leite, apoiar o recém-nascido a mamar, e determinar como procediam à pega e posição para amamentar (Gonzalez, 2004; Unicef & OMS, 2007, 2009).

A caracterização das clientes permitiu-me conhecer aspetos relacionados com as suas linhas de resistência e planear intervenções individualizadas, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. A idade materna permitiu ajustar a minha atitude profissional, investindo numa relação terapêutica adequada a cada geração, de acordo com Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009).

Identificar o sistema de saúde utilizado por cada cliente contribuiu para que conseguisse reconhecer forças ambientais e o seu tipo de interação com o sistema/cliente. A identificação destes stressores foi importante para o planeamento de intervenções promotoras da estabilidade do sistema. Procurei identificar as suas expectativas sobre o apoio a receber nos serviços de saúde, informação que detinham sobre os serviços que tinham à sua disposição e suas características. Orientei antecipadamente para a sua utilização e disponibilizei-me, procurando garantir a satisfação das necessidades do cliente/sistema, para a manutenção da sua estabilidade.

Estudos espanhóis referem que as mães a partir dos 30 anos de idade, iniciam e mantêm a amamentação durante mais tempo que as mães mais jovens, sendo este facto mais relevante nas mães adolescentes, segundo o Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004). No entanto,

durante este percurso formativo, não verifiquei diferença entre as mães, relacionada com a sua idade. As puérperas com mais de 30 anos mantiveram a amamentação exclusiva, mas as mais jovens também, verbalizando entusiasmo e gratificação com a experiência, demonstrando maturidade e auto-confiança nas suas tomadas de decisão. Procurei conhecer os apoios sociais ao dispor das clientes com linhas de resistência fragilizadas (adolescente/jovens e solteiras), adequando as intervenções, orientando antecipadamente, preservando a sua linha normal de defesa, através do reforço da sua linha flexível de defesa, investindo em stressores positivos, nomeadamente apoio profissional antecipado e contínuo (interpessoal), identificação e incentivo ao apoio não profissional (interpessoal preferencialmente a mãe) e aumento do seu nível de conhecimentos sobre aleitamento materno (intrapessoal). Este aspeto assume especial relevância nas clientes mais jovens, uma vez que o conhecimento diminuído ou comprometido coloca a sua linha flexível de defesa numa posição de alvo fácil à invasão de stressores negativos, provocando desequilíbrio ao nível da linha normal de defesa, manifestada por redução nas taxas de aleitamento materno, segundo Mannel, Martens, & Walker (2011). Também a relação terapêutica estabelecida pode ter feito a diferença na manutenção ou restabelecimento do equilíbrio e bem-estar destas clientes, que valorizam uma atitude não julgadora, descontraída, sentindo-se apoiadas nas suas decisões, tal como é referido pelos autores (Mannel, Martens, & Walker, 2011; Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison, 2009).

As clientes tinham uma idade média de 27 anos, máxima de 35 anos e mínima de 16 (apenas uma cliente), sendo 9 primíparas e 13 múltiparas, todas com gestações de termo. Na sua maioria eram de etnia caucasiana, sendo 3 de etnia negra e 1 cigana. A cliente de 16 anos era de etnia cigana e já tinha dois filhos que tinha amamentado. Tratou-se portanto de uma jovem com características sócio-culturais específicas, cuja identificação da interacção dinâmica das variáveis que a caracterizavam, justificou a negociação de um plano de intervenções culturalmente ajustado, que excluía a utilização de algumas práticas de parto como a permanência do convivente significativo durante o segundo e terceiro estádios do trabalho de parto e o contacto pele a pele. Conhecer a etnia, tinha como propósito identificar atitudes, reacções, crenças e a cultura das clientes, respeitando-as,

adequando as práticas de parto e o projeto alimentar para recém-nascido. No entanto, todas as clientes referiram querer amamentar, independentemente do significado desta afirmação que será analisada posteriormente pelas informações que recolhi e à exceção da cliente cigana, todas aderiram às práticas de parto recomendadas.

Baseado em Brito, Alexandrino, Godinho, & Santos (2011), considerei as habilitações académicas das clientes, uma vez que quanto maior o seu grau de diferenciação académica, maior a probabilidade de compreender as vantagens e aspetos relacionados com o sucesso da amamentação, constituindo a baixa escolaridade, uma fragilidade das suas linhas de resistência, para a manutenção do seu equilíbrio e bem-estar, em relação ao aleitamento materno. As suas habilitações académicas variaram desde o 1º ciclo à licenciatura. Maioritariamente trabalhadoras, apenas 2 se encontravam desempregadas. A actividade profissional tem muita importância para a independência que a mulher conquistou ao longo dos séculos. Apesar da Lei 7/09 de 12 de Fevereiro (2009) incluir uma subsecção alusiva à parentalidade, patenteando artigos referentes à sua protecção, dispensa para amamentação ou aleitamento, prestação de trabalho suplementar e prestação de trabalho no período nocturno, protecção da segurança e saúde da trabalhadora grávida puérpera ou lactante e regime de licenças, faltas e dispensas, a realidade atual no mercado de trabalho em Portugal, tal como em outros países, constitui muitas vezes um stressor extrapessoal negativo, sendo necessário intervir ao nível da linha flexível de defesa, de maneira que a sua estrutura sólida mantenha o equilíbrio e bem-estar do sistema, tal como é referido por Clifford & McIntyre (2008). Estes autores (Clifford & McIntyre, 2008) referem que as entidades patronais e os colegas de trabalho, deveriam ser esclarecidos, através de educação para a saúde, das vantagens de apoiarem as suas funcionárias a continuarem a amamentar os seus filhos (stressores extrapessoais positivos). Dez clientes programaram gozar a licença de maternidade. As restantes doze não previram o seu gozo por estarem desempregadas, trabalharem em casa ou serem ainda estudantes.

A diversidade de características das clientes/sistema que sustentam as suas linhas de resistência contribuíram para o meu desenvolvimento profissional, numa lógica de flexibilidade no planeamento das intervenções negociadas, muitas vezes

investindo em pequenas conquistas que proporcionaram reforços da linha flexível de defesa, pelo investimento na sua auto-confiança e na relação terapêutica estabelecida. Concordo com Grassley (2010) quando refere que numa primeira fase, as mães necessitam de informação correta e consistente, com ajuda prática para iniciarem a amamentação, nomeadamente sobre a pega e posição do recém-nascido, para ultrapassarem stressores psicológicos intrapessoais negativos como os receios da amamentação ser dolorosa.

Considerarei pertinente a identificação da experiência em amamentar (linha normal de defesa) e dos conhecimentos que as clientes tinham sobre os benefícios da amamentação (linha flexível de defesa), para o planeamento das intervenções primárias ou terciárias, com o propósito de reforçar a linha flexível de defesa, protegendo a linha normal de defesa e conseqüentemente favorecendo o seu bem-estar. Ao longo dos tempos esta experiência anteriormente frequente, culturalmente aceite e que constituía uma herança de mães para filhas foi-se perdendo, por razões de ordem tecnológica, económica, política e sócio-cultural (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004). Durante os EC realizados em CSP e no serviço de puerpério, investi no meu desenvolvimento profissional ao nível da educação para a saúde sobre o tema (prevenção primária), bem como a identificação da existência de stressores negativos. Utilizando a descrição de “conhecimento” da CIPE, na análise do discurso das clientes: “Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação” (OE, 2011, p.45), no âmbito das consultas de enfermagem e durante a prestação de cuidados no serviço de puerpério, identifiquei stressores negativos ao nível da variável fisiológica, de natureza intra-pessoal (dor ao amamentar, pega e posição incorreta), psicológica, de natureza intra-pessoal (auto-confiança diminuída, conhecimentos comprometidos), inter-pessoal (apoio do convivente significativo comprometido, apoio profissional comprometido) e extra-pessoal (articulação entre os serviços de saúde comprometida). Tal como é referido na literatura, na sua maioria, as clientes reduzem os benefícios da amamentação às vantagens nutricionais e imunológicas (Brito, Alexandrino, Godinho, & Santos, 2011). Este facto corrobora com o enunciado por Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009) num estudo realizado em

Frankston, em que os profissionais identificam o conhecimento diminuído ou comprometido nas clientes, como um stressor intrapessoal negativo, associado a não se recordarem da informação recebida durante a vigilância pré-natal, ou simplesmente não a terem recebido, e à inexperiência em observarem outras mães a amamentar, contribuindo para uma confiança comprometida na sua própria capacidade em amamentar.

Identifiquei como stressor positivo de ordem inter-pessoal psicológica, o apoio do convivente significativo (habitualmente o companheiro e a mãe), em relação às tarefas domésticas. Treze clientes identificam o seu companheiro como o grande apoio em casa, reconhecendo 12 a mãe como um apoio importante nesta fase e em particular em relação às tarefas domésticas. Também foram identificados outros familiares (sogra) e amigos na ausência de familiares. As intervenções foram essencialmente ao nível da prevenção primária (informação e aconselhamento sobre as práticas recomendadas e relacionadas com o aleitamento materno), mas também secundária, durante as consultas de puerpério e durante a prestação de cuidados no serviço de puerpério (correção da pega e posição do recém-nascido).

Onze das 22 clientes já tinham amamentado. Duas por muito pouco tempo, apenas dias, referindo uma que o bebé ficava com fome e outra que julgava não poder amamentar por ser fumadora. Das restantes, amamentaram em exclusivo durante 6 meses 3 delas. Uma cliente amamentou em exclusivo 6 meses os seus 3 filhos, estando as suas linhas de resistência fortalecidas por uma prática culturalmente aceite e a sua linha normal de defesa fortalecida pelas aprendizagens adquiridas. Duas amamentaram em exclusivo durante 5 meses tendo introduzido outros alimentos, como era recomendado na altura. Quatro durante 4 meses, tendo introduzido outros alimentos ao recomeçar a trabalhar, e uma porque o bebé ficava com fome. Foi muito variável a duração da amamentação, pois à exceção das duas clientes que só amamentaram durante uns dias, a duração variou entre os 3 e os 24 meses, estando o motivo da interrupção relacionado com o auto-desmame da criança, introdução de novos alimentos e concomitantemente leite de fórmula e regresso ao trabalho. Uma cliente engravidou novamente e refere que ficou sem leite a partir das 20 semanas de idade gestacional e outra refere ainda que o bebé ficava com fome (aos 3 e 4,5 meses), acontecimento previsível nessa idade segundo

Gonzalez (2004). Sabendo que a experiência em amamentar por mais de um mês beneficia a linha normal de defesa das clientes, de acordo com Brito, Alexandrino, Godinho, & Santos (2011), as minhas intervenções incidiram na utilização de stressores positivos como a auto-confiança, a decisão convicta de amamentar e a informação sobre os benefícios do aleitamento materno, as atuais recomendações da OMS, e as reais contra-indicações para amamentar, como estratégias de reforço da linha flexível de defesa e reajuste da linha normal de defesa.

Foram validados os conhecimentos das clientes sobre o aleitamento materno, onde e como foram adquiridos, considerando o seu benefício para a sua linha flexível de defesa, como é referido por Brito, Alexandrino, Godinho, & Santos (2011). Inicialmente considerado como intervenção primária, foi planeado de forma realista, coerente e detalhada, o investimento na educação para a saúde sobre os vários benefícios relacionados com a amamentação, como e quando amamentar. Este também foi utilizado em contexto de intervenção secundária, após ocorrer a reação a um stressor e como intervenção terciária beneficiando a reconstituição do sistema. As intervenções realizadas e os stressores identificados estão descritos em quadros nos apêndices (Apêndices XVIII, XXIII e XXIV). De uma forma geral, as clientes relacionam o aleitamento materno com benefícios nutricionais para os bebés (19 das 22 clientes), reconhecendo muitas (16) que também existem vantagens imunológicas, o que corresponde ao mencionado na literatura (Brito, Alexandrino, Godinho, & Santos, 2011). No entanto, a amamentação foi também referida como sendo vantajosa para a relação da díade (12) “ajudando a mãe a conhecer o seu bebé e a estar próximo dele”, o que atesta as recomendações da Unicef/OMS (1991, 2007, 2009) em relação ao estabelecimento do vínculo, à aquisição e desenvolvimento de competências parentais. Os benefícios para a mãe são menos reconhecidos e quando o são, relacionam-se essencialmente com os benefícios para a relação da díade (12) (já referidos) e o seu contributo para a recuperação da forma física da mulher (15). Também as vantagens económicas foram referidas por 21 clientes, mas relacionando-as apenas com o custo dos leites de fórmula. Contudo, quando validadas estas afirmações, solicitando que enumerassem pelo menos 2 desses benefícios, de acordo com as recomendações da Unicef/OMS (2009), a maioria não concretizou, facto que justificou o meu investimento na

educação para a saúde sobre as vantagens do aleitamento materno e vai ao encontro do descrito na literatura (Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison, 2009), referindo as clientes, na sua maioria, que as aulas durante o período pré-natal foram apressadas, sem oportunidade para discutirem os aspetos relacionados com a amamentação e os problemas que poderiam surgir, não as tendo preparado para o que poderiam ter que enfrentar na realidade (engurgitamento mamário, mamadas frequentes, noites mal dormidas). De facto, nas entrevistas os enfermeiros limitaram a intervenção informar/aconselhar aos benefícios do aleitamento materno, não valorizando a abordagem das dificuldades que podem surgir (Apêndice XVIII). Estes conhecimentos voltaram a ser validados durante a minha intervenção no serviço de puerpério e reforçados nos contactos posteriores, quando identifiquei essa necessidade. Na mesma lógica, validei os conhecimentos sobre como e quando amamentar, concretizados nos indicadores de pega correta, posição do recém-nascido, posição da puérpera, sinais de prontidão e horário para amamentar. Tal como referido, em relação aos benefícios em amamentar e corroborando com o discurso dos autores (Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison, 2009) e dos enfermeiros entrevistados, a maioria revelou necessitar de informação correta sobre todos os critérios definidos, estando os stressores e as intervenções descritas nos quadros que se encontram em apêndice (Apêndices XVIII, XXIII e XXIV).

Segundo o Comité de Lactância Materna da Associação Espanhola de Pediatria (2004), é recomendada a preparação para o parto e o apoio após o parto, para o aumento das taxas de aleitamento materno. No entanto, das 22 clientes, apenas duas tinham frequentado o CPP, sugerindo haver necessidade de definição de estratégias favoráveis à sua frequência. Onze das 22 reconhecem a sua experiência em amamentar e as informações do senso comum (o que ouvem dizer) como as suas fontes de conhecimento, que quando validadas, justificam mais uma vez, o investimento profissional na informação/aconselhamento. Através das entrevistas telefónicas, 19 clientes reconhecem as informações e o aconselhamento recebido, a partir do momento em que foram internadas no bloco de partos, como úteis e para muitas mesmo preponderantes, para a concretização do projeto de alimentação dos seus filhos e identificam a minha intervenção, bem como dos enfermeiros nos vários contextos, como importante no processo de alimentação dos

seus filhos. Apesar de considerarem essencial o apoio dos companheiros e das suas mães, em particular durante as primeiras semanas após o parto, referiram “fundamental”, “muito importante”, “uma grande ajuda” o apoio profissional fornecido, verbalizando as intervenções que consideraram relevantes e que menciono no apêndice XVIII. É provável que este fato se relacione com a formação em aleitamento materno que alguns profissionais possuem, estando esta associada ao apoio que proporcionam no pós-parto, manifestado em atitudes, atividades e intervenções, como referem os autores (Tappin, Britten, Broadfoot, & McInnes, 2006; Pereira, 2006). Contrariamente, em vários estudos as mães referem-se ao apoio profissional como secundário em relação ao prestado por amigos e familiares (McInnes & Chambers, 2008). O reconhecimento das clientes manifestou-se através do número de contactos efetivados entre nós, muitos de sua iniciativa. Todas valorizaram a minha intervenção no serviço de puerpério e no cantinho da amamentação (as que compareceram), verbalizando como importante para a melhoria das suas competências para amamentar, o tempo que dispendi a observá-las a amamentar, e neste contexto as intervenções que realizei (Apêndice XVIII) e analisarei posteriormente. Este reconhecimento das clientes corrobora com o discurso das enfermeiras entrevistadas, sobre as intervenções por si identificadas (Apêndice XVIII). Além disso, esta constatação confirma as afirmações dos autores, que as clientes necessitam do apoio das EEESMO e valorizam o tempo que dispendem consigo, na ajuda à amamentação, demonstrando habilidades em vez de simplesmente lhes dizerem como devem fazer, sentindo-se apoiadas quando continuamente, através de uma atitude proativa recebem informação suficiente e detalhada promotora do desenvolvimento de competências parentais (Clifford & McIntyre, 2008; Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison, 2009; Schmied, Beake, Sheehan, McCourt, & Dykes, 2011).

Por outro lado o apoio social, quando adequado, pode constituir um stressor positivo quando combinado com intervenções profissionais no período pré e pós-natal (apoio de pares), caracterizando um tipo de intervenção multifacetada, que ocorre através de um contínuo e alimenta a linha flexível de defesa das clientes, segundo os autores (Chung, Raman, Trikalinos, Lau, & Ip 2008; Schmied, Beake, Sheehan, McCourt, & Dykes, 2011). Esta vertente do apoio contínuo merece a

atenção dos EEESMO que exercem funções em unidades de CSP, constituindo uma competência específica que pretendo continuar a desenvolver na minha vida profissional futura.

Contrariamente à percepção da maioria das clientes sobre o apoio profissional recebido, os autores referem que muitas vezes funciona como um stressor interpessoal negativo, seja por pressão de tempo ou por inexistência de profissionais devidamente habilitados (McInnes & Chambers, 2008; Schmied, Beake, Sheehan, McCourt, & Dykes, 2011). Também os enfermeiros entrevistados identificam os “recursos humanos diminuídos” e os “recursos físicos inexistentes” como stressores negativos, que interferem nos seus cuidados (Apêndice XIX). No entanto, destacam o “apoio da liderança” e o “seu empenho” como stressores positivos (Apêndice XIX). Provavelmente existe uma variação na natureza do apoio prestado, podendo esta relacionar-se com a existência de stressores ao nível do ambiente extrapessoal, nomeadamente diferenças culturais, diferentes condições profissionais, na organização e na prestação de cuidados, como referem Schmied, Beake, Sheehan, McCourt, & Dykes (2011). Segundo McInnes & Chambers (2008), mudanças nos serviços de saúde seriam benéficas para o equilíbrio e bem-estar do sistema/cliente e dos profissionais de saúde. Mencionando Chung, Raman, Trikalinos, Lau, & Ip (2008), seria benéfico investir na formação/intervenção profissional prestada pela IHAB, através de treino de profissionais de saúde, conselheiros em lactação, EEESMO e outros profissionais, a nível individual ou em grupo (envolvendo mães e outros membros da família), numa lógica de continuidade de cuidados. Consideram como benéficas para o sucesso da amamentação, com aumento das taxas a curto e longo prazo, as entrevistas de motivação a favor da auto-confiança, fato também referido pelas enfermeiras entrevistadas como “incentivo” e “elogio”, o desencorajamento do uso de chupetas e a promoção do contacto pele a pele (stressores positivos). A identificação destes stressores de natureza inter-pessoal que caracterizam variáveis psicológicas, permitiu o planeamento de intervenções primárias.

A formação especializada contemplada nas medidas preconizadas pela OMS/Unicef e referidas por Félix (2011), poderá responder às necessidades relatadas pelas as enfermeiras entrevistadas, que não receberam treino durante ou após o

curso de enfermagem (Apêndice XIX), o que corrobora com o mencionado por Clifford & McIntyre (2008).

As clientes identificam também como fonte de conhecimento, as suas mães (6), outros familiares/amigos (4), amigas/familiares a amamentar (2), informação pesquisada na internet (6) e leitura de folhetos/artigos sobre aleitamento materno (5). A literatura de referência identifica os pais, outros membros da família e amigos, como elementos chave no apoio das mães que amamentam, recomendando que se forneça informação prática e oportuna a essas pessoas de referência, o que procurei concretizar durante os ensinamentos clínicos em CSP e medicina materno-fetal (ACOG & Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014). A leitura de folhetos e artigos foi referida como um stressor positivo. No entanto, Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison, (2009) referem que a sua utilização de forma indiscriminada, em grande quantidade e sem qualquer explicação adicional, torna esta ferramenta de informação um stressor negativo, constituindo motivo de confusão nas clientes que muitas vezes referem que nem os lêem. Tal facto alertou-me para a importância de os utilizar de forma adequada e seletiva durante o meu discurso, instruindo-as sobre a sua utilização (consulta de informação prática sobre procedimentos para manter a amamentação, nomeadamente em relação aos folhetos recomendados pela DGS).

A aquisição e desenvolvimento de competências especializadas relacionadas com a implementação, durante o trabalho de parto, de práticas definidas como cuidados de continuidade no apoio ao aleitamento materno, baseou-se na mobilização da evidência científica e nas orientações das entidades OMS, DGS e OE (Unicef, 1991; Unicef & OMS, 2009; WHO, 2009; APEO, 2009; OE, 2014). Procurei implementar pelo menos 2 dessas práticas, analisadas anteriormente neste relatório (subcapítulo 1.1), à exceção dos itens diretamente relacionados com a amamentação, referidos pela Unicef & OMS, 2009, aqui desenvolvidos.

As recomendações da OMS/Unicef para o sucesso do aleitamento materno, incluem o seu apoio desde a primeira hora de vida, considerando este o período ideal para a primeira tentativa de mamar (Unicef, 1991; Unicef & OMS, 2009). A sucção do recém-nascido na mama da mãe estimula a libertação de prolactina e ocitocina, favorece a produção e ejeção do leite materno, o processo de

dequitação natural e diminui a hemorragia uterina, tal como é mencionado pelo Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004).

As 22 clientes que cuidei iniciaram a amamentação na primeira hora de vida. Esta foi sempre supervisionada por mim ou na impossibilidade de o fazer (se me encontrava a executar a perineorrafia), pela minha orientadora ou outro elemento da equipa de enfermagem. As intervenções realizadas neste âmbito, encontram-se descritas em apêndice (Apêndice XVIII).

Numa lógica de continuidade de cuidados e no sentido de fortalecer a linha flexível de defesa das clientes facultei, a 19 delas, o meu contacto telefónico. Às primeiras 8 depois das ter contactado no final da primeira semana, após o parto. Às restantes 11, fornecido durante a minha intervenção no serviço de puerpério. Nove destas últimas, contactaram-me telefonicamente, por mensagem escrita e email. É de referir que a interação estabelecida durante a minha intervenção no serviço de puerpério, o fornecimento antecipado do contacto telefónico e a realização do primeiro contacto telefónico com as clientes, entre o 3º e o 6º dia de vida do recém-nascido, favoreceram significativamente a relação terapêutica estabelecida, tal como referido por Coffield (2008). Para minimizar a influência de stressores negativos, optei por planear a minha intervenção em horário não incluído nos turnos realizados no bloco de partos, com exceção para as mensagens, que foram muitas vezes enviadas durante os turnos, garantindo o apoio às clientes, com a maior brevidade possível. No serviço de puerpério também foi evitado o horário da designada visita social, podendo o número de visitas numa fase precoce do pós-parto, associado ao cansaço, dificultar a auto-confiança, segundo menciona Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009), prejudicando a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades (stressor interpessoal negativo).

Foram realizadas 4 consultas no cantinho da amamentação, e estabelecida articulação por email com a EEESMO de um centro de saúde, através do envio de ficha de articulação de cuidados, referente a 4 clientes (Apêndice IX). Oito preferiram não marcar consulta no cantinho da amamentação, 2 por dificuldade com o transporte e distância da sua residência, e 6 por preferirem ir ao centro de saúde e contactarem telefonicamente comigo quando necessitassem. Destas 6 clientes, 3 beneficiaram da articulação que estabeleci por email com o centro de saúde. Todas

referiram que me contactavam se considerassem necessário e destas 9 das últimas 11 assim o fizeram, por diversas vezes. Foram vários os motivos, apesar de ter realizado orientação antecipada sobre alguns dos assuntos: informação sobre o percurso da amamentação, dificuldades por engurgitamento mamário e receio de amamentar pela presença de sangue nos mamilos provocado por fissuras, dúvida em oferecer água ao recém-nascido, súbito aumento da necessidade de mamar do recém-nascido, receio de amamentar a tomar medicação, reinício de atividade sexual, entre outros. Estes contactos foram realizados pelas clientes, numa lógica de reforço da sua linha flexível de defesa, aumentando a sua auto-confiança e empoderamento na decisão de amamentar. Muitos dos assuntos já tinham sido abordados noutros contextos, no entanto para a continuidade de cuidados foi necessário repeti-los, de acordo com a sua validação, corroborando com o que os autores Clifford & McIntyre (2008) referem, a necessidade de um aconselhamento detalhado e continuado, promotor da amamentação prolongada

Num estudo realizado por Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009), em Frankston, algumas enfermeiras referiram que o apoio prestado, apesar de benéfico, tornava-se muito dispendioso. Este facto alertou-me para a importância de esclarecer junto das clientes, que o apoio que lhes seria facultado seria gratuito, não tendo que se sentir constrangidas em solicitá-lo. Também os contactos foram entregues por escrito, garantindo que tinham conhecimento dos serviços de apoio. Tal como refere Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009), muitas vezes não foi possível o estabelecimento de contacto telefónico na primeira tentativa, tendo insistido até conseguir. Frequentemente as clientes retornaram os contactos, justificando a impossibilidade de terem atendido e questionando se poderiam ligar mais tarde. Percebi que identificavam o meu contacto e que o valorizavam.

A continuidade de cuidados no apoio à amamentação foi melhorando ao longo do estágio, conforme fui identificando alguns stressores negativos que poderiam interferir no seu estabelecimento. A constatação de por vezes não ser observada a mamada durante a consulta realizada nos CSP foi um deles, pelo que procedi à orientação antecipada das clientes para que amamentassem durante a consulta, na presença dos enfermeiros.

As minhas intervenções para a continuidade de cuidados no apoio ao aleitamento materno, incluíram o que designei por intervenções de informação e aconselhamento, relação terapêutica e ambiente proporcionado, durante o trabalho de parto, puerpério e outros momentos de interação, encontrando-se esquematizadas no quadro 5 (Apêndice XVIII). De acordo com a CIPE versão 2, intervi no contexto de prevenção primária e secundária, fortalecendo a linha normal de defesa e a linha flexível de defesa das clientes/sistema, e de prevenção terciária reforçando as suas linhas de resistência cuja função é ajudar o cliente/sistema a manter o seu equilíbrio e harmonia, prevenindo ocorrências futuras.

Observei as características do mamilo e a morfologia da mama, pois são condições do CORE das clientes que podem favorecer o aparecimento de stressores. Importa avaliar estes aspetos, adequando a intervenção primária dos EEESMO, desde a vigilância pré-natal e, no contexto deste estágio, desde a admissão no bloco de partos, ao avaliar a história da amamentação da mulher e o seu projeto para a alimentação do seu filho. Independentemente das classificações dos mamilos, quanto ao seu tamanho e forma, optei por considerá-los de uma forma mais redutora como proeminentes (protusos ou protáteis), pouco proeminentes (semi-planos ou pouco salientes em resposta a estímulos) ou invertidos (pseudo-invertidos ou invertidos, não se exteriorizando em resposta a estímulos).

A informação e o aconselhamento, foram efetivados pelas ações: informar, ensinar, instruir, treinar, orientar e orientar antecipadamente as clientes, executar e demonstrar tarefas, determinar e observar tarefas e trabalhar em rede, adotando um comportamento interativo com as clientes, seus familiares e com outros profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros.

A prevenção primária incluiu informação e aconselhamento sobre aleitamento materno exclusivo, amamentação em horário livre, frequente, durante as 24 horas e com duração variável estabelecida pelo recém-nascido, alternando as mamas nas mamadas, massagem e extração de leite, cuidados na proteção dos mamilos, uso de soutien adequado (não apertado), a posição da mão da cliente enquanto amamenta o recém-nascido, ato de “pentear” a mama, técnica da seringa na prevenção de mamilos invertidos, alimentação por copo e método de amenorreia lactacional.

Tem existido um grande investimento das empresas, na criação de material que minimize o desconforto relacionado com as dificuldades que podem surgir, ou previna o seu aparecimento, e de equipamento que facilite a extração eficaz de leite materno (estratores manuais e elétricos). No entanto, o processo de negociação do regime terapêutico não farmacológico, com a mulher, deve considerar a avaliação da sua capacidade económica. Para muitas mulheres torna-se difícil manter o aluguer ou adquirir um extrator. Por outro lado, risco de “medicalizarmos” a amamentação associado à permanente oferta, desvia-nos do que é simples e eficaz, a extração manual. Segundo Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009) nenhuma das mulheres entrevistadas em Frankston recebeu aconselhamento e apoio para melhorar a sua produção de leite. Alertada pela sua descrição, procurei demonstrar como se extrai leite materno, constituindo um procedimento importante durante a ocorrência da lactogénese II e quando a mãe recomeça a sua atividade laboral, obrigando a uma gestão do tempo pois pode ser demorada, como referem Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009). Sendo os motivos variados, todas as clientes tinham oportunidade de permanecer junto dos seus filhos durante pelo menos os seus primeiros 4 meses de vida. Assim, procurei informá-las dos recursos ao seu dispôr, para atempadamente (cerca de 1 mês antes) iniciarem a recolha e conservação de leite (profissionais de saúde dos CSP e da SOS Amamentação, informação escrita disponível no site da DGS e da SOS Amamentação).

Diariamente constato que por vezes os profissionais sugerem a suplementação, por perceberem que as mães se sentem cansadas e angustiadas, entrando esta postura em conflito com o seu papel promotor da amamentação. Esta postura comprova o que os autores referem (Clifford & McIntyre, 2008), justificando a importância de orientar as clientes, de forma antecipada e contínua, para gerirem os períodos de descanso com as rotinas do recém-nascido. Também referido pelos enfermeiros entrevistados, a minha intervenção incluiu elogio, incentivo e promoção da sua auto-confiança (Apêndice XVIII). Recorri à informação pertinente e adequada, verbal e escrita (prevenção primária), prevenindo o stressor negativo intrapessoal “cansaço”, que tal como relatam Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009), muitas vezes impede as clientes de escutarem os profissionais de saúde.

Discursos como: “Estou sempre a pingar leite”, “nos últimos 2 dias só queria estar com a mama na boca... Lembrei-me que me tinha dito que era normal e que passava”, “é uma despesa em fraldas! Cada vez que mama faz um cocó!” “já percebo quando começa a pedir mama, começa a mexer-se, a pôr as mãos na boca...”, contribuíram para a minha avaliação sobre a amamentação e a adequada ingestão de leite. De acordo com os indicadores que Noonan (2011) considera para esta avaliação, observei a mamada nos vários contextos, identifiquei/validei como a cliente estava a amamentar (frequência, duração, alternância das mamas nas mamadas), os benefícios do aleitamento materno, reflexos de busca, sucção e deglutição, sinais de prontidão, ocorrência de surtos de crescimento, o comportamento do recém-nascido, seus hábitos de eliminação vesical e intestinal, progressão ponderal, os sinais de esvaziamento mamário e o reflexo de ocitocina na cliente. Informei que o choro é considerado um sinal tardio de fome e quando este é vigoroso, o bebé não consegue organizar o seu comportamento, de maneira a realizar uma boa pega e a alimentar-se eficazmente. Questionei mas não identifiquei, a ocorrência de irritabilidade e agitação associada ao choro, uma vez que pode ser o primeiro sinal de inexistência de leite suficiente, segundo Noonan (2011). Orientei antecipadamente para a identificação dos sinais de saciedade, percebendo se o bebé mamou eficazmente, como refere Noonan (2011), estando atenta ao padrão de sono, diferenciando se o recém-nascido está verdadeiramente satisfeito, ou simplesmente adormeceu sem estar saciado. Foram frequentes expressões como “larga a mama e adormece”, “só acorda para mamar”.

Intervi informando as mães sobre os sinais de prontidão, encorajando-as a observarem e responderem aos seus bebés. Identifiquei e validei com as clientes os sinais de prontidão, pega adequada, tipos de choro do recém-nascido, riscos associados ao uso de mamilos artificiais e confusão de tetinas, curvas de crescimento e perda ponderal nos primeiros dias de vida. Identifiquei a disponibilidade da mãe para amamentar, os benefícios do alojamento conjunto, a importância do aleitamento materno na mãe fumadora, a indicação para amamentar nas situações de febre, a toma de antibióticos ou anti-inflamatórios, a ocorrência de mamilos fissurados, a alimentação da cliente lactante e o início da alimentação complementar do seu filho.

Seguindo as recomendações de Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009), procurei não destacar a avaliação ponderal no meu discurso com as clientes e investi no encorajamento em melhorarem a sua produção de leite. Estes autores identificaram o déficit na progressão ponderal como uma das razões para a suspensão da amamentação. Referiram que várias enfermeiras reconheceram a importância de não enfatizar demasiado este assunto, considerando mais importante normalizar toda a experiência da amamentação.

A prevenção secundária incluiu instrução sobre quando a cliente descansar, relacionada com o desequilíbrio no sistema provocado pelo cansaço que referiu ter; instrução sobre alojamento conjunto e amamentação em situação de icterícia fisiológica; informação sobre as complicações associadas ao uso de chupetas; validação/identificação dos tipos de choro do recém-nascido; correção da pega; orientação sobre mamadas frequentes na presença dos stressores perda ponderal de 10%, engurgitamento e ducto bloqueado; estimulação mamária para aumento da lactogénese; como colocar um recém-nascido a mamar na presença dos stressores agitação e dificuldade com a pega pelas características de uma mama grande, densa e mamilos invertidos (CORE); uso de formadores de mamilo na cliente com mamilos invertidos (CORE). Foram também nomeados pelos enfermeiros entrevistados: massagem mamária, utilização de calor húmido, gelo local e extração de leite (manual ou com recurso a extrator), na presença dos stressores, mamas túrgidas, engurgitamento e ducto bloqueado; administração de anti-inflamatório na presença dos stressores dor e aumento da temperatura corporal; recurso à técnica da seringa ao surgir o stressor dificuldade na pega agravada pela característica de mamilos invertidos; massagem abdominal no recém-nascido pela presença do stressor cólicas; orientação para a correção da posição da mão da cliente ao identificar o stressor mão em tesoura; amamentação a copo na presença dos stressores dificuldade na pega e fraco aumento ponderal. A continuidade de cuidados envolveu o planeamento de contactos frequentes com as clientes, na “fase aguda”, na presença de alguns dos stressores referidos.

A prevenção terciária pós dificuldades identificadas e ultrapassadas, incluiu a validação telefónica de como a cliente estava a amamentar (frequência, duração, presença/ausência de dor ao amamentar), da pega adequada, do esvaziamento

mamário, integridade dos mamilos, incentivo à observação da mamada na consulta de enfermagem, orientação antecipada para a solicitação de apoio da minha parte, no hospital, na unidade de cuidados de saúde na comunidade e em ONG como a SOS Amamentação.

Os stressores identificados e as intervenções realizadas comparam-se com o que Coffield (2008) menciona, ao reconhecer as razões que levavam as clientes a contactar um sistema de continuidade de cuidados no apoio à amamentação e ao avaliar a sua eficácia.

De acordo com o que refere Schmied, Beake, Sheehan, McCourt, & Dykes, (2011), investi num desempenho profissional positivo, realista e não idealista, considerado facilitador, instrutivo, não contraditório ou conflituoso. Um desempenho demonstrativo, corroborando com o que refere Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009) e com a necessidade muitas vezes expressa pelas clientes, de serem apoiadas pelas EEESMO, valorizando o tempo que dispõem consigo, no apoio à amamentação, demonstrando habilidades, aspeto também mencionado por Clifford & McIntyre (2008). Desenvolvi competências na área da comunicação, fornecendo informação suficiente e detalhada, tal como referido por Schmied, Beake, Sheehan, McCourt, & Dykes (2011), promotora do desenvolvimento de competências parentais, aspeto realçado por Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009).

Dependendo o êxito da relação terapêutica da capacidade de comunicar, de acordo Phaneuf (2005), desenvolvi habilidades de adaptação comunicativa com cada cliente sistema, ao nível cognitivo e afetivo, de acordo com as suas variáveis, com os aspetos que caracterizam o seu sistema interno (CORE e linhas de resistência) e com os stressores identificados (positivos e negativos). De acordo com Phaneuf (2005), estas habilidades foram desenvolvidas como stressores interpessoais positivos ao nível dos comportamentos, postura e atitudes corporais, através de gestos, adoção de uma distância promotora de intimidade sem desrespeito pelo espaço pessoal de cada um, contacto visual, expressão facial, tom de voz adequado, respiração controlada, utilização construtiva do silêncio, aparência geral transmissora de confiança e toque intencional.

Para o tipo de apoio que identifiquei como relação terapêutica, intervi com as ações promover, encorajar, apoiar, assistir, elogiar, relacionar e atender as clientes na sua decisão de amamentar, bem como escutar sobre as suas dúvidas, receios e sentimentos. Intervi ao nível da prevenção primária e secundária, adotando uma presença autêntica, uma atitude não julgadora, mostrando disponibilidade, elogiando as suas decisões, reforçando a sua auto-confiança e auto-eficácia, escutando as clientes, estabelecendo com elas uma verdadeira relação terapêutica e partilhando experiências (Apêndice XVIII). A disponibilidade, também foi referida pelos enfermeiros entrevistados como essencial (Apêndice XVIII). Valorizei “estar presente” como essencial ao estabelecimento da relação terapêutica, como é referido por Phaneuf (2005) e este facto foi frequentemente verbalizado pelas clientes, como tendo constituído a diferença, no decurso da alimentação dos seus filhos. De acordo com Phaneuf (2005), procurei também utilizar a minha habilidade humorística, como stressor positivo no estabelecimento de um clima favorável à relação.

O ambiente foi identificado pelas mulheres e pelos profissionais de saúde, como stressores de natureza inter ou extra-pessoal, positivo quando resultado de uma presença autêntica, ou negativo se beneficia encontros incoerentes, tal como é referido por alguns autores (Clifford & McIntyre, 2008; Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison, 2009). Identifiquei a presença autêntica nos discursos reveladores de um ambiente hospitalar favorável, ratio enfermeiro/cliente, número de visitas adequados e privacidade respeitada, como referido pelas clientes: “Conseguia descansar”, “nunca deixaram de me atender, são incansáveis”, “quando era preciso, fechava as cortinas”. Encontros incoerentes quando se referiram ao ambiente hospitalar como desfavorável ao descanso, ratio enfermeiro/cliente desadequado resultando em falta de disponibilidade, falta de privacidade e elevado número de visitas: “Era difícil descansar porque há sempre bebés a chorarem”, “está sempre gente a passar e eu estava ao pé da porta”, “a minha família veio toda do norte, foi uma confusão”. Intervi com as ações promover, assistir e atender, um ambiente favorável ao descanso, com a presença do convivente significativo, respeito pela privacidade e uma presença autêntica e disponível, também valorizadas pelos enfermeiros no seu discurso (Apêndice XVIII).

Segundo Coffield (2008), o sucesso na amamentação depende da rapidez de resposta à solicitação, da adequação do número de contactos e intervenções, à necessidade de cada cliente/sistema e à identificação atempada dos stressores. O desenvolvimento do meu desempenho profissional baseou-se nesta filosofia de cuidados, numa lógica de continuidade, fazendo esta a diferença entre o restabelecimento do equilíbrio e bem-estar do sistema a favor da amamentação e a sua invasão por stressores negativos como a introdução de suplementos, tal como é mencionado por Coffield (2008). Procurei estar presente e disponível nas situações que identifiquei, facto que as clientes salientaram no seu discurso: “Agradeço muito a sua ajuda... é que não tenho mais ninguém, só a enfermeira!”.

Sentir-se satisfeita/realizada com a sua posição de lactante (stressor intrapessoal positivo), pode ser um dos resultados conseguidos com o contributo do apoio profissional especializado adequado, reforçando a linha normal de defesa das clientes. A percepção das clientes sobre a forma como decorreu a alimentação dos seus filhos, permitiu identificar stressores e planear a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Quando contactada telefonicamente, uma das clientes verbalizou sentir tristeza e frustração, por estar a alimentar o seu bebé com leite de fórmula. Tratou-se de uma das primeiras clientes, que não beneficiaram de cuidados por mim prestados no serviço de internamento e cuja situação me levou aos ajustes já enunciados, nas estratégias de intervenção. O desequilíbrio do sistema foi provocado pelos stressores intrapessoais negativos engurgitamento mamário e ductos bloqueados. A experiência de mulheres como esta, que apesar de desejarem amamentar, suspenderam nas primeiras semanas, neste caso por iniciativa própria e com a colaboração de um farmacêutico, foi descrita por Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009), relacionando-a com sobrecarga de trabalho associada a um défice de recursos humanos (stressores extrapessoais negativos), que deteriora a qualidade dos cuidados de saúde prestados durante o pós-parto e na comunidade. Também a precocidade das altas hospitalares e o aumento da carga de trabalho das enfermeiras, contribui para que os profissionais se sintam pressionados a transmitirem informação que consideram suficiente, num período de tempo mais curto, como refere Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison (2009). No entanto, na

sua maioria, as clientes relacionaram o apoio recebido com conselhos úteis, fornecido por bons ouvintes, que demonstraram preocupação com os seus sentimentos, o que corrobora com a descrição de Coffield (2008) sobre a avaliação de uma experiência ocorrida em Frankston. Referiram também que aprenderam mais sobre amamentação, como amamentar de forma confortável e como resolver pequenos problemas, tendo considerado o tempo de aconselhamento adequado e os contactos estabelecidos comigo frutuoso para o sucesso da amamentação. Sentiram-se satisfeitas com o apoio fornecido e ganharam confiança para amamentar, referindo que me contactariam sempre que sentissem necessidade e que recomendariam “o serviço desde a sua entrada no bloco de partos”. Não só o apoio que receberam da minha parte foi considerado “uma agradável surpresa”, como a sua continuação e complementarização com o fornecido pelos enfermeiros, que identificaram como referências profissionais para si, ao nível dos CSP.

Considerando que todas as clientes eram caucasianas, negras e uma cigana, contrariamente ao que referem os autores (Gilmore, Hall, McIntyre, Gillies, & Harrison, 2009; Clifford & McIntyre, 2008), estas não identificaram amamentar em público como stressor negativo, mencionando considerarem um procedimento natural, um direito seu como relatam Clifford & McIntyre (2008).

O EEESMO ocupa um lugar de destaque na aquisição de competências de uma mãe que pretende amamentar. Medeia e facilita a sua aprendizagem, conduzindo o seu percurso e a sua tomada de decisão. “Saber como amamentar” é referido por Gonzalez (2004, p.243) como um requisito para o seu sucesso, a considerar pelos profissionais na definição de estratégias de intervenção.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização, ao longo do percurso de aprendizagem, das actividades que operacionalizaram os objectivos definidos, possibilitou o desenvolvimento das competências gerais e específicas consideradas pela Ordem dos Enfermeiros e pela ICM, como essenciais ao EEESMO (OE, 2010; OE, 2010; ICM, 2011).

De uma forma geral, considero que atingi os objectivos delineados para o aprofundamento da temática “Continuidade de cuidados do EEESMO, à díade e família, no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério” e para o bloco de partos, através da realização das actividades propostas para o seu cumprimento. Realizei 41 partos eutócicos e assisti a 31 (6 por ventosa, 5 por fórceps, 3 eutócicos e 17 cesarianas, das quais 5 eletivas), cumprindo os requisitos mínimos preconizados pela OE e pela União Europeia, para a obtenção do título de EEESMO.

Identifico como stressor intrapessoal negativo à concretização do meu projeto de aprendizagem, a dificuldade em conciliar o desenvolvimento de competências com o desenvolvimento na área da continuidade de cuidados, e os compromissos académicos com os profissionais e pessoais. Como stressores positivos considero a minha motivação para a concretização deste projeto formativo (intrapessoal), o apoio familiar, as orientações profissionais nos ensinamentos clínicos realizados e no estágio com relatório, a orientação docente ao longo de todo o percurso de desenvolvimento (interpessoal) e o facto das instituições hospitalares onde realizei os ensinamentos clínicos e o estágio com relatório serem acreditadas como “Hospitais Amigos dos Bebés” (extrapessoal). Também a dinâmica de intervenções implementadas no bloco de partos facilitou o meu desenvolvimento profissional, constituindo um bom exemplo do investimento dos EEESMO na recuperação do protagonismo da mulher/casal durante o seu trabalho de parto, promovendo a sua auto-confiança, auto-credibilidade e a reconquista do seu papel principal, usurpado nas últimas décadas, por equipas multidisciplinares, intervencionistas, detentoras de saberes científicos

dependentes de elevada tecnologia: “No modelo intervencionista de assistência obstétrica, ainda existente em Portugal, a mulher torna-se o objecto da acção, perdendo o controlo e a decisão sobre o próprio processo do parto e nascimento” (APEO, 2009, p. 16). Acredito ser possível uma mulher enfrentar o parto como “um desafio emocionante, recompensador em si mesmo, e não apenas um meio de atingir um fim” (Kitsinger, 1984, p.19).

A maioria das clientes que cuidei, valorizaram o apoio profissional recebido, reconhecendo-o como fundamental para a concretização do projeto de alimentação dos seus filhos.

Apesar da existência de uma grande variedade de culturas organizacionais e de uma evidente desigualdade de recursos entre as várias unidades prestadoras de cuidados de enfermagem, é possível investir na continuidade de cuidados especializados dentro das equipas, entre serviços e entre organizações, como refere Clifford & McIntyre (2008), melhorando os conhecimentos e o apoio profissional, criando uma estrutura sólida de intervenções realizadas por profissionais que, segundo Lee (1997), partilham da mesma filosofia, dando continuidade a um serviço consistente e não contraditório.

A evidência enumera a continuidade de cuidados no apoio ao aleitamento materno como uma estratégia para o seu sucesso, tendo o EEESMO a responsabilidade de intervir e articular esforços que se reflitam em ganhos em saúde para a população.

Baseada nas recomendações da OE e da ICM (OE, 2010; OE, 2010; ICM, 2011), desenvolvi as competências necessárias para ser um agente de mudança nas organizações de saúde, servindo de referência profissional para os restantes elementos da equipa no domínio da gestão de cuidados, intervindo junto dos casais/famílias, para que melhor decidam sobre a alimentação dos seus filhos e contribuindo para a recuperação da imagem cultural da mãe que amamenta e do filho amamentado, defendendo a conquista de um espaço por direito, da díade.

No final deste estágio com relatório, considero-me capaz de intervir em parceria com os meus futuros clientes, dando visibilidade à posição de destaque que o EEESMO deve assumir, no seio da equipa multidisciplinar. Desta forma, espero poder contribuir para experiências saudáveis e equilibradas, felizes adaptações à

parentalidade, com agradáveis recordações do parto, pois sem dúvida, são momentos que não se esquecem nunca! As mulheres grávidas não são “pacientes da maternidade”, “corpos grávidos”, ou meras alunas, futuras mães, necessitadas de aprender técnicas que lhes possibilitem parir. “Elas estão envolvidas numa intensa e importante viagem de descoberta e mudança que, para além do nascimento e do momento de dar à luz propriamente ditos, é corajosa, estimulante e, para algumas, totalmente absorvente” (Kitsinger, 1984, p. 14). Muito mais do que o controlo do desconforto/dor e a aprendizagem de assuntos relacionados com a maternidade, paternidade e cuidados ao recém-nascido, importa transmitir aos casais o verdadeiro sentido da parentalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG. (2008). ACOG Committee Opinion N° 295. *Pain Relief During Labour*, 104, 213. Acedido em 16-04-2014. Disponível em: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Pain-Relief-During-Labor>
- ACOG. (2013). ACOG Committee Opinion N° 441. *Oral Intake During Labour*, 114, 714. Acedido em 16-04-2014. Disponível em: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Oral-Intake-During-Labor>
- ACOG, & Society for Maternal-Fetal Medicine. (2014). Obstetric Care Consensus N°1. *Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery*, 123, 693-711. Acedido em 16-04-2014. Disponível em: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery>
- Alden, K. (2006). Avaliação e Cuidados ao Recém-Nascido. In D. Lowdermilk, & S. Perry, *Enfermagem na maternidade* (pp. 587-647). Loures: Lusodidacta.
- Alfirevic, Z., Devane, D., & Gyte, G. (2007). *Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Review)*. John Wiley & Sons, Ltd.
- American Heart Association. (2010). Neonatal Resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary. *Circulation: Journal of American Heart Association*, 908-920.
- APEO. (2009). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Beck, D., Ganges, F., Goldman, S., & Long, P. (2004). *Cuidados ao Recém-Nascido – Manual de Consulta*. (R. Bell, S. Charlotte, & G. Nathalie, Edits.) Washington.

- Bluff, L. (s.d.). Early Versus Delayed Cord Clamping. *Internacional Journal of Childbirth Education*, 20 (4), pp. 17-21.
- Brandão, S., & Figueiredo, B. (2012). Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of Advanced Nursing*, 2730-2738.
- Brito, H., Alexandrino, A., Godinho, C., & Santos, G. (2011). Experiência do aleitamento materno. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (5), pp. 209-214.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade - Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In M. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Chalifour, J. (2009). *A INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA - Estratégias de intervenção* (Vol. 2). (G. Toletti, & M. Vieira, Trads.) Loures: Lusodidata.
- Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T., Lau, J., & Ip, S. (21 de October de 2008). Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 149 (8), pp. 565-582.
- Clifford, J., & McIntyre, E. (2008). Who supports breastfeeding? *Breastfeeding Review*, 16 (2), 9-19.
- Clode, N. (2010). Diabetes associada à gravidez. In L. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (4ª ed., pp. 554-565). LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Coffield, K. (2008). The benefits of phone support and home visits: an evaluation of the City of Kingston's Breastfeeding Support Service. *Breastfeeding Review*, 16 (3), 17-21.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2004). *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Madrid: Ergon.
- Couto, G. (2003). *Preparação para o Parto*. Loures: Lusociência.
- DGS. (31 de Janeiro de 2011). Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional. *Norma da DGS N°007/2011*. Portugal.
- DGS. (2011). Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco. *Norma da DGS N° 037/2011*. Lisboa.
- Dias, A., & Queirós, A. (2010). *Estudo "Integração e Continuidade de Cuidados"*. Acedido em Maio de 2013. Disponível em:

- <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/ICC3.pdf>.
- Fazenda, M. (2010). Patologia gastroenterológica. In L. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 597-607). Lisboa: LIDEL Edições Técnicas Lda.
- Félix, T. (2011). *Acreditação dos Hospitais e candidatura a Comunidade Amiga dos Bebés*. Acedido em 05-04.2014. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/ConfAmamentar_TeresaFelix.pdf.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Freese, B. (2004). Betty Neuman, Modelo de Sistemas. In A. Tomey, & M. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed., pp. 335 - 354). Loures: Lusociência.
- George, J. (2000). *TEORIAS DE ENFERMAGEM, Dos Fundamentos à Prática profissional* (4ª ed.). Porto Alegre: ARTMED.
- Gilmore, C., Hall, H., McIntyre, M., Gillies, L., & Harrison, B. (2009). Factors associated with early breastfeeding cessation in Frankston, Victoria: a descriptive study. *Breastfeeding Review*, 17 (2), 13-19.
- Gonzalez, C. (2004). *Manual prático do Aleitamento Materno*. Parede: Mama Mater - Associação.
- Graça, L. (2010). Gravidez prolongada e indução do trabalho de parto. In L. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 481-486). Lisboa: LIDEL - Edições técnicas Lda.
- Graça, L. (2010). Hipertensão arterial na gravidez. In L. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 525-545). Lisboa: LIDEL Edições Técnicas Lda.
- Graça, L. (2010). Monitorização fetal intraparto. In L. Graça, *Medicina Materno-fetal* (pp. 339-355). Lisboa: Lidel.
- Graça, L., & Barros, J. (2010). Morfologia da placenta e dos anexos fetais. In L. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 14-31). Lisboa: LIDEL Edições Técnicas Lda.
- Grassley, J. (2010). Adolescent Mother' Breasfeeding Social Support Needs. *JOGNN*, 39, pp. 713-722.
- Grupo de trabalho para a elaboração do consenso (2011). *Relatório de Consenso sobre a Diabetes e a Gravidez*. Acedido em 04-12-2012. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-de-consenso-sobre-diabetes-e-gravidez.aspx>

- ICM. (2011). *Essential Competencies for basic midwifery practise*. Acedido em 05-04-2013. Disponível em: <http://internacionalmidwives.org>.
- ICM, & FIGO. (2014). *Misoprostol para o tratamento da hemorragia pós-parto em locais de poucos recursos*. Acedido em 17-05-2014. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/ICM-FIGO%20Joint%20Statement%20Portuguese.pdf>
- Kaufman, T. (2007). Evolution of the Birth Plan. *The Journal of Perinatal Education*, 16, Nº 3, 47 - 52.
- Kitsinger, S. (1984). *A experiência do parto*. Instituto Piaget.
- Lee, G. (1997). The concept of "continuity" - what does it mean? In M. Kirkham, & E. Perkins, *REFLECTIONS OF MIDWIFERY* (pp. 1-25). Inglad: W B Saunders Company Ltd.
- Lei nº 7/2009 de 12 de Fevereiro. (2009). Aprovação do Código de Trabalho. *Diário da República 1ª Série*, Nº 30 (12-02-2009), 926-1029.
- Lei nº 9/2009 de 4 de Março (2009). Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. *Diário da República 1ª Série*, Nº44 (04-03-2009), 1466-1530.
- Leite, J. (2012). *Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal*. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Lothian, J. (2011). Lamaze Breathing: What Every Pregnant Woman Needs to Know. *The Journal of Perinatal Education*, 20 (2), 118-120.
- Lowdermilk, D. (2008). Cuidados de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e Parto. In D. Lowdermilk, & S. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (pp. 414-477). Loures: Lusodidacta.
- Luna, M., Alonso, C., Mussons, F., Urcelay, I., Conde, J., Narbona, E., & Sociedad Española de Neonatología, C. (4 de Julho de 2009). Recomendaciones para

- el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*, 71 (4), pp. 349-361.
- Machado, M. (2010). Anomalias do trabalho de parto. In L. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (4ª ed., pp. 329-338). Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Mannel, R., Martens, P., & Walker, M. (2011). *Manual Prático para Consultores de Lactação* (2ª ed.). (M. Pimentel, H. Aguiar, & G. Megre, Trads.) Loures: Lusociência.
- Matias, N. (2010). Ultrassonografia em Medicina Materno-Fetal. In L. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 183-215). Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas Lda.
- McDonald, S., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. (2013). *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review)*. JohnWiley & Sons, Ltd.
- McInnes, R., & Chambers, J. (2008). Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *JAN Review Paper*, 407-427.
- Menget, A., Mougey, C., Thiriez, G., & Riethmuller, D. (2013). Inté're t du clampage retarde´ du cordon ombilical chez le nouveau-ne's. *Archives de Pediatrie*, 20, pp. 1022-1027.
- Moore, E., Anderson, G., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review)*. JohnWiley & Sons, Ltd.
- New Zealand College of Midwives. (2005). Foetal Monitoring in Labour - Consensus Statement.
- Noonan, M. (2011). Breastfeeding: Is my baby getting enough milk? *British Journal of Midwifery*, 19 (2), 82-89.
- Nunes, S., & Ayres-de-Campos, D. (2008). Electrocardiografia fetal intraparto. *Acta Obstet Ginecol Port*, 2 (4), pp. 178-184.
- OE. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Acedido em 04-05-2013. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/CIPE%C2%AE2011disponivelparaconsulta.aspx>
- OE. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa, Portugal. Acedido em 18-12-2012. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

- OE. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa, Portugal. Acedido em 18-12-2012. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- OE. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal - uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2014). *Projeto Maternidade com Qualidade – Indicadores de evidência e medidas do projeto*. Acedido em 23-04-2014. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>
- OE. (2014). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*. Acedido em 23-04-2014. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>.
- OE. (2014). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. *Efetivar a ingestão ao longo do trabalho de parto, segundo diretrizes da OMS*. Acedido em 23-04-2014. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>.
- OE. (2014). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. *Realizar precocemente contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno*. Acedido em 23-04-2014. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>.

- OMS. (2005). *Cuidados hospitalares para crianças: normas para o manejo de doenças frequentes com recursos limitados*. Portugal: Europress Ltd. Acedido em 29-03-2014. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9788536311678_por.pdf
- OMS. (2005). *Hemorragia Pós-Parto. Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica*. OMS.
- Orfão, A. (2005). MAMA MATER - Associação de Aleitamento Materno de Portugal: os primeiros mil casos. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, nº 6, 51-52.
- Orfão, A., Santos, A., Gouveia, C., & Santos, C. (2014). *Registo do Aleitamento Materno. Relatório Janeiro a Dezembro 2013*. Direção-Geral da Saúde/Mama Mater. Acedido em 18-10-2014. Disponível em:
<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013.aspx>.
- Oxford Centre for Evidence-based Medicine. (2009). Acedido em 05-04-2013. Disponível em: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem* (3ª ed.). Lisboa: Grafilarte.
- Pereira, M. (2006). *ALEITAMENTO MATERNO - Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação - Resultados de um Estudo Experimental*. Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- PORDATA. (11-12-2013). Acedido em 13-08-2014. Disponível em www.pordata.pt:
[http://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](http://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985)
- RCOG. (2008). Obtaining Valid Consent. *Clinical Governance Advice No. 6*. Acedido em 14-08-2014. Disponível em:
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/clinical-governance-advice/cga6-15072010.pdf>

- Regulamento Nº 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República 2ª Série*, Nº 35 (18-02-2011), 8662-8666.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81-90.
- Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., & Dykes, F. (Março de 2011). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. *BIRTH*, 38 (1), pp. 49-60.
- Serrano, P. (2004). *Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos* (2ª Edição ed.). Lisboa: Relógio D'Água.
- Smith, C., Collins, C., Cyne, A., & Crowther, C. (2010). *Complementary and alternative therapies for pain management in labour (Review)*. JohnWiley & Sons, Ltd.
- Sousa, P., Frade, M., & Mendonça, D. (2005). Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo Delphi. *Acta Paul Enfermagem*, 18 (4), 368-381.
- Sundström, A., Rosén, D., & Rosén, K. (2005). Fetal surveillance. [s.l.] Neoventa Medical AB.
- Tamagawa, K., & Weaver, J. (2012). Analysing adverse effects of epidural analgesia in labour. *British Journal of Midwifery*, 20 (10), 704-708.
- Tappin, D., Britten, J., Broadfoot, M., & McInnes, R. (2006). The effect of health visitors on breastfeeding in Glasgow. *International Breastfeeding Journal*, 1-9.
- Tavares, H. (2008). *Articulação de Cuidados de Enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde no âmbito dos Cuidados Continuados*. Dissertação de Mestrado. Apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Acedido em 11-05-2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/7172>
- Unicef. (1991). *The Baby Friendly Hospital Initiative*. Acedido a 05-04-2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>
- Unicef, & OMS. (2007). ACONSELHAMENTO EM AMAMENTAÇÃO: Um curso de treino. *Manual do participante*. Porto.

- Unicef, & OMS. (2009). INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA. *Revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 3 - Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança: Curso de 20 horas para Equipas de Maternidade*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Volta, A. (2009). *APGAR 12 - Para una experiencia positiva del nacimiento*. Madrid: Mandala Ediciones.
- Westhoff, G., Cotter, A., & Tolosa, J. (2013). *Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage (Review)*. John Wiley & Sons, Ltd.
- WHO. (1989). *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services*. Geneva. Acedido em 05-04-2013. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241561300.pdf?ua=1>
- WHO. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Acedido em 07-03-2013. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/
- WHO. (1998). Evidence for the Ten Steps for Successful Breastfeeding. Geneva. Acedido em 05-04-2013. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_eng.pdf
- WHO. (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child feeding*. Acedido em 05-04-2013. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf?ua=1>
- WHO. (2006). *Managing prolonged and obstructed labour*. Acedido em 12-03-2013. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/3_9241546662/en/
- WHO. (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students*. Geneva: WHO Library. Acedido em 17-05-2013. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf
- WHO. (2010). Custos das cesarianas. Acedido em 14-08-2014. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>

WHO. (2012). Guidelines on BASIC NEWBORN RESUSCITATION. Acedido em 29-03-2014. Disponível em:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/basic_newborn_resuscitation/en/

WHO. (2013). *Essencial Nutrition Actions: Improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition*. Acedido em 12-12-2013. Disponível em:

http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/

ANEXOS

Anexo I – Autorização do ACES

Para: 'Susana Letras ACES AR' Cc: Saúde Materna CS Moita Assunto:

FW: Pedido de autorização ao Exmo. Sr. Director Executivo Dr. Paulo Espiga, com o conhecimento da Sra. Enfermeira Vogal Ana Maia, para colheita de dados em Ensino Clínico, relacionada com o desenvolvimento do projeto individual do Curso de Mestrado em Enf

Esta aluna encontra-se a fazer estágio clínico na UCSP Moita e por mim está autorizada a poder efetuar recolha de dados necessários para a elaboração da sua Tese de mestrado. Para não se atrasar o processo dou pessoalmente a informação à aluna em causa.

Sem mais de momento

Atenciosamente

Ana Cristina Maia Enfermeira Vogal UCSP - Moita

Anexo II – Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar

À Comissão de
Ética para os
devidos efeitos
14/3/2014
Leonor

Ao Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Barreiro Montijo

A/C: Exmo. Sr. Director Clínico
Enfermeira Directora

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados em Ensino Clínico, no contexto de Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria

Data: 17.02.2014

Cheila Maria Clara Rodrigues Simões Santos, estudante nº 4713 a frequentar 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar a V. Exa., autorização para, no âmbito do seu projeto em desenvolvimento e no estágio com relatório a decorrer no bloco de partos do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, a partir de 19 de Fevereiro de 2014, proceder à colheita de dados da seguinte forma:

- Durante o trabalho de parto, a parturientas e recém-nascidos sem patologia e partos eutócicos;
- Junto do perito em aconselhamento em aleitamento materno;

Tema do projecto: Cuidados de continuidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria, à diáda e família, no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério.

Objective: Adquirir e desenvolver competências específicas como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna obstétrica e ginecológica de acordo com o definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela International Confederation of Midwives (ICM) junto do cliente/sistema

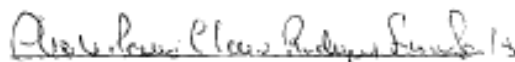
(mulher/recém-nascido/família, inseridos numa comunidade), contribuindo para a continuidade dos cuidados no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério, respeitando as suas decisões, cultura e crenças.

Métodos para a colheita de dados: observação participante (durante o trabalho de parto e puerpério imediato) e entrevista semi-estruturada (aos peritos em aconselhamento em aleitamento materno). Para a entrevista, será utilizado um guião que segue em anexo.

Após o consentimento voluntário e verbal, depois do esclarecimento sobre o motivo da entrevista, garante a protecção do anonimato e a confidencialidade de dados.

Todos os dados colhidos serão tratados de forma confidencial, codificando o nome das famílias. Os resultados poderão ser apresentados mais tarde, nunca sendo identificados individualmente.

Grata pela vossa atenção, pede deferimento


Cheila Maria Claro Rodrigues Simões Santos

HNSR, EPE BARBEIRO	
N.º	2865
Pasta n.º	6380
Data	17/2/14
Ass:	JP

Handwritten note:
Manda o ofício
Cheila
2014.02.15

Tomei conhecimento,
nao a opçõ de ser
criada a traze a
funçõ de E-f Responsã
do Serviçõ.
24/3/2014

Luiza Luz
Luiza Luz
Enfermeira Diretora

Tomei conhecimento, nada
a opçõ, de passar depois
dees se apresentas
o relatõs a o juizo.
Enfo Conde-nado
Justificando
14/03/2014

COMISSÃO DE ÉTICA
Cópia anexa com a do etico
~~de etica com a do etico~~
com a do etico
Data 24/3/2014

14-03-2014

Reconhecimento e/
os cuidados no subscrito
para obtenção de parecer
22/03/2014 Luísa Luz
Enfermeira Diretora

Memorando // Nota interna n.º: 14/2014

Data: 21 / 03 / 2014

De: Comissão de Ética para a Saúde

Para: Exmo. Sr. Dr. João Silveira Ribeiro - Presidente do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização para efetuar recolha de dados

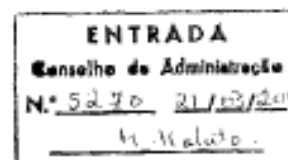
Em vinte e um de março de dois mil e catorze reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. que apreciou um pedido de autorização para recolha de dados no âmbito de um trabalho académico intitulado "Cuidados de continuidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO), à diade e família, no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parte e puerpério" a desenvolver por Cheila Maria Claro Rodrigues Simões Santos, aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Face aos documentos apresentados a Comissão de Ética deliberou ser necessário a requerente anexar o conteúdo do estudo, objectivos e método da colheita de dados, a população alvo, entrevista e declaração de consentimento informado.

Com os melhores cumprimentos



(Filomena Veiga, Dr.ª)

(Vice-Presidente da CES)



APÊNDICES

Apêndice I – Caracterização do Bloco de Partos

CARACTERIZAÇÃO DO BLOCO DE PARTOS

O estágio com relatório foi realizado no bloco de partos de uma instituição que promove protege e apoia o aleitamento materno, que cumpre os dez passos estabelecidos pela Unicef para um “Hospital Amigo dos Bebés” (Unicef, 1991). Neste contexto, no seu espaço físico encontra-se afixada a política definida pela instituição sobre o aleitamento materno, a maioria dos enfermeiros tem formação em aconselhamento em aleitamento materno, estando toda a equipa sensibilizada para os seus benefícios. Desta forma, contribuem para a continuidade dos cuidados prestados, intervindo ao nível da prevenção primária promovendo o contacto pele a pele, adaptando os recém-nascidos à mama na primeira hora de vida, com exceção das situações definidas como contra-indicação à amamentação (Gonzalez, 2004; WHO, 2009; Unicef & OMS, 2009), demonstrando e treinando como colocar um bebé a mamar, lidar com características do “CORE” das clientes como morfologia da mama e mamilo, considerando as suas linhas de resistência em relação a habilitações académicas e cultura, e avaliando a presença de stressores ao nível das suas variáveis, intervindo em benefício da linha flexível de defesa. Importa referir o esforço realizado pela equipa, na utilização dos registos como um stressor extrapessoal positivo, para a continuidade dos cuidados, inclusivé no apoio ao aleitamento materno.

A sua estrutura física constitui um stressor extrapessoal positivo, pois possibilita a presença de uma pessoa significativa, durante os 4 estádios do trabalho de parto., valorizando a privacidade das clientes nas 7 salas de parto individuais e no recobro existente, que apesar de possibilitar a permanência e vigilância de duas clientes, é utilizado como retaguarda no período de puerpério imediato das clientes submetidas a cesariana, ou quando é necessário disponibilizar as salas de parto para as clientes que se encontram em trabalho de parto. Outros stressores extrapessoais positivos a referir, dizem respeito à presença de luz natural em 4 das salas de parto, havendo em todas várias opções de intensidade de luminosidade artificial, cama articulada para parto, 4 delas eléctricas, televisor, possibilidade de utilização de musicoterapia de forma individualizada, bola de nascimento e zona de chuveiro. Esta última pode funcionar como um stressor negativo, uma vez que por

vezes é insuficiente para dar resposta às intervenções planeadas, relacionadas com a higiene e conforto das clientes e o alívio do seu desconforto relacionado com o trabalho de parto. Também a vigilância e manutenção do bem-estar materno-fetal são assegurados em todas as salas através de monitorização cardiotocográfica, existindo para utilização quando necessário, berço aquecido com zona para material de reanimação neonatal e equipamento para vigilância de sinais vitais.

A formação especializada da equipa de enfermagem e médica constitui um stressor positivo interpessoal, estando também disponível durante as 24 horas, médicos especialistas em anestesia e pediatria.

Apêndice II – Planejamento do trabalho para o estágio em bloco de partos e urgência obstétrica e ginecológica

PLANEAMENTO DO TRABALHO

Inerente ao plano de trabalho apresentado em seguida, foi definido como objectivo geral:

Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais como EEESMO, essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/recém-nascido/família, que vivencia processos de saúde/doença obstétrica ou ginecológica, durante os quatro estádios do trabalho de parto, contribuindo para vivências positivas e para uma transição para a parentalidade saudável, respeitando crenças e cultura.

Quadro - Planeamento do trabalho para o estágio em bloco de partos e urgência obstétrica e ginecológica

OBJETIVO	Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal durante o período pré-natal em contexto de urgência obstétrica ou ginecológica	
ACTIVIDADES A DESENVOLVER		PROCESSOS DE TRABALHO
Acolhimento à mulher/acompanhante, que recorre à urgência obstétrica ou ginecológica. Estabelecimento de relação terapêutica, de confiança e apoio emocional. Realização de entrevista para identificação das necessidades de cuidados e respectivo esclarecimento. Avaliação geral (observação física, avaliação de parâmetros vitais e estado psico-emocional). Avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal, de acordo com a idade gestacional: AFU, ABCF, estática fetal com recurso às manobras de Leopold, cardiotocografia, cervicometria e pelvimetria. Identificação de situações de abortamento, intervenção de enfermagem especializada e encaminhamento das situações que ultrapassam a área de intervenção do EEESMO. Avaliação de resultados de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente análises clínicas e ecografias (ginecológica e obstétrica). Identificação dos diagnósticos de enfermagem. Planeamento e implementação das intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades identificadas e		Pesquisa bibliográfica. Comunicação verbal e não verbal. Entrevistas no âmbito da consulta de enfermagem. BSG Suporte informático para registos.

	<p>respectiva avaliação.</p> <p>Obtenção do consentimento tácito por parte da grávida/acompanhante, para a prestação de cuidados, após negociação prévia.</p> <p>Realização de educação para a saúde segundo as necessidades identificadas</p> <p>Implementação do regime terapêutico farmacológico, segundo prescrição médica.</p> <p>Realização de registos de enfermagem e transmissão oral de informação pertinente, indispensáveis para a continuidade de cuidados.</p> <p>Transferência da grávida para o serviço de obstetrícia, caso se verifique o seu internamento.</p>	
<p>APLICABILIDADE DA EVIDÊNCIA NA PRÁTICA</p>	<p>Uma assistência de excelência implica a prestação de cuidados obstétricos de urgência com qualidade, devendo estes ser acessíveis a todas as mulheres, independentemente da sua cidadania ou estatuto, respeitando as suas convicções e opções (APEO, 2009).</p> <p>De acordo com o Regulamento de competências Específicas do EEESMOG, compete ao EEESMO prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal/família que vivencia processos de saúde/doença ginecológica, durante o período pré-natal e em situações de abortamento, diagnosticando precocemente, prevenindo complicações e referenciando as situações que ultrapassam a sua área de atuação (DR, 2ª Série, 2011).</p>	
<p>OBJETIVO</p>	<p>Prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/acompanhante, durante os 4 estádios do trabalho de parto.</p>	
<p>ACTIVIDADES A DESENVOLVER</p>		<p>PROCESSOS DE TRABALHO</p>
<p>Acolhimento à mulher/acompanhante, internada no bloco de partos.</p> <p>Estabelecimento de relação terapêutica e apoio emocional.</p> <p>Consulta do BSG e identificação da vigilância pré-natal efectuada.</p> <p>Realização de entrevista para identificação das suas expectativas e receios (plano de parto, caso possua), realização de CPP e necessidades de cuidados.</p> <p>Colaboração com a mulher/acompanhante na sua decisão sobre a presença de acompanhante durante o TP.</p> <p>Identificação do projeto do casal, para a alimentação do RN.</p> <p>Negociação do processo de cuidados, considerando a mulher/acompanhante, como parte integrante da equipa.</p> <p>Avaliação geral (observação física, avaliação de parâmetros vitais e do estado psico-emocional).</p> <p>Avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal: estática fetal com recurso às manobras de Leopold,</p>		<p>Revisão da literatura sobre temáticas relacionadas com o trabalho de parto e parto, parto normal, puerpério imediato e transição para a parentalidade.</p> <p>Processo clínico e BSG.</p> <p>Notícia de nascimento.</p> <p>Ficha de ligação sobre</p>

cardiotocografia, cervicometria e pelvimetria, nível da apresentação, estado das membranas/características do líquido amniótico.

Vigilância da progressão do TP, avaliando sinais e sintomas.

Identificação de situações de risco materno-fetais, nomeadamente alterações da FCF, contractilidade uterina, distócia mecânica ou dinâmica, alterações dos parâmetros vitais da parturiente, e encaminhamento das mesmas.

Avaliação de resultados de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente análises clínicas e ecografias (ginecológica e obstétrica).

Avaliação e registo da dor, com recurso a escala numérica.

Instrução da grávida/acompanhante sobre medidas para controle do desconforto/dor associado ao TP e seus benefícios.

Informação da grávida/acompanhante sobre a possibilidade de ingestão de líquidos e alimentos leves, de acordo com protocolo existente no bloco operatório.

Implementação de regime terapêutico farmacológico prescrito.

Colaboração na colocação de cateter para analgesia epidural.

Realização de amniotomia, em caso de haver indicação.

Orientação durante o segundo estágio do TP e incentivo à realização de esforços expulsivos.

Colaboração com a parturiente no nascimento de RN de termo, nas situações de parto eutócico, promovendo o parto normal.

Realização de episiotomia, em caso de risco de laceração perineal grave, ou risco relacionado com o bem-estar fetal.

Realização de perineorrafia, quando necessária.

Avaliação da ocorrência de circular cervical e atuação em conformidade.

Incentivo e implementação de procedimentos facilitadores da adaptação à vida extra-uterina e benéficos para a saúde da mãe e do bebé: Laqueação do cordão umbilical ao deixar de pulsar, caso não haja contraindicação, contacto pele a pele, tentativa de amamentar na primeira hora de vida.

Colaboração com a equipa, nas situações de distócia.

Realização de colheita de sangue do cordão umbilical, para determinação do grupo de sangue do RN e teste de Coombs direto, caso o grupo sanguíneo materno seja 0 ou Rh negativo, ou para preservação das células estaminais.

Avaliação do processo de involução uterina e realização de expressão uterina: vigilância da formação do globo de aleitamento materno.

segurança de Pinard e das perdas hemáticas.
 Realização de dequitação natural e manual, vigilância da integridade das membranas e cotilédones e do cordão umbilical.
 Promoção do processo de vinculação da tríade mãe/pai/RN, contribuindo para uma transição para a parentalidade saudável.
 Instrução da puérpera/casal sobre os sinais de prontidão, pega, posicionamento do RN e da mãe, necessidades alimentares do RN e benefícios da amamentação.
 Orientação da puérpera/casal para o apoio profissional que terá durante o puerpério.
 Vigilância da puérpera, durante o puerpério imediato (estado de consciência, parâmetros vitais, perdas hemáticas) e prestação dos primeiros cuidados perineais.
 Realização de registos de enfermagem no processo clínico convencional (incluindo notícia de nascimento e ficha de ligação sobre o aleitamento materno, existente na instituição) e em suporte informático, contribuindo para a continuidade de cuidados.
 Transferência da díade puérpera/RN para o serviço de obstetrícia, após o período de puerpério imediato.

<p>APLICABILIDADE DA EVIDÊNCIA NA PRÁTICA</p>	<p>Segundo a OE e a APEO (APEO, 2009), são considerados princípios promotores da saúde e bem-estar das mães e dos seus bebés, o respeito pela sua privacidade e dignidade, o acesso a informação completa, adequada e imparcial, baseada em evidência científica e que contribua para que tome decisões esclarecidas. A possibilidade de escolher a presença de pessoas significativas, além de poder contactar precocemente com a família. O acesso a métodos farmacológicos e não farmacológicos para controle do desconforto/dor durante o trabalho de parto e parto, considerando a avaliação científica realizada pelo profissional de saúde. A promoção do auto-cuidado e empoderamento da mulher, como medida de promoção da saúde e do parto normal.</p> <p>O projeto Maternidade com Qualidade desenvolvido pela OE, operacionaliza através dos seus indicadores de medida, o que a evidência demonstra, ao nível da hidratação/ingestão durante o trabalho de parto, o recurso a medidas não farmacológicas para o controle da dor e à utilização de posições alternativas à posição de litotomia, durante o trabalho de parto, e à episiotomia na prática clínica, a amamentação na primeira hora de vida do RN (OE, 2014).</p>	
<p>OBJETIVO</p>	<p>.Prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, promovendo a sua adaptação à vida extra-uterina</p>	
<p>ACTIVIDADES A DESENVOLVER</p>		<p>PROCESSOS DE TRABALHO</p>

<p>Promoção e estabelecimento do contacto pele a pele, imediatamente após o nascimento e secar o RN, contribuindo para a estabilização dos seus parâmetros vitais (FC, FR e temperatura corporal), para o desenvolvimento do vínculo precoce e para o início precoce da amamentação, de acordo com negociação prévia com a grávida/parturiente.</p> <p>Avaliação do índice de Apgar ao 1º, 5º e se necessário 10º minuto de vida.</p> <p>Identificação do RN com pulseira electrónica e pulseira de identificação idêntica à da mãe.</p> <p>Promoção da amamentação na primeira hora de vida.</p> <p>Avaliação física do RN.</p> <p>Aspiração da cavidade oral e orifícios nasais, apenas nas situações em que se justifique (dificuldade na desobstrução da via aérea, pela presença de excesso de muco).</p> <p>Deteção de alterações físicas ou complicações, referenciando as situações que ultrapassam a sua área de atuação.</p> <p>Avaliação ponderal do RN.</p> <p>Cuidados ao coto umbilical (laqueação e confirmação do número de vasos).</p> <p>Administração intramuscular de vitamina K.</p> <p>Manobras de reanimação neonatal, em caso de necessidade e de acordo com cada situação: limpeza e manutenção da via aérea, monitorização da saturação de oxigénio, massagem cardíaca e colaboração na entubação endotraqueal.</p> <p>Apoio psico-emocional do casal e informação adequada a cada situação.</p> <p>Realização de registos de enfermagem no processo clínico (incluindo notícia de nascimento e ficha de ligação sobre o aleitamento materno, existente na instituição), contribuindo para a continuidade de cuidados.</p>	<p>Revisão da literatura sobre cuidados imediatos ao RN, índice de Apgar, avaliação física do RN e reanimação neonatal.</p> <p>Processo clínico do RN.</p> <p>Notícia de nascimento.</p> <p>Ficha de ligação sobre aleitamento materno, utilizada na instituição.</p>
--	---

<p>APLICABILIDADE DA EVIDÊNCIA NA PRÁTICA</p>	<p>A avaliação inicial do RN pode ser realizada enquanto este se encontra em contacto pele a pele com a mãe, ou nos casos em que este contacto não se verifica (recusa da mãe), enquanto o enfermeiro limpa e veste o RN (Alden, 2006).</p> <p>O índice de Apgar permite uma avaliação sistematizada de cinco parâmetros físicos, representativos das condições clínicas do RN (Volta, 2009).</p> <p>Sendo um momento íntimo, o momento do parto deve contribuir para o desenvolvimento de auto-confiança e relaxamento da parturiente, criando as condições ideais para a estabilização do RN, adaptação à vida extra-uterina e para o estabelecimento do vínculo afectivo com os pais (Luna, et al., 2009). Também é recomendável o estabelecimento precoce de uma relação de confiança entre a parturiente/casal e a equipa de</p>
--	---

	<p>profissionais responsável pelos cuidados a prestar, que facilite o esclarecimento antecipado das fases de adaptação à vida extra-uterina, do estabelecimento do vínculo, do início da alimentação do RN e dos cuidados imediatos a prestar ao RN (Luna, et al., 2009).</p> <p>A administração de vitamina K após o nascimento é a forma mais eficaz e segura de prevenir o desenvolvimento da doença hemorrágica do RN (Luna, et al., 2009).</p>				
OBJETIVO	Adquirir e desenvolver competências relacionadas com a prestação de cuidados de continuidade no apoio ao aleitamento materno exclusivo, junto da parturiente, puérpera, acompanhante e RN, durante o trabalho de parto e puerpério imediato, respeitando as suas decisões, crenças e cultura.				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">ACTIVIDADES A DESENVOLVER</th> <th style="width: 30%;">PROCESSOS DE TRABALHO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>Identificação das expectativas da mulher/casal, em relação ao seu parto, conhecendo o seu plano de parto (caso exista).</p> <p>Aconselhamento da mulher/casal sobre as práticas de parto facilitadoras da amamentação: presença de um acompanhante, ingestão de líquidos e alimentos leves, estratégias para controle do desconforto/dor relacionado com o TP, contacto pele a pele, tentativa de amamentar na primeira hora de vida.</p> <p>Clampagem do cordão umbilical ao deixar de pulsar, caso não haja contraindicação.</p> <p>Colocação do RN em contacto pele a pele desde o 3º estágio do trabalho de parto, de acordo com a decisão da parturiente</p> <p>Colocação do RN à mama na primeira hora de vida, respeitando a decisão da puérpera.</p> <p>Educação para a saúde sobre sinais de prontidão, pega, posição do RN e da puérpera</p> <p>Através de observação participante, identificação e registo em instrumento construído para o efeito, dos cuidados de continuidade e dos agentes de stress relacionados com o apoio à amamentação exclusiva, a puérperas e RN sem patologia, de partos eutócicos em que for co-responsável e em que tenha havido a decisão de amamentar</p> <p>Realização de entrevistas telefónicas às mesmas puérperas, no final da primeira semana e do primeiro mês após o parto, identificando na sua perspectiva, os cuidados de continuidade prestados por profissionais de saúde, no apoio ao aleitamento materno e os agentes de stress relacionados com o mesmo.</p> <p>Realização de 2 entrevistas semi-estruturadas a 2 EEESMO prestadores de cuidados especializados hospitalares, de preferência conselheiros em aleitamento materno, identificando na sua perspectiva, os cuidados de continuidade prestados por profissionais de saúde, no apoio ao aleitamento materno e os agentes de stress relacionados com o mesmo.</p> </td> <td> <p>Revisão da literatura sobre aleitamento materno e cuidados de continuidade no apoio ao aleitamento materno.</p> <p>Comunicação verbal e não verbal.</p> <p>Processo clínico.</p> <p>BSG.</p> <p>Notícia de nascimento.</p> <p>Pedido de autorização para colheita de dados e entrevistas a profissionais (Apêndice XIV).</p> <p>Termos de consentimento esclarecido, para colheita de dados da prestação de cuidados e entrevista telefónica de enfermagem (Apêndices XV e XVI)</p> </td> </tr> </tbody> </table>		ACTIVIDADES A DESENVOLVER	PROCESSOS DE TRABALHO	<p>Identificação das expectativas da mulher/casal, em relação ao seu parto, conhecendo o seu plano de parto (caso exista).</p> <p>Aconselhamento da mulher/casal sobre as práticas de parto facilitadoras da amamentação: presença de um acompanhante, ingestão de líquidos e alimentos leves, estratégias para controle do desconforto/dor relacionado com o TP, contacto pele a pele, tentativa de amamentar na primeira hora de vida.</p> <p>Clampagem do cordão umbilical ao deixar de pulsar, caso não haja contraindicação.</p> <p>Colocação do RN em contacto pele a pele desde o 3º estágio do trabalho de parto, de acordo com a decisão da parturiente</p> <p>Colocação do RN à mama na primeira hora de vida, respeitando a decisão da puérpera.</p> <p>Educação para a saúde sobre sinais de prontidão, pega, posição do RN e da puérpera</p> <p>Através de observação participante, identificação e registo em instrumento construído para o efeito, dos cuidados de continuidade e dos agentes de stress relacionados com o apoio à amamentação exclusiva, a puérperas e RN sem patologia, de partos eutócicos em que for co-responsável e em que tenha havido a decisão de amamentar</p> <p>Realização de entrevistas telefónicas às mesmas puérperas, no final da primeira semana e do primeiro mês após o parto, identificando na sua perspectiva, os cuidados de continuidade prestados por profissionais de saúde, no apoio ao aleitamento materno e os agentes de stress relacionados com o mesmo.</p> <p>Realização de 2 entrevistas semi-estruturadas a 2 EEESMO prestadores de cuidados especializados hospitalares, de preferência conselheiros em aleitamento materno, identificando na sua perspectiva, os cuidados de continuidade prestados por profissionais de saúde, no apoio ao aleitamento materno e os agentes de stress relacionados com o mesmo.</p>	<p>Revisão da literatura sobre aleitamento materno e cuidados de continuidade no apoio ao aleitamento materno.</p> <p>Comunicação verbal e não verbal.</p> <p>Processo clínico.</p> <p>BSG.</p> <p>Notícia de nascimento.</p> <p>Pedido de autorização para colheita de dados e entrevistas a profissionais (Apêndice XIV).</p> <p>Termos de consentimento esclarecido, para colheita de dados da prestação de cuidados e entrevista telefónica de enfermagem (Apêndices XV e XVI)</p>
ACTIVIDADES A DESENVOLVER	PROCESSOS DE TRABALHO				
<p>Identificação das expectativas da mulher/casal, em relação ao seu parto, conhecendo o seu plano de parto (caso exista).</p> <p>Aconselhamento da mulher/casal sobre as práticas de parto facilitadoras da amamentação: presença de um acompanhante, ingestão de líquidos e alimentos leves, estratégias para controle do desconforto/dor relacionado com o TP, contacto pele a pele, tentativa de amamentar na primeira hora de vida.</p> <p>Clampagem do cordão umbilical ao deixar de pulsar, caso não haja contraindicação.</p> <p>Colocação do RN em contacto pele a pele desde o 3º estágio do trabalho de parto, de acordo com a decisão da parturiente</p> <p>Colocação do RN à mama na primeira hora de vida, respeitando a decisão da puérpera.</p> <p>Educação para a saúde sobre sinais de prontidão, pega, posição do RN e da puérpera</p> <p>Através de observação participante, identificação e registo em instrumento construído para o efeito, dos cuidados de continuidade e dos agentes de stress relacionados com o apoio à amamentação exclusiva, a puérperas e RN sem patologia, de partos eutócicos em que for co-responsável e em que tenha havido a decisão de amamentar</p> <p>Realização de entrevistas telefónicas às mesmas puérperas, no final da primeira semana e do primeiro mês após o parto, identificando na sua perspectiva, os cuidados de continuidade prestados por profissionais de saúde, no apoio ao aleitamento materno e os agentes de stress relacionados com o mesmo.</p> <p>Realização de 2 entrevistas semi-estruturadas a 2 EEESMO prestadores de cuidados especializados hospitalares, de preferência conselheiros em aleitamento materno, identificando na sua perspectiva, os cuidados de continuidade prestados por profissionais de saúde, no apoio ao aleitamento materno e os agentes de stress relacionados com o mesmo.</p>	<p>Revisão da literatura sobre aleitamento materno e cuidados de continuidade no apoio ao aleitamento materno.</p> <p>Comunicação verbal e não verbal.</p> <p>Processo clínico.</p> <p>BSG.</p> <p>Notícia de nascimento.</p> <p>Pedido de autorização para colheita de dados e entrevistas a profissionais (Apêndice XIV).</p> <p>Termos de consentimento esclarecido, para colheita de dados da prestação de cuidados e entrevista telefónica de enfermagem (Apêndices XV e XVI)</p>				

	<p>Realização de registos de enfermagem (incluindo notícia de nascimento e ficha de ligação sobre o aleitamento materno, existente no CHBM), contribuindo para a continuidade de cuidados.</p> <p>Pedido de autorização ao Conselho de Administração da instituição, para a realização de colheita de dados, através de entrevistas e observação participante (Apêndice XIV).</p> <p>Pedido de autorização a puérperas, para a realização de colheita de dados decorrente da prestação de cuidados e entrevistas telefónicas de enfermagem (Apêndices XV e XVI).</p>	<p>Instrumento para registo de observação participante e entrevistas telefónicas (Apêndice VII).</p> <p>Guião para entrevistas semi-estruturadas às clientes e aos profissionais (Apêndices VIII e XII).</p>
<p>APLICABILIDADE DA EVIDÊNCIA NA PRÁTICA</p>	<p>No que diz respeito à alimentação infantil, as recomendações da OMS (WHO, 2009) sobre o início precoce da amamentação, a sua manutenção em exclusivo durante os primeiros seis meses de vida e continuamente após a diversificação alimentar até aos dois anos de vida, pressupõe um acompanhamento contínuo destas práticas, junto das famílias, ao longo do tempo. As suas recomendações incluem a adoção de estratégias durante o trabalho de parto, que contribuem para o empoderamento da mulher e para o desenvolvimento de auto-confiança em relação à sua capacidade para alimentar o seu filho, nomeadamente a presença de um acompanhante que proporcione apoio emocional, o controle do desconforto/dor através de medidas não farmacológicas, vitando os efeitos dos analgésicos sobre o bebé, a ingestão de alimentos leves e líquidos prevenindo desequilíbrios electrolíticos e perda ponderal excessiva no RN (excepto nas situações com indicação médica para a administração de fluidos intravenosos), o recurso à episiotomia apenas quando há risco de ocorrerem lacerações graves, a laqueação tardia do cordão umbilical, contribuindo para o aumento da volémia e das reservas de ferro no RN, o contacto pele a pele ininterrupto, durante pelo menos uma hora após o nascimento, proporcionando benefícios de carácter afetivo, metabólico, térmico, hemodinâmico, imunitário e alimentar, e a assistência à díade, na primeira tentativa de mamada, na primeira hora de vida e eventualmente na segunda (Unicef & OMS, 2009).</p>	
<p>OBJETIVO</p>	<p>Desenvolver a prática reflexiva, relacionada com a intervenção do EEESMO, na prestação de cuidados de enfermagem especializados a mulheres, grávidas, puérperas, recém-nascidos e suas famílias, que recorrem ao serviço de urgência obstétrica/ginecológica, ou que são internadas no bloco de partos.</p>	
<p>ACTIVIDADES A DESENVOLVER</p>		<p>PROCESSOS DE TRABALHO</p>

	<p>Análise e reflexão das práticas com a EEESMO orientadora local e com a Professora. orientadora do estágio com relatório.</p> <p>Análise e reflexão das práticas, durante os momentos de auto-avaliação, avaliações formativas e final.</p> <p>Realização de dois jornais de aprendizagem e de um relatório de estágio que inclua análise de práticas e uma reflexão sobre a sua intervenção como futura EEESMO.</p>	<p>Revisão da literatura para uma prática baseada na evidência.</p> <p>Comunicação verbal e escrita.</p> <p>Jornais de aprendizagem</p> <p>Relatório de estágio</p> <p>Auto-avaliações e avaliações formais</p>
<p>APLICABILIDADE DA EVIDÊNCIA NA PRÁTICA</p>	<p>Segundo Rycroft-Malone, et al. (2004), para o desenvolvimento de uma prática reflexiva, devem ser consideradas várias fontes de evidência consideradas credíveis e não só a que provém da investigação. Na realidade, os profissionais utilizam múltiplas fontes de conhecimento na sua prática e na sua interação com os utentes. O verdadeiro desafio está em combinar os diferentes tipos de evidência na prática e compreender como é que a sua articulação pode ser facilitada e realizada com rigor, no contexto dos cuidados de saúde (Rycroft-Malone, et al., 2004).</p> <p>A reflexão e análise das práticas devem ser valorizadas e consideradas pela gestão corrente, como parte integrante do desempenho das equipas de saúde. Assim, o EEESMO deve considerar estes momentos, fundamentais para o seu crescimento profissional, assim como do grupo, surgindo como oportunidades de adquirir conhecimentos e partilhar experiências, necessários na prestação de um serviço de saúde de excelência.</p>	

Apêndice III – Planeamento do trabalho sobre a problemática seleccionada

Quadro - Planeamento de trabalho sobre a problemática selecionada

PLANEAMENTO DE TRABALHO		
Continuidade de cuidados do EEESMO à díade/família no apoio ao aleitamento materno durante o trabalho de parto e puerpério		
<p>Competência Nº 4 (ICM) – As parteiras prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.</p>		
<p>Competência 3 (OE) – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;</p> <p>H3.1 – Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina;</p> <p>H3.1.5 – Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p>		
<p>Objectivo: Adquirir e desenvolver competências como futura EEESMO, relacionadas com a prestação de cuidados de continuidade no apoio ao aleitamento materno exclusivo, junto das puérperas, recém-nascidos e família (conviventes significativos), durante o trabalho de parto e o puerpério imediato, respeitando as suas decisões, crenças e cultura.</p>		
Actividades a desenvolver	Processos de trabalho	Resultados a obter
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as expectativas da mulher/casal em relação ao seu parto. • Aconselhar a mulher/casal sobre as práticas de trabalho de parto facilitadoras da amamentação, nomeadamente: presença de um acompanhante, métodos não farmacológicos para o alívio da dor, alimentos leves e líquidos, recurso mínimo de episiotomia; laqueação tardia do cordão umbilical. • Aconselhar a puérpera sobre a alimentação do latente. • Promover a amamentação na 1ª hora de vida, respeitando a decisão da puérpera. • Assistir a díade no início da amamentação na 1ª hora de vida. • Promover o contacto pele a pele desde o 3º estágio do trabalho de parto, de acordo com a decisão da mãe; • Informar a equipa e registar as informações relevantes sobre as práticas facilitadoras da amamentação, nos instrumentos existentes no serviço para o efeito (partograma), contribuindo para a continuidade de cuidados. • Identificar os cuidados de continuidade e os stressores relacionados com o apoio à amamentação exclusiva, de parturientes e RN sem patologia, de partos eutócicos em que colaborar no trabalho de parto e em que tenha havido a decisão de amamentar, através de observação participante. Colher dados sobre a perspectiva dessas puérperas/famílias, através de entrevistas telefónicas, a realizar no final da 1ª semana e do 1º mês, após o parto. 	<p>Pesquisa bibliográfica.</p> <p>Comunicação verbal.</p> <p>Observação participante e entrevistas semi-estruturadas, com registo dos cuidados de continuidade prestados no apoio ao aleitamento materno exclusivo e stressores identificados, durante o trabalho de parto e puerpério, em grelhas construídas para o efeito.</p> <p>Registo do trabalho de parto e alimentação do RN no partograma e em outros instrumentos existentes no</p>	<p>Mobilização de conteúdos teóricos adquiridos durante o CMESMO e revisão da literatura, fundamentando a prestação de cuidados na evidência científica.</p> <p>Aquisição e desenvolvimento de competências, relacionadas com os cuidados de continuidade no apoio à amamentação, durante o trabalho de parto</p> <p>Transmissão de informação relevante para a continuidade dos cuidados, à equipa e à família (registos de enfermagem).</p> <p>Identificação de cuidados de continuidade e de stressores, relacionados com o apoio à</p>

- Identificar os cuidados de continuidade e os stressores relacionados com o apoio à amamentação exclusiva, realizando entrevistas semi-estruturadas a 4 peritos em aconselhamento em aleitamento materno: 2 do contexto hospitalar e 2 dos CSP. serviço para o efeito; BSG; BSI; Notícia de nascimento; amamentação, na perspectiva de profissionais e de puérperas/famílias.

Apêndice IV – Referencial teórico de enfermagem subjacente ao tema

REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM SUBJACENTE AO TEMA

Constituído por uma estrutura básica (CORE) e por vários círculos concêntricos, está sujeito a trocas recíprocas com o ambiente (fatores internos e externos), que o afeta positiva e negativamente. A influência do ambiente na estabilidade do sistema, é vista como stressores de natureza intra, inter ou extra-pessoal, estímulos produtores de tensão, respectivamente dentro dos limites do sistema (ambiente interno), fora mas próximo e fora a uma distância maior (ambiente externo), tendo o cliente tendência de se ajustar ou ajustá-lo a si, com o propósito de manter, adquirir ou readquirir a estabilidade e o bem-estar (necessidades do sistema satisfeitas) (George, 2000; Freese, 2004). Neuman considera ainda a existência de um ambiente criado pelo sistema/cliente, inconscientemente, como forma de lidar com os agentes de stress e de variáveis fisiológicas (estrutura e funções orgânicas), psicológicas (processos mentais e relacionamentos), sócio-culturais (espetativas e actividades sociais e culturais), desenvolvimentistas (desenvolvimento durante o ciclo de vida) e espirituais (crenças espirituais) (George, 2000), que influenciam o sistema como um todo, cujas partes interagem de forma dinâmica e em harmonia com o ambiente (Freese, 2004).

De acordo com Freese (2004), no âmbito da continuidade de cuidados no apoio ao aleitamento materno, o modelo de sistemas de Neuman permitiu-me identificar os aspetos relevantes da cliente como um sistema aberto em interação com outros sistemas (família alargada, comunidade, sociedade). Aspetos relacionados com o seu “CORE”, respeitante aos fatores de sobrevivência e características pessoais (aspetos genéticos, personalidade, capacidades, sistema imunitário). Características das suas linhas de resistência protetoras do “CORE”, linha normal e linha flexível de defesa, que representam respetivamente a estabilidade do sistema, podendo ser modificada por influência do ambiente/stressores (estilos de vida, padrões do desenvolvimento). Aspectos relacionados com a protecção inicial do sistema à invasão de agentes de stress.

Baseado em Pearson & Vaughan (1992) identifiquei-me com a estrutura dinâmica e interativa em que considera o cliente, numa lógica de articulação com o sistema de saúde, sua estrutura organizativa e dinâmica multidisciplinar, dando ênfase à identificação atempada de agentes de stress positivos e negativos, intervindo intencionalmente em defesa da estabilidade e bem-estar do sistema. Segundo Freese (2004) e George (2000), Neuman considera esta intervenção prevenção a três níveis, primária, secundária e terciária. A prevenção primária surge quando se identifica um stressor, mas ainda não ocorreu nenhuma reação (promoção da saúde e educação para a saúde, através de imunização e aquisição de comportamentos saudáveis). Depois de haver reação a um stressor e de acordo com os sintomas existentes, ao nível da linha normal de defesa, surge a prevenção secundária. Tem como finalidade, fortalecer as linhas de resistência e proteger o “CORE”, em prol da estabilidade do sistema. A prevenção terciária acontece depois de readquirida a estabilidade através da prevenção secundária, com o objetivo de manter o bem-estar ou proteger a reconstituição do sistema, caracterizada pela harmonia conquistada com a reacção aos agentes de stress, representando um estado dinâmico, com reajuste da linha de resistência, pelos padrões de desenvolvimento e adoção de estilos de vida diferentes.

Apêndice V – Metodologia de pesquisa e implementação

METODOLOGIA DE PESQUISA E IMPLEMENTAÇÃO

A revisão da literatura foi efectuada a longo do percurso de aprendizagem e incluiu consulta de monografias, sites oficiais da DGS, OMS e Unicef, bem como pesquisa através das plataformas Google académico e EBSCOhost, mobilizada na justificação da temática escolhida e na análise do percurso de aprendizagem. Esta permitiu conhecer os autores de referência e os resultados de artigos de investigação, que sustentaram a prática baseada na evidência, desenvolvida durante os ensinamentos clínicos e o estágio com relatório.

Para o percurso de aprendizagem ao nível da continuidade de cuidados prestados à díade e família, no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério, realizei uma pesquisa na plataforma EBSCOhost, recorrendo aos passos da metodologia da revisão sistemática da literatura. Na formulação da questão de investigação utilizei o formato PICO:

- **Quais os cuidados de continuidade do EEESMO prestados à díade e família, no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e o puerpério?**

De acordo com a questão formulada, defini a **População (P)** como **EEESMO**, as **Intervenções (I)** como **cuidados de continuidade** e os **resultados ou “Outcomes” (O)** como **apoio ao aleitamento materno**, optando por não definir palavra-chave que implicasse a comparação de intervenções. Utilizei como descritores em linguagem natural: “continuity of care”, “breastfeeding support” e “midwife”. Defini como critérios de inclusão, parturiente/RN de termo, sem patologia e parto eutócico. Como limitadores desta pesquisa, apenas foram considerados os artigos científicos qualitativos, quantitativos e revisões sistemáticas da literatura, em texto integral (Full Text), com disponibilidade gratuita e com data de publicação entre 01-01-2008 e 31-12-2012. Efetuei a pesquisa através da plataforma EBSCOhost Web, a 14 de Maio de 2013. Os descritores foram combinados através do operador booleano “AND” da seguinte forma: “continuity of care” AND “breastfeeding support” AND “midwife”. A amostra potencial foi selecionada através da leitura do título, do resumo e sempre que suscitou dúvidas do texto integral, tendo sido submetida a uma primeira análise, de acordo com os critérios de inclusão.

Foram identificados 56 artigos, dos quais 42 não se relacionavam diretamente com a temática, 3 diziam respeito a RN pré-termo ou com patologia associada e 3 não eram estudos de investigação. Sintetizando, nesta revisão da literatura foram incluídos 8 artigos que satisfizeram os critérios de inclusão e cuja análise apresento no quadro 1 (Apêndice VI). Todos os artigos foram classificados segundo o seu nível de evidência, de acordo com a Classificação de Oxford Centre for Evidence-Based-Medicine (2009):

- Nível 1 Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Ensaio Clínicos Controlados e Randomizados; Ensaio Clínico Controlado e Randomizado com Intervalo de Confiança Estreito.
- Nível 2 Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos de Coorte; Estudo de Coorte (incluindo Ensaio Clínico Randomizado de Menor Qualidade); Observação de Resultados Terapêuticos (outcomes research) e Estudo Ecológico.
- Nível 3 Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Caso-Controle e Estudos Caso-Controle.
- Nível 4 Relato de Casos (incluindo Corte ou Caso-Controle de menor qualidade).
- Nível 5 Opinião desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais).

A leitura integral dos 8 artigos seleccionados (Apêndice VI), permitiu conhecer a evidência científica referida pelos autores sobre os cuidados relacionados com o apoio ao aleitamento materno, as pessoas de referência que apoiam as mães que amamentam, as experiências, percepções e stressores relacionados com esse apoio, na perspectiva dos profissionais e das mães, intervenções eficazes na promoção e apoio da amamentação e indicadores de avaliação de uma amamentação eficaz.

Durante a prestação de cuidados realizei concomitantemente registo de informação, recorrendo à observação participante. Segundo Fortin (2003), esta permite a observação direta dos acontecimentos, num determinado período de tempo, tendo-se tratado de uma observação de natureza experimental, pois pude

“(...)modificar a situação(...)sem com isso destruir o seu carácter natural” (Fortin, 2003, p.242). Os registos efectuados entre 22 de Fevereiro e 14 de Maio de 2014, corresponderam a um momento pré-definido, designado por Fortin como “um sistema de momento desencadeador” (Fortin, 2003, p.242). Baseado em Fortin (2003), as anotações dos acontecimentos/comportamentos foram realizadas de acordo com a sua apresentação e foram efectuadas em suporte de papel, num instrumento de registo elaborado para o efeito. Este incluiu as intervenções realizadas ao nível da prevenção primária, secundária e terciária e os stressores relacionados com a sua utilização (Apêndice VII).

Identifiquei as intervenções de enfermagem que realizei, para a continuidade de cuidados no apoio ao aleitamento materno, respectivos stressores relacionados, durante o trabalho de parto e puerpério, bem como a perspectiva das puérperas sobre as minhas intervenções e de outros profissionais (Apêndice XVIII).

Optei pela entrevista telefónica, pois segundo Fortin (2003) esta permite a obtenção de respostas rapidamente e em grande número, o que contribui de forma positiva para a validação dos dados. Além disso, facilita o acesso a um maior número de pessoas, dispersas numa grande área geográfica. Trataram-se de entrevistas semi-estruturadas, pois foram formuladas questões, a partir de temas previamente definidos (Apêndice VIII), o que possibilitou a colheita de dados a pessoas com grau de escolaridade diverso, com elevada taxa de respostas, tendo sido facilmente detetados os erros de interpretação e possível a colheita de dados de carácter emotivo. Contudo, tal como referido por Fortin (2003), foi grande o investimento em tempo para a sua realização e envolveu também alguns custos.

Paralelamente a este circuito de continuidade de cuidados foi efectuada uma articulação de cuidados com uma unidade de cuidados de saúde primários, onde funciona uma consulta de saúde materna e planeamento familiar da responsabilidade de uma EEESMO. Podendo considerar-se uma experiência inicial, futuramente poderá ser alargado às restantes unidades integradas no ACES, com o objetivo de criar uma rede formal de continuidade de cuidados de apoio ao aleitamento materno. Para a sua operacionalização foi elaborada uma ficha de articulação de cuidados (Apêndice IX) e dois fluxogramas relacionados com o circuito informativo (Apêndices X e XI). A escolha da UCSP relacionou-se com o

facto de ter realizado o ensino clínico de cuidados de saúde primários na referida unidade, sob orientação da EEESMO em questão e desta ter mostrado interesse e disponibilidade para participar neste projeto.

Direcionar a articulação apenas para uma unidade, torna o projeto exequível, neste contexto académico, permitindo identificar potencialidades (stressores positivos) e fragilidades (stressores negativos) referentes à continuidade de cuidados. A actual existência de diferentes tipos de unidades (USF, UCSP e UCC) nos cuidados de saúde primários, fruto da sua reestruturação, com enquadramentos legais diferentes e com equipas que funcionam de maneira muito própria, diferentes umas das outras, dificulta a uniformização de um processo que deve atender às particularidades de cada sistema organizativo. Assim, acredito que esta articulação poderá posteriormente ser negociada entre os cuidados hospitalares e o ACES, com a criação de um protocolo, atendendo à estrutura individual de cada unidade que o constitui.

Também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, a quatro enfermeiros especialistas, três em saúde materna e obstetrícia e um em saúde infantil e pediatria, dois do contexto hospitalar e dois dos CSP, com o objectivo de identificar que cuidados de continuidade no apoio ao aleitamento materno prestam e que stressores identificam, relacionados com a prestação desses cuidados. Houve necessidade de alterar os critérios definidos previamente no projeto, para os enfermeiros a entrevistar (peritos com formação em aconselhamento em aleitamento materno: duas enfermeiras do contexto hospitalar e duas dos CSP), pois o local onde realizei o EC III e que autorizou a realização das entrevistas, correspondente aos CSP, só possuía uma EEESMO e uma EEESIP sem formação em aconselhamento em aleitamento materno. Foi elaborado um instrumento de apoio às entrevistas (Apêndice XII), tendo estas sido marcadas com antecedência, definindo data, hora e local para a sua realização. De acordo com Fortin (2003) os dados colhidos foram registados durante a entrevista e transcritos antes da sua análise. O resultado desta análise foi integrado num quadro (Quadro 5) construído para a descrição das intervenções de enfermagem na continuidade de cuidados no apoio ao aleitamento materno (Apêndice XVIII).

Apêndice VI – Resultados da revisão da literatura na plataforma EBSCOhost

Quadro – Resultados da revisão da literatura na plataforma EBSCOhost

Referência	Finalidade do estudo	Tipo de Estudo	Participantes	Colheita de dados
Clifford, J., & McIntyre, E. (2008). Who supports breastfeeding? <i>Breastfeeding Review</i> , 16 (2), p.9-19.	Identificar as pessoas de referência que apoiam as mães que amamentam, e os agentes de stress relacionados com o apoio, na perspectiva dos profissionais e das mães.	<p>Nível de evidência 2</p> <p>Revisão da literatura de estudos quantitativos e qualitativos. Excluídas publicações patrocinadas por fabricantes de leite artificial.</p>	152 Artigos, 59 estudos de intervenção e 93 estudos descritivos, centrados no impacto que as pessoas chave têm nas mães que amamentam.	Utilizadas as bases de dados Medline, CINAHL e PsychINFO, para identificar artigos de pesquisa em inglês, publicados em revistas especializadas, desde 1996. Os estudos foram conduzidos em 24 países: 7 países em desenvolvimento e 17 países desenvolvidos
Resultados				
<p>Foram identificadas as pessoas chave, que apoiaram as mães que amamentaram: pais; outros membros da família e amigos; consultores de lactação; médicos; parteiras; enfermeiras e outros profissionais de saúde; conselheiras de pares; grupos de apoio à amamentação; patrões e a comunidade. A variação no grau de apoio fornecido por estas pessoas de referência, indica que muitas mães não receberam o apoio adequado e apropriado, para amamentarem com sucesso. As recomendações para melhorar este apoio envolvem o fornecimento de informação a estas pessoas de referência, que seja ao mesmo tempo prática e oportuna, em relação a promover e lidar com a amamentação. Os pais (uma das pessoas de maior influência para as mães), familiares e amigos que têm contacto permanente, podem ser mais apoiantes se tiverem mais informação prática sobre como lidar com a amamentação. Isto aplica-se também à maioria dos profissionais de saúde, pois são poucos os que têm esta formação na sua formação base. Também os patrões e a comunidade necessitam ser mais amigos da amamentação, de forma a assegurarem que as mães possam amamentar com sucesso.</p> <p>Os profissionais de saúde, em particular as parteiras e as enfermeiras, podem influenciar a decisão da mulher para iniciar ou continuar a amamentar. As mulheres têm a sua opinião e conhecimento em grande consideração e muitas vezes submetem-se-lhes para assistência na amamentação. A qualidade do aconselhamento e do conhecimento em amamentação dos profissionais de saúde, pode afectar o seu nível de apoio às mães que amamentam. Várias pesquisas mostraram que as enfermeiras envolvidas no apoio à amamentação, tinham informações incorrectas e atitudes negativas em relação à amamentação, ou não tinham informação suficiente para poderem ajudar as mulheres.</p> <p>Os vários grupos profissionais reportaram estar mal preparados para apoiarem a amamentação e alguns nem terem recebido treino durante ou após o curso de enfermagem. Alguns estudos mostraram existir preocupação não só em relação às atitudes menos próprias por parte dos profissionais, em relação à amamentação, mas também em relação ao rácio profissional/paciente, à experiência e ao conhecimento inadequado sobre a amamentação. Num estudo inglês, as mães indicaram que o ambiente hospitalar não favorecia o descanso e que o apoio que elas necessitavam era difícil de obter. Aconselhamento discrepante também foi uma queixa comum das mulheres no período pós-parto, com consequências negativas nas mães que escolheram amamentar. Aconselhamento não consistente foi muitas vezes associado a informação inadequada ou a uma forma autoritária de comunicar, que podia piorar o efeito da inconsistência na abordagem e na informação fornecida. Numa perspectiva temporal, oferecer apoio à amamentação após o parto, nem sempre foi o suficiente para aumentar a duração da amamentação. As mulheres preferiam que lhes mostrassem habilidades, em vez de lhes dizerem como fazer. Em entrevistas no pós-parto, as mulheres escocesas valorizaram o tempo despendido a observá-las a</p>				

amamentar os seus filhos. No Reino Unido, as mulheres que continuaram a amamentar, receberam bom aconselhamento, especialmente relacionado com o posicionamento do bebé ao peito e beneficiaram de continuidade de cuidados das parteiras.

Os profissionais de saúde que possibilitam experiências positivas de amamentação no período pós-parto imediato, conduzem essas mulheres a continuarem a amamentar. Por outro lado, as mulheres referiram ter tido experiências negativas de amamentação, quando perceberam que as parteiras estavam demasiado ocupadas, não tinham tempo suficiente para ajudar ou eram insensíveis às necessidades das mães. Cloherty, Alexander e Holloway (2004) levantaram a questão que os profissionais de saúde queriam proteger as mães do cansaço e da angústia e que este facto por vezes entrava em conflito com o seu papel promotor da amamentação. No estudo inglês, os profissionais de saúde reportaram que por vezes, tinham relutância em promover a amamentação por se preocuparem em estar a contribuir para que as mulheres que escolhiam alimentar os seus filhos com fórmulas se sentissem culpadas, ou que as mães que não podem amamentar sintam que falharam. Além disso, por vezes sugeriam a suplementação por perceberem que as mães se sentiam cansadas.

A educação em amamentação, a experiência em contexto de trabalho, a educação contínua e o treino adequado para promover e lidar com a amamentação, mostraram ser benéficas para as parteiras, enfermeiras e outros profissionais de saúde, melhorando o seu conhecimento, aconselhamento e atitudes para o apoio adequado na amamentação.

Vários estudos mostraram que as mulheres que tiveram contacto com conselheiras em amamentação ficaram muito satisfeitas com o apoio que receberam, tiveram mais tendência em iniciar a amamentação e em amamentar durante mais tempo. De facto Martens (2002) descobriu que o aconselhamento realizado por conselheiras no pós-parto, no Canadá, estava relacionado com melhores taxas de amamentação e satisfação maternal, que a instrução pré-natal fornecida por uma enfermeira de saúde comunitária.

Num estudo rural no Uganda, mulheres foram treinadas como conselheiras e foram aceites pelas mães, uma vez que provieram das suas comunidades. Os maridos também acolheram a ideia destas mulheres, ajudando as suas esposas com os problemas com a amamentação.

As conselheiras em amamentação são aceites pelas mães e eficazes no apoio à amamentação, quando este é fornecido proactivamente e durante o período pós-natal.

Vários estudos referem a importância dos grupos de apoio, no superar as dificuldades relacionadas com a amamentação e na sua manutenção ao longo do tempo. O apoio à amamentação podia ser melhorado através da formação de parcerias entre os profissionais de saúde, os conselheiros e os grupos de apoio.

Na Austrália existe uma preocupação por parte dos trabalhadores, sobre o impacto que o trabalho pode ter na amamentação. Muitas mulheres consideram difícil conciliar o trabalho com a amamentação e desistem facilmente ou nem sequer chegam a iniciar. Estudos realizados em Taiwan e na África do Sul, sugerem que as mulheres que amamentam, necessitam de apoio e encorajamento por parte não só da família, mas também dos colegas de trabalho e dos patrões, para que consigam conciliar as duas situações. Os profissionais de saúde podiam assistir os patrões nesta transição de tornar as empresas mais amigas da amamentação, através da educação e do apoio nos locais de trabalho.

Vários estudos indicaram que lidar com a amamentação em público depende de vários fatores tais como a confiança em amamentar, a habilidade em ser discreta, experiências anteriores em amamentar, a idade da criança que mama, a audiência, os sentimentos do parceiro e a perceção das espetativas da sociedade. Considerando que actualmente as mães passam mais tempo fora de casa e necessitam de amamentar nessas alturas, amamentar em público tem um forte contributo no sucesso da amamentação. Estudos realizados na Austrália e na Escócia revelam que amamentar em público é uma grande barreira ao seu sucesso. Existe legislação neste sentido em alguns países, no entanto a amamentação em público deve ser promovida de uma forma mais eficaz, para que as mães tomem consciência do seu direito de amamentar.

Aplicabilidade da evidência na prática

Esta revisão mostra que são várias as pessoas e grupos profissionais que apoiam as mães que amamentam e que este apoio é muito variável, não

sendo muitas vezes adequado e apropriado, para que a amamentação tenha sucesso.

As recomendações para melhorar este apoio, incluem o fornecimento de informação aos elementos apoiantes, pais, membros da família, amigos e profissionais de saúde, uma vez que muitos não têm formação nesta área. Adicionalmente, os padrões e a comunidade devem ser mais amigos da amamentação, assegurando que as mães possam amamentar com sucesso.

Referência	Finalidade do estudo	Tipo de Estudo	Participantes	Colheita de dados
McInnes, R., & Chambers, J. (2008). Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. <i>JAN Review Paper</i> , p.407-427.	Identificar as experiências e percepções das mães e dos profissionais de saúde relacionadas com o apoio à amamentação	<p>Nível de evidência 2</p> <p>Revisão da literatura de estudos qualitativos, publicados em inglês, em que foram explorados conceitos e temas relacionados com a amamentação.</p>	32 Artigos relacionados com o apoio da mãe na amamentação.	Utilizadas as bases de dados MEDLINE, British Nursing Index, CINAHL, EMBASE, MWIC, PsycINFO, MIDIRS, CDSR, DARE, AMED. Artigos publicados entre 1990 e 2005; realizado up-date da pesquisa em Maio de 2007.
Resultados				
<p>O tema “apoio à mãe que amamenta” foi dividido em: apoio dos serviços de saúde no pós-natal e apoio social.</p> <p>Surgiram 6 temas relacionando o apoio dos serviços de saúde com a amamentação: a relação mãe/profissional de saúde; ajuda especializada; pressões do tempo, medicalização da amamentação, a enfermaria como um espaço público e as relações entre os profissionais.</p> <p>Surgiram 2 temas relacionados com o apoio social: apoio compatível e incompatível.</p> <p>As mães tendem a classificar o apoio social como mais importante que o apoio prestado pelos serviços de saúde.</p> <p>O apoio dos serviços de saúde foi descrito como desfavorável, com ênfase nas pressões pelo tempo, falha na disponibilidade dos profissionais de saúde ou na orientação, promoção de práticas inúteis e aconselhamento dúbio. São necessárias mudanças nos serviços de saúde, com vista a dar resposta tanto às necessidades das mães, como dos profissionais.</p> <p>O que já é conhecido sobre este assunto: As taxas globais de amamentação estão abaixo das recomendadas, particularmente em termos de duração, tendo muitas mulheres que iniciaram a amamentação desistido, nas primeiras semanas. A amamentação é afetada pelas práticas clínicas e o apoio especializado (por pares ou profissionais) demonstrou aumentar a sua duração. O apoio social, por exemplo de uma mãe, amiga ou companheiro, está associado a resultados de sucesso na amamentação.</p> <p>O que foi acrescentado com este estudo: A falha do apoio profissional na amamentação não está limitada a países com baixas taxas de amamentação e parece afetar as mulheres de diferentes países, culturas e status sócio-económico. Apesar de ter aumentado o conhecimento sobre o que constitui um bom apoio à amamentação, as mães continuam a experienciar aconselhamento contraditório e incorreto, assistência intrusiva e escassez de pessoal nos serviços pós-parto. As mães podem ver o apoio social como sendo mais importante que o profissional, mas o primeiro pode ser uma influência negativa, se houver uma falha no conhecimento ou na experiência, dentro do grupo social</p>				
. Aplicabilidade da evidência na prática				
É necessário um investimento na formação dos profissionais sobre a amamentação, com o objectivo de actualizar e uniformizar práticas de apoio. É				

necessário um aumento dos recursos profissionais, para que estes tenham mais disponibilidade para exercerem práticas clínicas e apoio especializado, uma vez que este se relaciona com o aumento da duração da amamentação. É importante a supervisão e orientação dos elementos de referência social, para que este constitua uma influência positiva no apoio à amamentação.

Referência	Finalidade do estudo	Tipo de Estudo	Participantes	Colheita de dados
Gilmore, C., Hall, H., McIntyre, M., Gillies, L., & Harrison, B. (2009). Factors associated with early breastfeeding cessation in Frankston, Victoria: a descriptive study. <i>Breastfeeding Review</i> , 17 (2), p.13-19.	Descrever a experiência de mulheres de Frankston que apesar de desejarem amamentar, suspenderam a amamentação nas primeiras semanas após o nascimento, e a percepção de profissionais sobre os fatores que impediram o sucesso da amamentação nessa fase precoce, após o nascimento.	Nível de evidência 4 Estudo qualitativo descritivo realizado em Frankston – Victoria (estudo local).	Mães, parteiras, enfermeiras de saúde materna e de saúde infantil, de Frankston - Victoria.	Dados colhidos entre Junho de 2006 e Janeiro de 2007, em 7 das 14 clínicas de saúde materna e infantil de Frankston – Victoria, representativas dos diferentes níveis sócio-económicos existentes (públicas e privadas). Entrevistas a: <ul style="list-style-type: none"> • 11 mulheres e 2 companheiros (média de idades de 27 anos, 8 com parto assistido, maioria primeiro filho). • 13 parteiras, também enfermeiras de saúde materna e infantil, prestadoras de cuidados hospitalares e domiciliários. Dados geridos através do programa informático NVIVO7 e utilizada análise de conteúdo para identificação de temas comuns.

Resultados

Identificaram-se como fatores locais associados ao abandono precoce da amamentação: a assistência fornecida pelas parteiras, o conhecimento, as expectativas e a realidade; as influências sociais e a influência dos profissionais de saúde.

Fatores associados à assistência das parteiras: Necessidade de apoio; aconselhamento contraditório/ diferentes formas de comunicar - apoio realizado por diferentes parteiras; falta de tempo para ensinar sobre as competências da parentalidade antes da alta clínica; percepção de ser atribuída menor importância aos cuidados no pós-parto do que aos associados ao parto; falha nos cuidados no pós-parto na comunidade por falta de tempo e de financiamento, restringindo este apoio a uma única visita domiciliária; tanto as mulheres como as profissionais referem que estar mais tempo com as mulheres pode ajudar a que amamentem por mais tempo, referindo as mulheres como importante, o apoio durante a noite e os fins de semana.

Conhecimento, expectativas e realidade: Todas as mulheres receberam informação na forma de panfletos, quando foram internadas no hospital.

Algumas mulheres consideram este tipo de informação útil, mas outras referem que são tantos os panfletos que nem olham para eles. Stapleton and colleagues (2002) descobriram que as parteiras davam muitos panfletos em conjunto, sem fornecer nenhuma explicação, deixando confusas as mulheres, sobre quais seriam importantes. Muitas mulheres referiram terem sido questionadas sobre a sua intenção de alimentar o seu bebé, mas não se recordam de nenhuma conversa sobre amamentação, com os seus médicos ou parteiras, no período pré-natal.

Das 6 mulheres que referiram terem tido aulas pré-natais, apenas uma referiu que a sessão sobre amamentação tinha sido útil. 2 mães referiram que tinham sido apressadas e que a amamentação não tinha sido discutida como tendo qualquer importância. 2 outras referiram terem recebido folhetos nessas aulas. A maioria das mulheres não estava preparada para as mamas túrgidas, as mamadas frequentes e as noites mal dormidas. Referiram que teria sido importante terem sido esclarecidas sobre a realidade da amamentação.

As profissionais referiram que às mulheres frequentemente faltava conhecimento sobre o que é normal para o estabelecimento da amamentação. Também identificaram que as mulheres frequentemente estavam demasiado cansadas para se lembrarem do que tinha sido ensinado, perdiam a aula pelo facto da enfermaria estar muito cheia, tinham uma estadia curta. Também foi sugerido que o défice de experiência em observar outras mães a amamentar, contribuía para uma falta de confiança na sua própria capacidade de amamentar.

Influências sociais: Mães, parteiras e enfermeiras de saúde materna e saúde infantil reconhecem a influência que a família e os amigos podem ter no sucesso da amamentação. Os companheiros das mulheres entrevistadas eram percebidos por elas como sendo um apoio na amamentação. Contudo, outros membros da família e amigos, foram vistos como influências para as mulheres, para optarem por uma alimentação artificial. Uma falta de confiança contribuía para favorecer a influência de outros. As parteiras identificaram as distrações sociais como tendo impacto na capacidade das mulheres em estabelecer a amamentação. O grande número de visitas que as mulheres têm no período precoce do pós-parto, quando estão cansadas e com falta de confiança, assim como a tendência de ter a televisão com o som elevado, reduz a comunicação eficaz entre a parteira e os membros da família. Contudo, o principal assunto identificado pelas parteiras foi uma falha na exposição à amamentação, no ambiente social. A não aceitação percebida da amamentação em público, pode contribuir para que algumas mulheres se sintam desconfortáveis em amamentar em frente dos amigos e da família. As mulheres necessitam de estar muito empenhadas em perseverar na amamentação, quando as atitudes sociais fornecem uma influência negativa. Não são só a família e os amigos imediatos que podem influenciar a decisão da mulher em perseverar a amamentar; as imagens da comunicação social também fornecem mensagens dúbias. Apesar da amamentação ser promovida como sendo o melhor para o bebé, as mamas são vistas como um símbolo sexual e acentuam dificuldades na amamentação.

Influência dos profissionais de saúde: O enfoque na perda de peso do bebé ou no fraco aumento ponderal, foi identificada como uma razão pela qual as mulheres suspendem a amamentação. Nenhuma das mulheres entrevistadas que suspenderam a amamentação pela perda de peso do seu bebé, recebeu aconselhamento e apoio para melhorar a sua produção de leite. Uma mãe sentiu que tudo estava bem, mas aquando da alta o seu bebé, este só tinha ganho 10gr. O hospital privado não tinha um serviço de visita domiciliária no pós-parto e foi-lhe pedido para regressar para uma reavaliação. Este processo eventualmente facilitou a introdução de leite artificial. Várias enfermeiras reconheceram a importância de não colocar demasiada ênfase no ganho ou perda de peso, mas sim focarem-se em normalizar toda a experiência de amamentação. Contudo a mãe quotou acima a recomendação de um leite artificial, referida por um pediatra. Ela não recebeu nenhum apoio adicional para a capacitar a estabelecer a amamentação e na altura em que a enfermeira a visitou ela já tinha feito o desmame total. Foi reconhecido tanto pelas parteiras como pelas enfermeiras que apoiar nas dificuldades aparentes, era importante para construir confiança. Outro aspecto mencionado sobre a influência das parteiras, foi a falta de uma relação a longo prazo entre a mãe e a parteira. A percepção que uma mulher forma sobre uma parteira pode ter impacto na forma como ela reage aos seus conselhos. 2 das mães entrevistadas referiram uma incapacidade em se relacionarem com as suas parteiras, por serem gerações diferentes. Os modelos de continuidade de cuidados prestados pelas parteiras, possibilitará às mulheres, conhecerem as suas parteiras antes de parirem e potencialmente quebrarem algumas barreiras da idade, favoráveis a uma comunicação eficaz. Muitas mulheres suspendem a amamentação antes de ter sido estabelecido o contacto com a enfermeira e antes de ser possível o desenvolvimento de qualquer relação.

Serviços de apoio: Por rotina, as parteiras e as enfermeiras fornecem às mulheres informações sobre a associação australiana de amamentação e sobre a clínica de alimentação infantil em Frankston. No entanto, foi sugerido que algumas mulheres não contactavam a associação por ficarem com a impressão de terem que se tornar sócias. 2 das mulheres entrevistadas não tinham conhecimento de qualquer serviço de apoio. Também foi indicado que as mulheres consideravam difícil aceder a esses serviços e relutavam em utilizá-los. Apenas uma mulher recebeu assistência da associação e outra tentou mas não foi possível obter resposta telefónica. Uma mulher marcou consulta na clínica de alimentação infantil, mas decidiu alimentar artificialmente o seu bebé, antes de ter conseguido ser atendida. As outras mulheres souberam dos serviços de apoio, mas não procuraram assistência por várias razões. Por exemplo uma mulher sentiu que podia ser julgada pelos membros da associação por não estar a amamentar em exclusivo, significando que se estaria a auto-julgar como menos mãe que outras. A continuação da conversa revelou que ela própria, antes do nascimento do seu bebé, julgou outras mulheres por não estarem a amamentar. Várias mulheres referiram terem-se sentido culpadas e aborrecidas com o facto de terem suspenso a amamentação, mas na globalidade muitas sentiram-se aliviadas. Algumas enfermeiras referiram o fornecimento de uma educação individual com consultores em lactação, tanto em casa como nas unidades de saúde, mas reconheceram que era demasiado dispendioso para muitas mulheres. As parteiras também mencionaram o encorajamento das mulheres em melhorarem o seu suprimento de leite. Algumas mulheres foram encorajadas a extrair o leite mas consideraram que era difícil de manter. 2 mulheres referiram que o custo e a disponibilidade de extratores eléctricos para a extracção de leite foram impeditivos de terem optado por esta solução. O factor tempo parece ser uma questão major tanto para as mulheres como para as profissionais de saúde. Com a introdução das altas precoces do hospital e o aumento das taxas de cesarianas, os cuidados prestados por parteiras requeridos no período precoce do pós-parto são mais intensivos. As parteiras enfrentam um aumento da carga de trabalho no período pós-parto e sentem-se pressionadas a fornecerem às mulheres conhecimentos suficientes para levarem para casa, num período de tempo mais curto que anteriormente. As influências sociais, em conjunto com as dificuldades físicas e a influência dos profissionais de saúde, contribuíram para o abandono precoce da amamentação, nas primeiras semanas após o nascimento. As mulheres confiam nos profissionais de saúde para lhes fornecerem o melhor aconselhamento e embora haja alturas em que um bebé pode precisar de alimentação suplementar, isto deve ser balanceado com informação sobre formas de melhorar o fornecimento de leite. Contudo, a extração de leite materno por muito tempo, pode ser dispendiosa e consumir muito tempo a algumas mulheres. Razões pelas quais as mulheres não utilizaram os serviços de apoio: dificuldades no acesso e desconhecimento da sua existência. As parteiras que prestam cuidados no domicílio, referem que o cansaço que as mulheres experienciam pode impedi-las de escutar o que lhes é dito em casa. É importante discutir a existência de serviços de apoio durante a gravidez, uma vez que no pós-parto muitas vezes se esquecem.

. Aplicabilidade da evidência na prática

Considerando complexa a estrutura que está na base do insucesso, no estabelecimento da amamentação, é imprescindível a colaboração entre os serviços de saúde e os serviços sociais, os profissionais de saúde e a comunidade, para que haja melhoria nas experiências em amamentação para as mães e para os seus filhos.

Recomenda-se que haja mais educação nas comunidades, sobre a importância da amamentação. Esta educação pode incluir sessões comunitárias sobre a amamentação para mulheres, parceiros e outros membros da família, antes do nascimento, com informação sobre o estabelecimento da amamentação, no 1º mês de vida do bebé. Embora os serviços de apoio adicionais sobre lactação, sejam essenciais nas primeiras semanas após o nascimento, devem ser feitas considerações a este apoio, tornando-se um empreendimento comunitário em vez de permanecer no domínio dos profissionais de saúde.

É essencial um investimento na continuidade de cuidados após a alta hospitalar, uma vez que esta tem características precoces, que não respondem às necessidades das mães, para o estabelecimento da amamentação.

A continuidade de cuidados pode passar pela criação de centros de livre acesso às mães que necessitam de apoio na amamentação, que facilitem esse mesmo acesso a uma consultora de lactação, num ambiente social. Uma abordagem multifacetada que inclua toda a comunidade, assim como os vários profissionais de saúde, é necessária, se se pretende alcançar melhorias no estabelecimento e na manutenção da amamentação.

Referência	Finalidade do estudo	Tipo de Estudo	Participantes	Colheita de dados
Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., & Dykes, F. (Março de 2011). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. <i>BIRTH</i> , 38 (1), p. 49-60.	Examinar as percepções e experiências das mulheres sobre o apoio à amamentação, clarificando os componentes que identificam estarem relacionados com esse apoio, diferenciando os respeitantes ao que é fornecido por pares ou por profissionais.	Nível de evidência 2 Metassíntese de estudos qualitativos.	Mulheres, variando entre 8 e 654 o número de mulheres que participaram nos diversos estudos seleccionados, à exceção de 2 que não referem o número de participantes.	31 estudos realizados entre 1990 e 2007, publicados ou disponíveis em inglês. Pesquisa realizada nas bases de dados: MEDLINE, CINAHL, the Cochrane Library, PubMed, Meditext, Nursing Consult, MIDIRS, PsycINFO, Current Contents, WHO Library Database, Scopus, Science Citation Index, EMBASE e BMC.

Resultados

Da síntese dos vários estudos, foram identificadas de uma forma consistente 4 categorias e 20 temas, sugerindo que o apoio à amamentação ocorre através de um contínuo, estando de um lado uma presença autêntica, percebida como apoio efectivo, e do outro encontros incoerentes ou sem sentido, percebidos como inefectivos, ou até desencorajadores e contraproducentes. Secundariamente, a síntese identificou uma abordagem facilitadora versus uma abordagem redutora, relacionadas com estilos de apoio experienciados pelas mulheres, que contrastam entre o útil e o inútil.

A categoria “*presença autêntica*”, inclui como temas: *estar presente para mim, abordagem empática, agir com calma de forma comovente, fornecendo afirmação, ser responsivo/compreensivo, partilhando a experiência, tendo uma relação.*

A categoria “*estilo facilitador*” inclui os seguintes temas: *informação realista, informação precisa e suficientemente detalhada, encorajamento para amamentar, encorajar o diálogo, oferecer ajuda prática e ser proactiva.*

A categoria “*abordagem redutora*” inclui: *aconselhamento e informação conflituosa/contraditória, informação standard e abordagem didáctica.*

A quarta e última categoria, “*encontros incoerentes ou sem sentido*” apresenta como temas: *debilitar/culpar/censurar, sentir-se pressionada, comunicando uma pressão temporal, “elas não te dão tempo”, toque invasivo e insensível.*

Importa referir que, de todos os estudos, apenas um diz respeito a um país em desenvolvimento (Tanzânia). Todos os restantes foram realizados nos Estados Unidos da América e no Reino Unido. Apesar disso, as categorias e temas identificados no primeiro, não diferiram dos restantes.

Esta metassíntese examinou a percepção e as experiências das mulheres, em relação ao apoio na amamentação, tanto realizado por pares como por profissionais. É referido que o apoio dos serviços de saúde é correntemente inadequado, muitas vezes pela pressão do tempo e inexistência de profissionais habilitados. Contudo, também é claro que muitas das práticas dos profissionais de saúde são inúteis. Existe uma variação na natureza do

apoio recebido, podendo o nível cultural mais elevado, as condições das profissões, a organização e o tipo de cuidados, influenciar o apoio fornecido. A existência de uma relação de confiança, facilita a autenticidade da presença; sistemas organizativos e serviços que oferecem um modelo de continuidade de cuidados (e.g. continuidade de cuidados prestados por parteiras ou modelos de apoio de pares), facilitam uma presença autêntica, porque alimentam a criação de relações. Os apoiantes de pares foram referidos como mais presentes que os profissionais, estabelecendo relações e partilhando experiências. A categoria de encontros incoerentes e a falha na comunicação que a caracteriza, parece estar relacionada com serviços com défices na organização e estrutura, referido pelas mulheres.

Aplicabilidade da evidência na prática

A institucionalização dos cuidados pós-natais, limita o desempenho das parteiras e consultoras em lactação, dificultando o cultivo de uma presença autêntica e em estilo facilitador. É importante que quem apoia a amamentação, baseie o seu desempenho num equilíbrio entre o positivo mas realista, não idealista, o encorajamento proactivo, focado nos benefícios, mas não pressionando à amamentação, fazendo as mulheres sentirem-se fracassadas, caso não amamentem. As mulheres sentem-se apoiadas, se forem ouvidas com empatia, se lhes for dada informação detalhada e realista, centrada nas suas necessidades, e se forem encorajadas pela positiva.

Os profissionais devem investir em habilidades de comunicação centradas na pessoa e em estabelecerem relações terapêuticas, facilitadoras do apoio às mulheres que amamentam.

Os serviços e os sistemas organizacionais devem facilitar a continuidade de cuidados prestados por parteiras e outros profissionais, que fomentem presenças autênticas, que envolvam cuidados de apoio e relações de confiança com os profissionais.

Referência	Finalidade do estudo	Tipo de Estudo	Participantes	Colheita de dados
Noonan, M. (2011). Breastfeeding: Is my baby getting enough milk? <i>British Journal of Midwifery</i> , 19 (2), 82-89.	Esclarecer os profissionais de saúde sobre indicadores relacionados com a eficácia da amamentação para o bebé.	Nível de evidência 3 Artigo de revisão.	Não se aplica	Revisão de 20 artigos publicados entre 1998 e 2010.

Resultados

Uma elevada taxa de suspensão da amamentação, ocorre durante a primeira e a quarta semana após o parto. O período pós-parto precoce é referido como uma altura crítica, para a mãe desenvolver uma crença de percepção de leite insuficiente. A parteira ao assistir a mãe a amamentar, pode assinalar os sinais confiáveis de transferência de leite, um bebé normal e os comportamentos relacionados com a amamentação, à mulher, ao seu companheiro/convivente significativo. Esta informação empoderará as mulheres e aumentará a sua confiança, na sua habilidade em amamentar exclusivamente os seus bebés.

Sinais para avaliação de adequada ingestão de leite: ganho ponderal, fraldas sujas, comportamento do bebé com a amamentação, frequência das mamadas, dias de aumento de frequência das mamadas e surtos de crescimento. As características das mamadas podem variar muito em termos de quantidade e duração. Com frequência, mamadas longas (mais de 30 minutos) podem indicar problemas com a amamentação, mas também podem ser uma característica do estilo de amamentação da díade (mãe/bebé). O choro e a inquietude/agitação da criança, foram identificados como os

primeiros sinais de não existir leite suficiente. Contentamento depois de uma mamada pode ser um sinal de que o bebê mamou o suficiente. Contudo, há bebês que ao receberem leite em quantidade insuficiente, podem inicialmente adormecer e aparentar contentamento. Observar a postura e as expressões do bebê pode ajudar a distinguir entre um bebê que está verdadeiramente saciado e outro que aparenta contentamento mas continua com fome. Identificar os sinais de boa pega, de recepção de uma boa quantidade de leite e o padrão de sono. Também devem ser considerados outros fatores: alterações nas mamas da mãe, reflexo de ejeção de leite (sinais e sintomas relacionados com este reflexo) e sinais de esvaziamento mamário. É aconselhada a realização da história da mãe, contribuindo para a identificação de fatores de risco relacionados com a produção de leite e a sua transferência. O contacto pele a pele logo após o nascimento, não perturbado e durante a primeira hora de vida, está associado a uma produção abundante de leite.

As parteiras necessitam encorajar as mães a observarem e responderem aos sinais de prontidão. O choro é considerado um sinal tardio de fome e quando este é vigoroso, o bebê não consegue organizar o seu comportamento de forma a realizar uma boa pega e a alimentar-se eficazmente. Importa elucidá-las sobre pistas ou sinais indicadores de saciedade.

Mais importante que tudo, a mulher necessita de reforço da sua auto-confiança, no seu novo papel de mãe. Elevada auto-confiança e auto-eficácia, contribuem para que a mãe acredite que tem capacidade de produzir leite suficiente. Deveria ser estabelecido precocemente um plano de follow-up, após a alta hospitalar, através de um contacto telefónico para a mãe, o fornecimento de números de contacto disponíveis, consultoras de lactação, clínicas de alimentação, grupos de apoio na área e recursos online.

Aplicabilidade da evidência na prática

O papel da parteira é essencial para apoiar as mães, esclarecendo sobre os sinais confiáveis de transferência de leite e o comportamento do bebê na amamentação. Ao compreender os sinais de adequada ingestão de leite, durante quanto tempo deve ser amamentado e o seu comportamento, as mães podem sentir-se tranquilas, em relação à sua capacidade de produzir leite suficiente para os seus bebês, ou podem ser atempadamente asseguradas intervenções, de forma a garantir que os bebês recebem a quantidade certa de leite.

Referência	Finalidade do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Colheita de dados
Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T., Lau, J., & Ip, S. (21 de October de 2008). Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. <i>Annals of Internal Medicine</i> , 149 (8), pp. 565-582.	Sistematizar a evidência científica disponível, de suporte a intervenções eficazes, para a promoção da amamentação, respeitantes a resultados na saúde materna e infantil.	Nível de evidência 1 Revisão sistemática da literatura.	Não se aplica	Pesquisa de Estudos randomizados e controlados de países desenvolvidos, publicados em inglês, nas bases de dados MEDLINE, Cochrane e CINAHL, ENTRE Setembro de 2001 e Fevereiro de 2008. Além dos países desenvolvidos, foram incluídos estudos do Brasil e de Belarus, pelo seu interesse na Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês. Os serviços de maternidade foram considerados cuidados primários. Foram consideradas intervenções

				<p>conduzidas por vários profissionais (consultores de lactação, enfermeiros, conselheiros de pares, parteiras e médicos) e em locais diferentes (hospital, casa, clínica).</p> <p>Foram analisados 36 estudos conduzidos em países desenvolvidos (Austrália, Canadá, Dinamarca, França, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Escócia, Suécia, Singapura, Reino Unido e Estados Unidos da América) e 2 estudos conduzidos em países em desenvolvimento. De acordo com os critérios de qualidade definidos, 11 estudos foram considerados de boa qualidade, 14 de qualidade razoável e 13 de fraca qualidade.</p>
--	--	--	--	--

Resultados

Foram identificadas as seguintes intervenções:

- Apoio à amamentação a nível do sistema, nomeadamente IHAB e treino de profissionais de saúde.
- Educação formal ou estruturada sobre amamentação: sessões de educação em grupo ou individuais, dirigidas a mães ou outros membros da família.
- Apoio profissional, de consultores de lactação, parteiras, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Apoio a nível do sistema - Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, treino de profissionais de saúde. Apoio a nível individual – apoio individual durante o internamento no hospital, visita de outros clientes (outpatients).
- Apoio não profissional – apoio de pares ou aconselhamento (visitas domiciliárias ou apoio telefónico)
- Entrevistas de motivação.
- Desencorajamento ou atraso na utilização de chupetas.
- Contacto pele a pele

A evidência sugere que as intervenções na amamentação são mais eficazes que o cuidado usual, aumentando as taxas de amamentação a curto e longo prazo. Não foi identificado aumento das taxas de iniciação ou duração da amamentação, relacionado com o apoio profissional individual ou a educação formal. Pode ser benéfica a combinação de intervenções no pré e no pós-natal e a inclusão do apoio não profissional (apoio de pares ou aconselhamento de pares), numa intervenção multifacetada. Sugere-se a realização de estudos que comparem o apoio profissional e o não profissional, na mesma população.

Aplicabilidade da evidência na prática

Os resultados da evidência justificam a definição de estratégias que melhorem a educação pré-natal sobre a amamentação, assim como as práticas de cuidados hospitalares e o apoio da família e da sociedade. Estas incluem mudanças nos cuidados prestados nas maternidades, dos quais são exemplos as medidas preconizadas pela Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, programas sobre lactação nos locais de trabalho, apoio de pares, educação das mães e medidas de marketing.

Referência	Finalidade do estudo	Tipo de Estudo	Participantes	Colheita de dados
Coffield, K. (2008). The benefits of phone support and home visits: an evaluation of the City of Kingston's Breastfeeding Support Service. <i>Breastfeeding Review</i> , 16 (3), pp. 17-21.	Avaliar o serviço de apoio à amamentação da cidade de Kingston, que providencia a continuidade de cuidados através de apoio telefónico e visitação domiciliária de enfermagem	Nível de evidência 4 Estudo quantitativo descritivo.	69 das 96 mães que usufruíram do serviço de apoio à amamentação da cidade de Kingston, integrado no serviço de saúde materno-infantil.	Aplicação de um questionário com 35 perguntas fechadas, por correio e analisados os dados pelo software aplicativo SPSS, versão 14.

Resultados

O estudo incluiu a caracterização das mães: idade, formação académica, residência, etnia, paridade, experiência em amamentação, apoio do companheiro ou outro familiar, intenções e expectativas da mãe relacionadas com a amamentação. Os autores identificaram os motivos que levaram as mães a procurarem apoio, e a sua opinião sobre o apoio e aconselhamento recebido (se melhoraram o seu grau de satisfação para com a amamentação, contribuíram para que amamentasse durante mais tempo, foram úteis para a mãe, melhoraram o seu sentimento de conforto com a amamentação e quais as dificuldades que identificaram, em contactar ou aceder ao serviço).

Das 69 mães que responderam, um terço nasceram em outros países e já tinham amamentado, com uma duração variável. 59 eram primíparas. 84% contactaram o serviço nas primeiras 6 semanas, 42% nas primeiras 2 semanas e 16% na 1ª semana. O serviço foi mais utilizado pelas mães menos jovens do que pelas mais jovens. Mais de metade das mães que responderam, tinham formação académica com bacharelato ou superior a bacharelato. 51 das 69 mulheres eram primíparas e as restantes 18 já tinham amamentado anteriormente, tendo sido variável a duração.

Os resultados sugerem que é elevado o apoio da comunidade a mães que amamentam, em particular da parte dos companheiros e família. Contudo 4% dos companheiros e 7% das famílias não apoiavam, contribuindo para a existência de stress e emoções conflituosas, relacionadas com problemas com a amamentação.

Quando questionadas sobre as razões que as levaram a contactar o serviço, 52% identificaram a dor associada à amamentação como a principal razão (dor ao amamentar, dor nos mamilos, fissuras, mastite ou infeção mamária). A segunda razão mais identificada foi a existência de dificuldades com a pega (dificuldade na sucção, na pega). Outras razões: recusa a mama, bebé inquieto, mamadas frequentes, leite insuficiente, ductos bloqueados, ingurgitamento mamário, gémeos, uso de medicação, necessidade de ajuda com a extracção de leite.

O estudo revelou aumento das taxas de amamentação exclusiva, 2 semanas após o contacto das mães com o serviço de apoio, tendo estas reduzido

para cerca de metade, entre a data da alta hospitalar e o momento do contacto.

A opinião das mães sobre o apoio e aconselhamento: apenas uma considerou que não foi apoiada e 3 referiram que os seus problemas não foram resolvidos.

A maioria das mães (93%) recebeu um telefonema 2 dias após o seu contacto com o serviço, cerca de metade recebeu uma visita domiciliária, mas as restantes beneficiaram deste serviço apenas 3 a 5 dias depois (visita de consultores de lactação). Em relação às visitas domiciliárias, 65% tiveram uma, 23% duas e 3% tiveram uma terceira visita. Todas receberam pelo menos um telefonema e 30% tiveram um ou mais telefonemas de follow-up.

Perceção das mães sobre o serviço: bons ouvintes, demonstrada preocupação com os seus sentimentos, conselhos úteis, aprenderam mais sobre amamentação, o tempo de aconselhamento foi adequado, foi importante verem a mesma consultora de lactação, satisfação com o apoio fornecido, amamentaram por mais tempo, ganharam mais confiança em amamentar e mais conhecimentos sobre como amamentar, aprenderam a resolver os seus problemas com a amamentação, amamentaram de forma mais confortável, contactariam o serviço novamente e recomendariam o serviço a familiares e amigos.

A continuidade de cuidadores foi valorizada pelas mães como um fator importante para a qualidade do serviço prestado, assim como para o seu desenvolvimento de competências para amamentar. Para muitas mães, o apoio é essencial não só para ajudar a resolver os problemas com a amamentação, mas também para a satisfação da sua imagem como mãe de sucesso.

O apoio contribuiu para que as mães se sentissem mais confiantes, com mais conhecimentos sobre amamentação e lactação, mais confortáveis a amamentar e para que amamentassem durante mais tempo. Identificou-se uma associação positiva entre o apoio recebido, a pega e a amamentação exclusiva, com redução da oferta de suplementos.

As mães revelaram um grau elevado de satisfação para com o serviço que receberam, tanto a nível interpessoal como profissional.

Aplicabilidade da evidência na prática

A maioria das mães necessita de apoio durante as primeiras 6 semanas após o parto, principalmente durante as primeiras 2 semanas. Um serviço de apoio à amamentação, melhora os seus conhecimentos e a sua auto-confiança, com reflexo no sucesso da amamentação.

É importante o investimento ao nível de serviços de apoio, realizados por profissionais qualificados, promotores de uma continuidade de cuidados que favoreça a amamentação exclusiva.

Referência	Finalidade do estudo	Tipo de Estudo	Participantes	Colheita de dados
Grassley, J. (2010). Adolescent Mother' Breastfeeding Social Support Needs. <i>JOGNN</i> , 39, pp. 713-722.	Definir os aspectos relacionados com o apoio social que as adolescentes necessitam, e como os enfermeiros podem oferecer esse apoio.	Nível de evidência 2 Revisão da literatura.	18 estudos relacionados com a dimensão de apoio social identificado por House.	Pesquisa nas bases de dados MEDLINE E CINAHL, de estudos publicados entre os anos 2000 e 2009.
Resultados				
<p>Foram descritas 4 categorias, relacionadas com comportamentos de apoio, identificadas por House: informativo, instrumental, emocional e avaliativo. Muitos estudos identificaram a importância de um apoio em rede como uma quinta categoria, no apoio ao aumento da duração da amamentação, entre adolescentes.</p> <p>Apoio informativo: conhecimentos sobre a amamentação, informação correta e consistente, sugestões, directivas ou conselhos.</p> <p>Apoio instrumental ou material: Inclui ajuda prática para iniciar a amamentação, nomeadamente sobre a pega e posição do recém-nascido, sendo importante para as adolescentes a presença do enfermeiro durante as primeiras mamadas. Isto ajuda-as a ultrapassar os receios da amamentação ser dolorosa. Apoio na sua necessidade de privacidade e discrição em amamentar em público.</p> <p>Apoio emocional: empatia, confiança e preocupação. O facto de terem sido amamentadas, o apoio dos parceiros e das suas mães, a sua cultura e as suas famílias.</p> <p>Apoio avaliativo: encorajamento através da afirmação e feedback, estimular a confiança em amamentar, o empoderamento e a sua independência.</p> <p>Apoio em rede: respeitante ao apoio de profissionais de saúde (rede formal), como uma consistente continuidade de cuidadores e de companheiros, mães, família e amigos (rede informal).</p>				
Aplicabilidade da evidência na prática				
No pós-parto os enfermeiros podem oferecer todo o tipo de apoio social às mães adolescentes e jovens (informativo, instrumental, emocional, avaliativo e em rede), desde o início a amamentação, promovendo a sua saúde a longo prazo.				

Apêndice VII – Instrumento de registo das intervenções de enfermagem durante o trabalho de parto e puerpério

INSTRUMENTO DE REGISTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Alvo de cuidados: Clientes/Parturientes internadas no bloco de partos

Local da prestação de cuidados: Bloco de Partos

Prestadora de cuidados: Aluna do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, sob **orientação local** de uma Senhora Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Docente da ESEL orientadora do estágio em bloco de partos: Prof. Maria Teresa Félix

Instrumento de registo das intervenções de enfermagem

Nº DE ORDEM	CARACTERIZAÇÃO DA MULHER															
	IDADE MATERNA			IO	IG	ETNIA				HABILITAÇÕES ACADÉMICAS			SITUAÇÃO PROFISSIONAL			
	<19A	19-34	35-45			Caucasiana	Cigana	Negra	Asiática	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	Desempregada

Nº DE ORDEM		EXPERIÊNCIA EM AMAMENTAÇÃO										
Já Amamentou	Se Amamentou, Foi AM Exclusivo Durante Quanto Tempo Amamentou Exclusivamente	ONDE AMAMENTAVA (As mães passam mto tempo fora de casa, necessitando de amamentar nessas alturas. Amamentar em público, influencia fortemente o sucesso da amamentação. Esta prática deve ser promovida eficazmente, para que as mães tomem consciência do seu direito de amamentarem.				MOTIVO DA INTERRUPTÃO DO AM EXCLUSIVO						
		Em Casa	Fora de Casa em Espaços Destinados à Amamentação	Em Espaços Públicos	No Trabalho	% Perda Ponderal	Má Progressão Ponderal	Leite Insuficiente	Má Pega	Fissuras nos Mamilos	Recusa do RN	Choro

Nº DE ORDEM		CONHECIMENTO SOBRE AMAMENTAÇÃO																				
		BENEFÍCIOS PARA O BEBÊ					BENEFÍCIOS PARA A MÃE			BENEFÍCIOS PARA A FAMÍLIA		Menos Gastos em Saúde para o País	COMO AMAMENTAR		QUANDO AMAMENTAR							
CPP	ONDE/COMO ADQUIRIU OS CONHECIMENTOS	Nutricionais	Imunológicos	Relação da Díade	Desenvolvimento Físico	Desenvolvimento Psicológico	Involução Uterina	Relação da Díade	Recuperação da Forma Física	Amenorreia Lactacional	Proteção contra Câncer da Mama	Proteção Contra Câncer do Ovário	Proteção Contra Osteoporose	Relacionais	Econômicos	Benefícios Ecológicos	Menos Gastos em Saúde para o País	Pega Correta	Posição do RN	Posição da Puérpera	Sinais de Prontoidão	Horário
Internet																						
Folhetos																						
Senso Comum																						
Experiência Própria																						
Consultas de VPN C/ Enf.																						
Cons. Médica																						
Sessões de Esclarecimento em Espaços Públicos																						
Com Familiares / Amigos																						
Outros																						

Tipo de Apoio Profissional Informativo / Formativo						
Nº DE ORDEM	Facilitador/Útil				Redutor / Inútil	
	Coerente/realista	Não Contraditória	Prática		Promotora do apoio contínuo	Não coerente/idealista
			Instrução	Treino		
			Adequada/Precisa/ Oportuna/Pertinente	Detalhada		Contraditória/conflituosa
						Informação standard
					Inadequada / Inoportuna	Abordagem didática
						Não promotora do apoio contínuo

Tipo de Aconselhamento Profissional					
Nº DE ORDEM	Facilitador/Útil			Redutor / Inútil	
	Consistente/útil	Contínuo	Continuidade de cuidadores (Apoio em rede)	Grande diversidade de cuidadores	
			Rede formal (profissional de saúde)	Rede informal (pais, avós, outros familiares, amigos)	Profissionais de saúde
				Não consistente/inútil	
				Pontual/descontínuo	

CUIDADOS DE CONTINUIDADE NO APOIO AO AM EXCLUSIVO											
Nº DE ORDEM	FATORES RELACIONADOS COM A MAMADA			SINAIS CONFIÁVEIS DE TRANSFERÊNCIA DE LEITE							
	Pega	Posição do RN	Posição da puérpera	Ganho ponderal	Fraldas sujas		Reflexos		Sinais de esvaziamento mamário		
					urina	fezes	sucção	deglutição			
	UM BEBÉ NORMAL					COMPORTAMENTO DO RN COM A AMAMENTAÇÃO					
	Características das mamadas				Surtos de crescimento	Padrao de sono	Sinais de prontidão	Letargia, choro fraco, fontanelas encovadas, mucosas secas, falta de lacrimejo, febre	Choro/irritabilidade/inquietud e/agitação	Satisfação	Saciedade
	Frequência		Duração								
	Horário livre	Horário pré-estabelecido	Curtas	Longas							
	MAMAS							OUTROS CUIDADOS			
	Mamilos			Dor nos mamilos/mamas	Engurgitamento	Fissuras	Ductos bloqueados	mastite	infecção mamária	Reflexo de ocitocina	Chupeta
	Normal	Mal formado	umbilicado								
										Icterícia fisiológica	
										extração de leite materno	

ALIMENTAÇÃO DO RN								
Nº DE ORDEM	ALIMENTAÇÃO DO RN			INICIATIVA DO A. ARTIFICIAL				
	AM exclusivo	AM misto	A. artificial	Própria	Companheiro	Médico	Enf.	Outro

PERCEÇÃO DAS MÃES SOBRE A ALIMENTAÇÃO DOS SEUS FILHOS								
Nº DE ORDEM	Satisfação/Prazer	Apoio do companheiro		Confiança	Insegurança	Vergonha/constrangimento	Alívio	
		Favorável	Não favorável				Amamentar sem dificuldades	Não estar a amamentar

CUIDADOS DE CONTINUIDADE NO APOIO AO AM EXCLUSIVO													
Nº DE ORDEM	FATORES RELACIONADOS COM A MAMADA			SINAIS CONFIÁVEIS DE TRANSFERÊNCIA DE LEITE									
	Pega	Posição do RN	Posição da puérpera	Ganho ponderal	Fraldas sujas		Reflexos		Sinais de esvaziamento mamário				
					urina	fezes	sucção	deglutição					
	UM BEBÉ NORMAL					COMPORTAMENTO DO RN COM A AMAMENTAÇÃO							
	Características das mamadas				Surtos de crescimento	Padrao de sono	Sinais de prontidão	Letargia, choro fraco, fontanelas encovadas, mucosas secas, falta de lacrimejo, febre	Choro/irritabilidade/inquietud e/agitação	Satisfação	Saciedade	descontentamento depois de mamar	Postura/expressões RN
	Frequência		Duração										
	Horário livre	Horário pré-estabelecido	Curtas	Longas									
	MAMAS							OUTROS CUIDADOS					
	Mamilos			Dor nos mamilos/mamas	Engurgitamento	Fissuras	Ductos bloqueados	mastite	infecção mamária	Reflexo de ocitocina	Chupeta	Icterícia fisiológica	extração de leite materno
	Normal	Mal formado	umbilicado										

Apêndice VIII – Guião orientador da entrevista às clientes

GUIÃO ORIENTADOR DA ENTREVISTA ÀS CLIENTES

Nº DE ORDEM:

VISITA AO PUERPÉRIO (24 h. após o parto - VP):

MARCAÇÃO NO CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO (CA):

TELEFONEMA 1 (T1):

TELEFONEMA 2 (T2):

1. Como está a alimentação o seu bebé, nas últimas 24 horas? (se mama: elogiar; se aleitamento misto ou artificial, devolver a frase com uma questão, procurando saber:
 - O motivo
 - Quem tem apoiado
 - Nos serviços de saúde quem acompanha e se é sempre o mesmo profissional
 - Quem decidiu pelo leite de fórmula
 - Quem orientou na decisão de utilizar um leite de fórmula
2. Com que frequência o bebé mama? Durante quanto tempo está a mamar?
3. Onde (em que locais) costuma amamentar?
4. Como identifica que o bebé está a mamar bem (sinais)?

5. Teve alguma necessidade/dificuldade com a amamentação (em relação à mãe, ao bebé, ou outra situação)?
6. Quem a apoiou, onde (Internamento de obstetrícia, cantinho amamentação do serviço de obstetrícia, centro de saúde) e que tipo de apoio recebeu?
7. A situação foi ultrapassada ou ficou resolvida?
8. Qual é o centro de saúde a que pertence?
9. Já foi ao centro de saúde?
10. Se sim, quem a consultou e se observaram a mamada (se não observaram, porque motivo? O bebé tinha mamado na última hora?).
Se não onde tem feito o acompanhamento do bebé, por quem, e que cuidados são prestados.
11. Ficou com alguma consulta marcada? Para quem e porque motivos.
12. É sempre o mesmo enfermeiro a consultá-la?
13. Recorda-se dos serviços a que pode recorrer, caso necessite?
14. A situação para a qual necessitou de apoio foi ultrapassada? De que forma?
15. Em casa tem apoio de alguém em relação às tarefas domésticas, de forma a estar mais disponível para o seu bebé?


16. Que pessoas têm tido um papel importante, em todo o processo relacionado com a alimentação do seu bebé?

17. De que forma percebe esse apoio?

18. Como tem vivido esta experiência? Como se sente (autónoma; confiante) a alimentar o seu filho?

19. Se pudesse decidir o que mudaria em todo este processo relacionado com a alimentação do seu bebé?

Apêndice IX – Ficha de articulação de cuidados

	FICHA DE ARTICULAÇÃO
	CONTINUIDADE DE CUIDADOS NO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Filho de:	
Data de nascimento: __/__/__	
Contacto telefónico:	
Morada:	
UCSP / USF:	
Médico de Família	Enfermeiro de Família

ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO:

<input type="checkbox"/> Aleitamento materno exclusivo <input type="checkbox"/> Aleitamento materno misto <input type="checkbox"/> Aleitamento artificial Observações _____
--

SITUAÇÕES COM POSSÍVEL NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

<input type="checkbox"/> Características do mamilo: _____ <input type="checkbox"/> Pega <input type="checkbox"/> Posição do RN <input type="checkbox"/> Posição da mãe <input type="checkbox"/> Posição da mão da mãe <input type="checkbox"/> Ingurgitamento mamário <input type="checkbox"/> Dor no mamilo ao amamentar <input type="checkbox"/> Outra _____ _____ _____ _____
--

ENF. DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA:

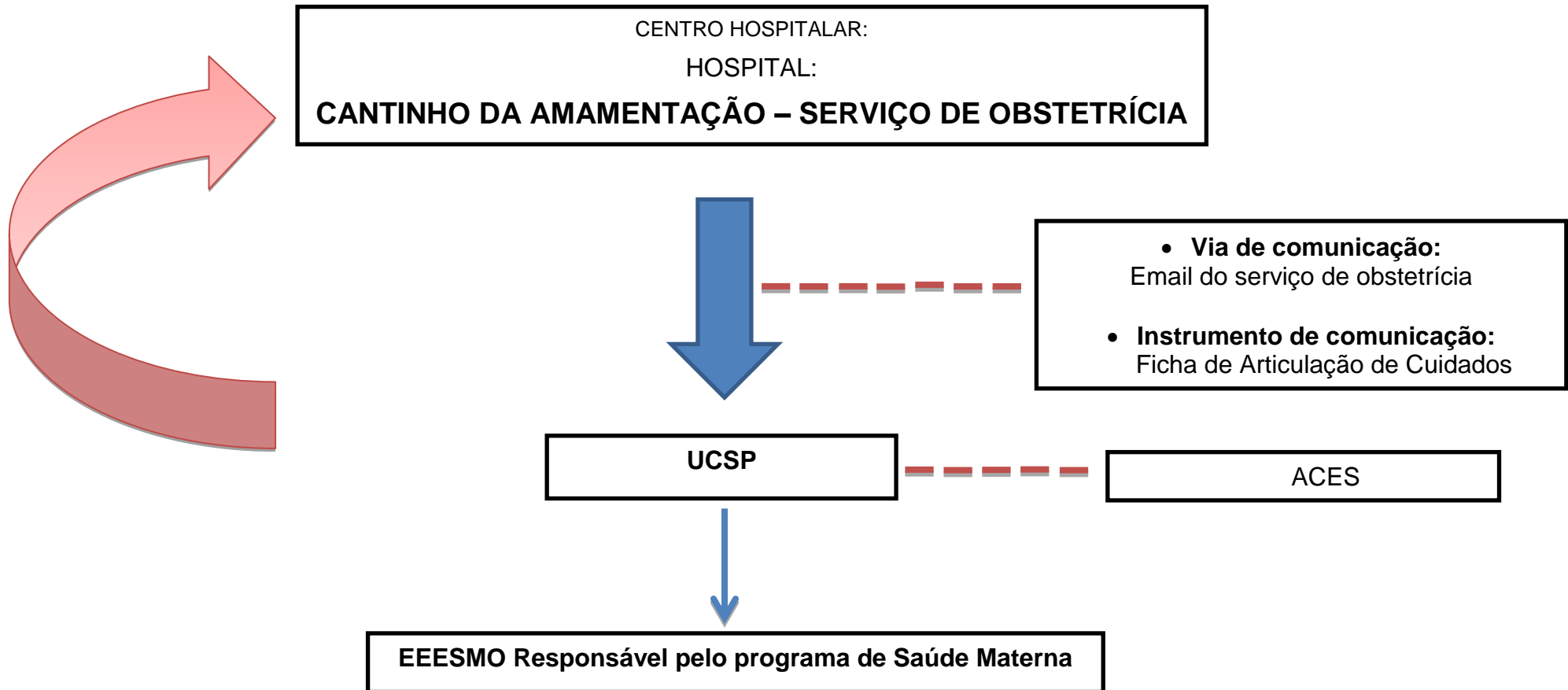
DATA: __/__/__

Apêndice X – Circuito de informação com uma UCSP

PROPOSTA PARA PROJETO

“CONTINUIDADE DE CUIDADOS NO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO”

Circuito de comunicação entre as unidades envolvidas no projeto

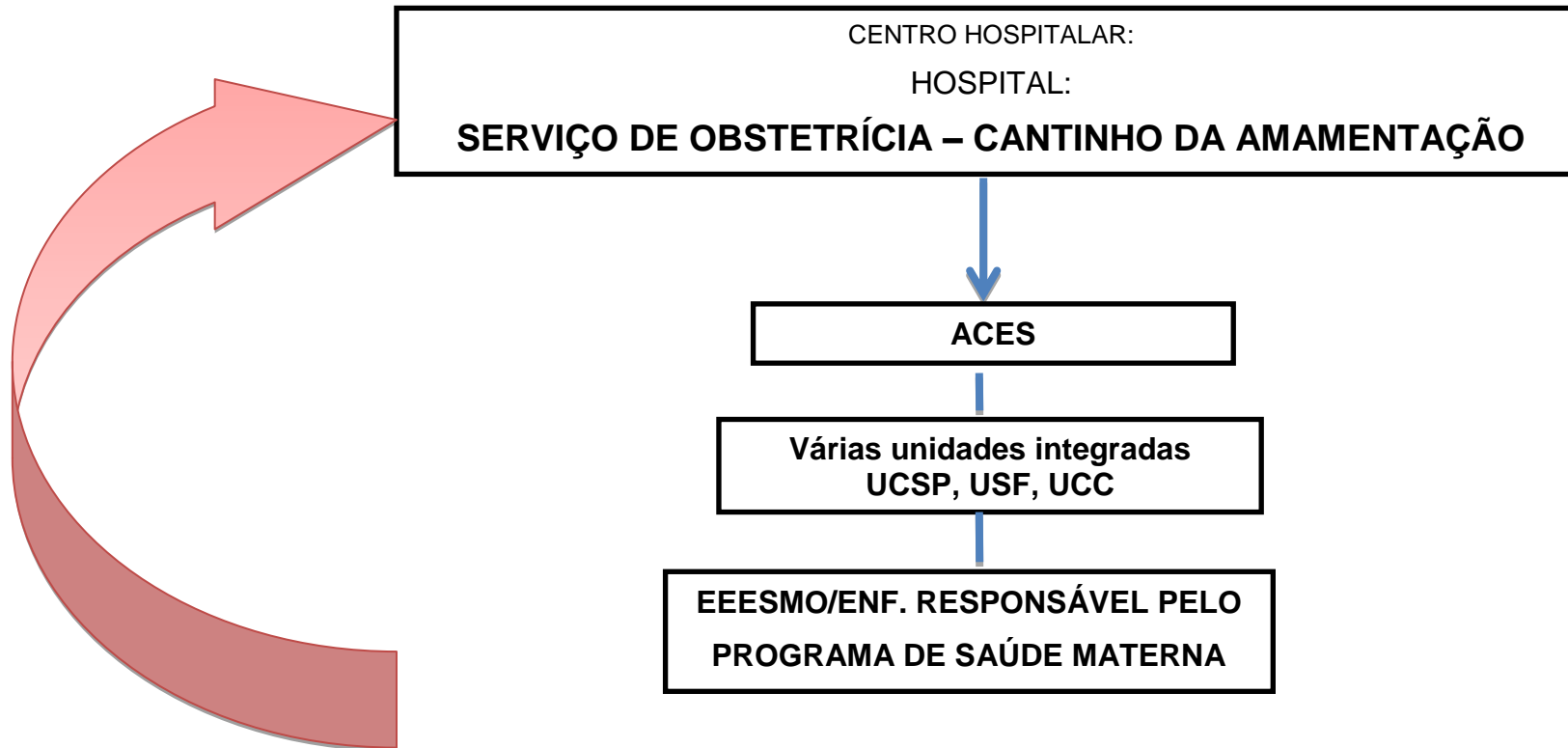


Apêndice XI – Circuito de informação alargado

PROPOSTA DE ALARGAMENTO DO PROJETO

“CONTINUIDADE DE CUIDADOS NO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO”

Proposta para circuito de comunicação entre as unidades envolvidas no projeto



Apêndice XII – Guião para entrevista aos profissionais

GUIÃO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Profissionais

No âmbito do meu projeto individual subordinado ao tema “A continuidade de cuidados do EEESMO à díade e família, no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério”, foi planeada a realização de duas entrevistas semi-estruturadas a dois peritos com formação em aconselhamento em aleitamento materno/EEESMO.

Estas têm como objectivos:

- Identificar os cuidados de continuidade no apoio ao aleitamento materno, na sua perspectiva.
- Identificar os agentes de stress relacionados com a prestação desses cuidados, na sua perspectiva.

Considerando que:

- De acordo com a CIPE, apoiar significa “ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.95).
- Cuidados de continuidade são aqueles prestados por uma equipa de profissionais, que partilham da mesma filosofia (Lee, 1997).
- O modelo preconizado pela Iniciativa Hospitais Amigos das Crianças (IHAC), defende que este tipo de cuidados capacitam as mães de habilidades, necessárias para que amamentem exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida e continuem a amamentar, mesmo após a introdução da alimentação complementar, por dois anos ou mais (Unicef & OMS, 2009).

- Para este projeto foi definido como critério de inclusão, as puérperas e recém-nascidos de termo, sem patologias e suas famílias, situações de parto eutócico e a decisão da mulher/casal de amamentar.

Na sua opinião:

1. Quais os cuidados de continuidade prestados pelo EEESMO à díade e família, no apoio ao aleitamento materno, durante o puerpério.
2. Quais os fatores que facilitam e/ou dificultam a continuidade de cuidados de enfermagem especializados, prestados à díade e família no apoio ao aleitamento materno, durante o puerpério.

Apêndice XIII – Pedido de autorização ao Conselho Clínico do ACES

Ao cuidado do Exmo. Sr. Director Executivo _____, com o conhecimento da Exma. Sra. Enfermeira Vogal _____

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados em Ensino Clínico, no contexto de Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Data: 18/11/2013

Cheila Maria Claro Rodrigues Simões Santos, estudante nº 4713 a frequentar 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar a V. Exa., autorização para proceder a uma colheita de dados, no âmbito do seu projecto em desenvolvimento, no ensino clínico planeado para decorrer na UCSP e na UCC da _____ de 16 de Dezembro a 14 de Fevereiro, tendo esta sido planeada da seguinte forma:

- Decorrente da interacção durante a prestação de cuidados às díades e seus familiares;
- Junto de peritos em aconselhamento em aleitamento materno;

Tema do projecto: Cuidados de continuidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, à díade e família, no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério.

Objectivo: Adquirir e desenvolver competências específicas como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna obstétrica e ginecológica, de acordo com o definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela International Confederation of Midwives (ICM), junto do cliente/sistema (mulher/recém-

nascido/família, inseridos numa comunidade), contribuindo para a continuidade dos cuidados no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério, respeitando as suas decisões, cultura e crenças.

Métodos para a colheita de dados: entrevista semi-estruturada e observação participante.

Após o consentimento voluntário e verbal, depois do esclarecimento sobre o motivo da entrevista, garante a protecção do anonimato e a confidencialidade de dados.

Todos os dados colhidos serão tratados de forma confidencial, codificando o nome das famílias. Os resultados poderão ser apresentados mais tarde, nunca sendo identificados individualmente.

É assegurado o direito de recusa em participar, em qualquer momento do processo, sem que isso possa prejudicar, a assistência prestada tanto à puérpera, como ao recém-nascido.

Grata pela vossa atenção, pede deferimento

Cheila Maria Claro Rodrigues Simões Santos

Apêndice XIV – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar

**Ao Conselho de Administração do
Centro Hospitalar _____**

A/C: Exmo Sr. Diretor Clínico

Data: 25.03.2014

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados em contexto de Bloco de Partos, durante o Estágio com relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Tema do projecto: Cuidados de Continuidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia à díade e família no apoio ao aleitamento materno durante o trabalho de parto e puerpério.

Cheila Maria Claro Rodrigues Simões Santos, estudante nº 4713 a frequentar 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar a V. Exa., autorização para, no âmbito do seu projeto de estágio com relatório a decorrer no Bloco de Partos do _____, desde o dia 19 de Fevereiro de 2014, proceder a colheita de dados, durante a prestação de cuidados, da seguinte forma:

- Durante o parto e puerpério imediato, a mulheres e recém-nascidos sem patologia e cujo parto eutócico. A colheita de dados relacionada com a identificação dos cuidados prestados pela estudante será efetuada recorrendo à observação participante. Os participantes serão o alvo de cuidados de enfermagem especializados da estudante, díade/família, em contexto do estágio com relatório a decorrer no Bloco de Partos..Será solicitado o consentimento esclarecido para a colheita de dados, através de documento elaborado para o efeito (anexo I). As anotações dos acontecimentos/comportamentos serão realizadas de acordo com a sua apresentação e serão efectuadas em suporte de papel, num instrumento para registo dos cuidados prestados, que se apresenta em anexo (anexo II).

- Durante o puerpério precoce, com visita ao internamento de puérperas, para acompanhamento e encaminhamento para o cantinho da amamentação.

- Junto de peritos em aconselhamento em aleitamento materno. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas a peritos, preferencialmente com formação em aconselhamento em aleitamento materno, com o objectivo de identificar que cuidados de continuidade no apoio ao aleitamento materno prestam e que stressores identificam, relacionados com a prestação desses cuidados. O guião para as referidas entrevistas é apresentado em anexo. Será solicitado o consentimento esclarecido para a realização da entrevista, através de documento elaborado para o efeito, que envio em anexo.

Objectivos do projeto:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados de continuidade, à mulher/recém-nascido/família, no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério imediato.

- Identificar os cuidados de enfermagem especializados e de continuidade, prestados à díade e família, no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério, na perspectiva das puérperas e dos profissionais.

- Identificar os stressores relacionados com a continuidade de cuidados de enfermagem especializados, prestados à díade e família no apoio ao aleitamento materno, durante o trabalho de parto e puerpério, na perspectiva das puérperas e dos profissionais.

Todos os dados colhidos serão tratados de forma confidencial, codificando o nome das famílias. Os resultados poderão ser apresentados, nunca sendo identificados individualmente.

Grata pela vossa atenção, pede deferimento

Cheila Maria Claro Rodrigues Simões Santos

Apêndice XV – Termo de consentimento esclarecido para as clientes sobre a colheita de dados

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Designação do Projeto de estágio: *“A Continuidade de Cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia à Díade e Família no Apoio ao Aleitamento Materno durante o trabalho de parto e puerpério”*.

Eu, _____,
responsável pelo meu filho que está para nascer, aceito colaborar no desenvolvimento do referido projeto, a ser realizado pela estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Cheila Maria Claro Rodrigues Simões Santos.

Declaro que a senhora enfermeira acima mencionada, me forneceu todas as informações relacionadas com o objectivo do projeto e com as intervenções que realizará e que me respondeu de forma satisfatória a todas as questões, podendo eu colocá-las em qualquer fase do desenvolvimento do projeto.

Foi-me garantida a protecção do anonimato e a confidencialidade dos dados, podendo os resultados ser apresentados posteriormente, mas nunca sendo identificados individualmente.

Foi-me assegurado o direito de recusa em participar, em qualquer momento do processo, sem que isso possa prejudicar, a assistência prestada tanto a mim como ao meu filho, ou a qualquer outro membro do meu agregado familiar.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura da grávida

Assinatura da estudante

Apêndice XVI – Termo de consentimento esclarecido para as clientes sobre as entrevistas telefônicas

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA
TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM**

Aceito colaborar na entrevista telefónica a ser realizada pela estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Cheila Maria Claro Rodrigues Simões Santos.

Declaro que a senhora enfermeira acima mencionada, me forneceu todas as informações relacionadas com o motivo das entrevistas e me respondeu de forma satisfatória a todas as questões, podendo eu coloca-las em qualquer fase do desenvolvimento do projeto.

Foi-me garantida a protecção do anonimato e a confidencialidade dos dados, podendo os resultados ser apresentados posteriormente, mas nunca sendo identificados individualmente.

Foi-me assegurado o direito de recusa em participar, em qualquer momento do processo, sem que isso possa prejudicar, a assistência prestada tanto a mim como ao meu filho, ou a qualquer outro membro do meu agregado familiar.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura da puérpera

Assinatura da estudante

Contactos da puérpera: _____

Apêndice XVII – Termo de consentimento esclarecido para os profissionais

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA SEMI-
ESTRUTURADA DE ENFERMAGEM**

Eu, _____, aceito colaborar na entrevista a ser realizada pela estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Cheila Maria Claro Rodrigues Simões Santos.

Declaro que a senhora enfermeira acima mencionada, me forneceu todas as informações relacionadas com o motivo das entrevistas e me respondeu de forma satisfatória a todas as questões, podendo eu coloca-las em qualquer fase do desenvolvimento da mesma.

Foi-me garantida a protecção do anonimato e a confidencialidade dos dados, podendo os resultados ser apresentados posteriormente, mas nunca sendo identificados individualmente. Da mesma forma, foi-me assegurado o direito de recusa em participar, em qualquer momento do processo

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura

Assinatura da estudante

Apêndice XVIII – Intervenções de enfermagem para a continuidade de cuidados no apoio ao aleitamento materno

Quadro - Cuidados de continuidade no apoio à amamentação

CUIDADOS DE CONTINUIDADE NO APOIO À AMAMENTAÇÃO		
TIPO DE APOIO		
INFORMAÇÃO, ACONSELHAMENTO		
PREVENÇÃO PRIMÁRIA	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	PREVENÇÃO TERCIÁRIA
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;">INFORMAR</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;">ENSINAR - INSTRUIR - TREINAR</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;">EXECUTAR</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;">DEMONSTRAR</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;">DETERMINAR</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;">OBSERVAR</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;">TRABALHAR EM REDE</div> </div>		
<ul style="list-style-type: none"> • Amamentação: <ul style="list-style-type: none"> - em horário livre - frequente nas 24 horas - duração variável estabelecida pelo recém-nascido - alternando as mamas nas mamadas - amamentar à noite - aleitamento materno exclusivo - Contacto pele a pele • Aménorrea lactacional • Massagem e esvaziamento mamário • Cuidados na proteção dos mamilos • Uso de soutien adequado (não apertado) • Gestão dos períodos de descanso pelas rotinas do recém-nascido • Posição da mão da cliente enquanto amamenta o recém-nascido • Ato de "pentear" a mama • Técnica da seringa na prevenção da pega incorreta • Alimentação por copo • Validação/identificação como a cliente está a amamentar (frequência, duração, alternância das mamas nas mamadas) • Observação da mamada nos vários contextos (bloco de partos, serviço de puerpério, cantinho da amamentação) • Incentivo à observação da mamada nos cuidados de saúde primários • Benefícios do aleitamento materno • Reflexos de busca, sucção e deglutição no recém-nascido • Reflexo de ocitocina na cliente • Hábitos de eliminação vesical e intestinal no recém-nascido • Identificação dos sinais de prontidão, pega adequada e tipos de choro do recém-nascido • Riscos associados ao uso de mamilos artificiais e confusão de tetinas • Curvas de crescimento e perda ponderal nos primeiros dias de vida. • Identificação da disponibilidade da mãe para amamentar • Alojamento conjunto • Importância do aleitamento materno na mãe fumadora • Indicação para amamentar nas situações de febre, ingestão de antibióticos ou anti-inflamatórios e ocorrência de mamilos sangrantes • Alimentação da cliente lactante • Início da alimentação complementar do seu filho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrução sobre quando descansar, na presença do stressor cansaço • Alojamento conjunto • Amamentação em situação de icterícia fisiológica • Validação/identificação de: <ul style="list-style-type: none"> - Tipos de choro do recém-nascido - Complicações associadas ao uso de chupetas • Correção da pega • Orientação sobre mamadas frequentes na presença dos stressores perda ponderal de 10%, engurgitamento e ducto bloqueado • Estimulação mamária para aumento da lactogénese • Como colocar um recém-nascido a mamar na presença dos stressores agitação e dificuldade com a pega pelas características de uma mama grande e densa e mamilos invertidos (CORE) • Uso de conchas em substituição de discos descartáveis pela cliente com mamilos invertidos (CORE) • Massagem mamária, utilização de calor húmido e gelo local, e esvaziamento mamário (manual ou com recurso a bomba), na presença dos stressores mamas túrgidas, engurgitamento e ducto bloqueado • Administração de anti-inflamatório, na presença dos stressores dor e aumento da temperatura corporal • Recurso à técnica da seringa ao surgir o stressor dificuldade na pega agravada pela característica de mamilos invertidos • Massagem abdominal no recém-nascido pela presença do stressor cólicas • Correção da posição da mão da cliente ao identificar o stressor mão em tesoura • Amamentação a copo na presença dos stressores dificuldade na pega e fraco aumento ponderal • Validação/identificação como a cliente está a amamentar telefonicamente (frequência, duração, alternância das mamas nas mamadas) e presencialmente através da observação da mamada nos vários contextos (bloco de partos, serviço de puerpério, cantinho da amamentação) • Incentivo à observação da mamada nos cuidados de saúde primários. 	<ul style="list-style-type: none"> • Validação telefónica de: <ul style="list-style-type: none"> - Como a cliente está a amamentar (frequência, duração, presença/ausência de dor ao amamentar) - Pega adequada - Esvaziamento mamário - Integridade dos mamilos • Incentivo à observação da mamada na consulta de enfermagem • Orientação antecipada para a solicitação de apoio da minha parte, no hospital, na unidade de cuidados de saúde na comunidade, em organizações não governamentais como o SOS amamentação.

CUIDADOS DE CONTINUIDADE NO APOIO À AMAMENTAÇÃO		
TIPO DE APOIO		
RELAÇÃO TERAPEUTICA		
PREVENÇÃO PRIMÁRIA	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	PREVENÇÃO TERCIÁRIA
<pre> graph LR ATENDER --> ASSISTIR ATENDER --> RELACIONAR ASSISTIR --> APOIAR["APOIAR - ENCORAJAR"] ASSISTIR --> PROMOVER RELACIONAR --> RELACIONAR ESCUTAR </pre>		
<ul style="list-style-type: none"> • Adoção uma presença autêntica • Adoção de uma atitude não julgadora • Disponibilidade • Elogio sobre as suas decisões • Reforço da sua auto-confiança e auto-eficácia • Escutar as clientes • Estabelecimento de relações terapêuticas • Partilha de experiências. 		
CUIDADOS DE CONTINUIDADE NO APOIO À AMAMENTAÇÃO		
TIPO DE APOIO		
AMBIENTE PROPORCIONADO		
PREVENÇÃO PRIMÁRIA	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	PREVENÇÃO TERCIÁRIA
<pre> graph LR ATENDER --> ASSISTIR ATENDER --> PROMOVER </pre>		
<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente favorável ao descanso • Presença do convivente significativo • Respeito pela privacidade • Promoção da vinculação • Presença autêntica e disponível. 		

Legenda:

XXX – Intervenções realizadas

XXX – Intervenções realizadas e referidas pelas enfermeiras entrevistadas como importantes realizar

XXX – Intervenções realizadas e referidas pelas clientes

XXX – Intervenções realizadas, referidas tanto pelas enfermeiras entrevistadas como pelas clientes

Apêndice XIX – Stressores identificados pelos enfermeiros entrevistados

Quadro - Stressores identificados pelos enfermeiros entrevistados

IDENTIFICAÇÃO DE STRESSORES NEGATIVOS NA EQUIPA/SISTEMA DE SAÚDE RELACIONADOS COM O APOIO À AMAMENTAÇÃO – perspectiva das enfermeiras entrevistadas					
VARIÁVEIS DO CLIENTE/SISTEMA	FISIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOCULTURAL	DESENVOLVIMENTO	ESPIRITUAL
STRESSORES					
FORÇAS INTRA-PESSOAIS		Inexistência de formação específica			
FORÇAS INTER-PESSOAIS		Partilha de informação comprometida Recursos humanos diminuídos			
FORÇAS EXTRA-PESSOAIS			Continuidade de cuidados/articulação de serviços comprometida Inexistência de serviço em visita domiciliária Recursos físicos comprometidos/inexistência de espaço próprio		
IDENTIFICAÇÃO DE STRESSORES POSITIVOS NA EQUIPA/SISTEMA DE SAÚDE RELACIONADOS COM O APOIO À AMAMENTAÇÃO – perspectiva das enfermeiras entrevistadas					
VARIÁVEIS DO CLIENTE/SISTEMA	FISIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOCULTURAL	DESENVOLVIMENTO	ESPIRITUAL
STRESSORES					
FORÇAS INTRA-PESSOAIS		Empenho dos profissionais Existência de formação específica			
FORÇAS INTER-PESSOAIS		Incentivo da liderança/chefia Aumento da informação das clientes pelos profissionais	Existência de um grupo de saúde materna: articulação de situações de risco		
FORÇAS EXTRA-PESSOAIS					

Apêndice XX – Jornal de aprendizagem: Curso de Preparação para a Parentalidade - Reflexão



**4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA**

ACES ARCO RIBEIRINHO
UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DA MOITA
ENSINO CLÍNICO III

JORNAL DE APRENDIZAGEM
Curso de Preparação para a Parentalidade
Reflexão

Discente: Cheila Maria Claro Rodrigues Simões Santos – nº 4713

Docente: Prof. Sara Palma

Orientadora local: EEESMO Hortense Dias

Lisboa
Janeiro de 2014

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

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

CPP – Curso de Preparação para a Parentalidade

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ICM - International Confederation of Midwives

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

A equipa pedagógica do Ensino Clínico III, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, definiu como uma das actividades a serem desenvolvidas pelos estudantes, durante o seu decurso, a realização de jornais de aprendizagem. Tratando-se de uma fase do percurso de aprendizagem, que possibilita o desenvolvimento de competências, para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/casal, apoiando os processos de transição e adaptação à parentalidade, decidi refletir sobre a importância do Curso de Preparação para a Parentalidade, como um projeto promotor de famílias saudáveis e equilibradas, e em particular sobre a abordagem das questões relacionadas com o trabalho de parto e a dor associada ao mesmo.

Considerado pela OE “(...) *um modelo assistencial centrado na mulher/casal de modo a melhorar o resultado da gravidez/nascimento.*” (OE, 2012), é para mim uma prioridade como estudante deste CMESMO, aproveitar esta oportunidade de aprendizagem, para refletir sobre a finalidade do curso e sobre as temáticas que o constituem, aprofundar conhecimentos teóricos e aplicá-los. A designação de grávida que utilizarei com frequência, dirá respeito não só à mulher grávida, mas também à pessoa que é significativa para si em relação à sua gravidez (acompanhante/companheiro), constituindo na generalidade o casal.

Durante o EC III, tenho tido a oportunidade de presenciar sessões integradas no Curso de Preparação para a Parentalidade, e neste contexto de tomar consciência da sua importância, nesta fase específica do ciclo de vida da mulher. Tenho constatado que as grávidas são ávidas de informação e orientação, em relação aos processos de gravidez que vivenciam e às adaptações a que ficam sujeitas, a nível pessoal, conjugal, familiar, emocional e social, demonstrando interesse sobre as alterações do seu corpo relacionadas com a gravidez, com o trabalho de parto, com o nascimento dos seus filhos e os cuidados inerentes a este acontecimento. Neste contexto, com frequência verbalizam receio do parto e da dor subjacente ao trabalho de parto. Primíparas ou múltiparas enfrentam um momento que identificam como desconhecido, pois reconhecem que cada experiência é única:

- “Será que vou aguentar quando as dores apertarem?”
- “Será que vai haver tempo de me fazerem epidural?”

- *“Quanto tempo estarei em trabalho de parto?”*
- *“Será que vou conseguir fazer força correctamente?”*

Muitas questões invadem o pensamento destas mulheres, provocando-lhes ansiedade e muitas vezes perturbando a sua estabilidade emocional. Por outro lado os contextos e referências familiares de cada uma, as suas experiências e os seus conhecimentos também variam, tornando o designado Curso de Preparação para a Parentalidade, um emocionante desafio para quem o ministra e uma experiência enriquecedora para o grupo que o constitui.

Ao ouvir as dúvidas e os receios verbalizados por algumas grávidas, interroguei-me sobre a minha postura e a minha própria experiência, não só perante as questões relacionadas com a dor e o trabalho de parto, mas também perante a minha posição como futura profissional especializada, com responsabilidades a assumir. Confesso que senti um misto de tristeza, vergonha e mesmo insegurança. Tristeza por durante tanto tempo, ter mantido uma visão do trabalho de parto, de dor, sofrimento, impotência e incapacidade, perante uma situação sem controlo possível da minha parte (julgava eu), podendo apenas ser manipulada e dominada por outros, parteiras e obstetras. E eu? Apenas alguém à mercê da vontade e da experiência de outros, e portanto dependente do que pudessem ou quisessem decidir sobre a minha vida e a vida do meu filho. Insegurança, por me questionar sobre a minha competência nesta área de intervenção.

A aquisição de conhecimentos durante este CMESMO, mostrou-me outra versão da história, para mim agora entendida como a verdadeira, coerente para com a vida humana e construtiva, pois contribui para o desenvolvimento de uma parentalidade sólida. Além disso só através de um investimento contínuo, conseguirei desenvolver as competências necessárias a um desempenho de excelência. Tenho a vontade e a persistência, proporcionam-me o suporte formativo, terei que continuar a acreditar que é sempre possível fazer mais e melhor.

Couto (2003), alerta para a origem latina da palavra dor, estando associada a pena, castigo ou punição. É interessante a forma abrangente como a caracteriza, considerando-a uma experiência única para cada um, subjectiva e culturalmente variável, podendo assumir a forma de comunicação ou um sinal de alerta. Nesta

perspectiva, não deverá a abordagem da dor ser considerada de forma congruente com os valores culturais de cada grávida? O EEESMO é o profissional que reúne as condições teóricas e relacionais necessárias a um desempenho desta natureza. Frequentemente são pequenas coisas, atitudes simples, que fazem a diferença; uma luz, um som, uma porta fechada, uma simples presença. Quero aprender a cuidar através das pequenas coisas e as sessões de preparação para a parentalidade alertam-me para a sua existência e para a capacidade de cada grávida as tornar únicas. Devo estar atenta ao que faz a diferença no bem-estar de cada grávida e ajudá-las a participar e a investir no seu próprio conforto. O documento de consenso “Pelo Direito ao Parto Normal” emitido pela OE, enumera várias práticas promotoras do parto normal, que incluem a disponibilização de todas as informações e explicações que desejarem, o recurso a métodos não farmacológicos para o alívio da dor, nomeadamente massagem e técnicas de relaxamento, a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e o estímulo a posições não deitadas durante o trabalho de parto e o parto (OE, Pelo Direito ao Parto Normal - uma visão partilhada, 2012).

Tem havido grande progresso nos hospitais e maternidades portuguesas, na implementação destas e de outras práticas recomendadas. Sendo vários os constrangimentos inerentes à sua implementação, há sempre algo que se possa fazer. Uma das estratégias de conforto ensinada nas aulas Lamaze é o controlo da respiração, dado que proporciona aumento do relaxamento e diminuição da percepção da dor. Este facto é de extrema importância, uma vez que em maternidades muito normativas, esta pode ser uma das estratégias não farmacológicas para aumentar o conforto da grávida.

Segundo Lothian (2011), a respiração consciente e o relaxamento, especialmente quando combinados com outras estratégias de promoção de conforto, podem contribuir para um nascimento seguro e saudável, sem necessidade de recurso a determinadas intervenções médicas. Nolan (2009), refere a importância da cooperação e do diálogo, na construção da educação pré-natal. Refere as sessões de preparação para o parto, como uma excelente oportunidade de ajudar as mulheres a aprenderem a comunicar de forma eficaz com a equipa de saúde, no hospital.

Poder participar nestas sessões do CPP, tem-me possibilitado desenvolver auto-confiança e segurança em relação à minha capacidade para ter um papel interventivo na definição do projeto de parentalidade de cada casal. Reconheço na EEESMO Hortense Dias, responsável pelo curso, além das aptidões teóricas, a existência de uma postura e atitude para com as grávidas e os restantes profissionais envolvidos, que lhe acrescenta as competências necessárias ao exercício autónomo das suas funções de coordenadora do curso. Esta afirmação justifica a importância que dou a esta oportunidade de aprendizagem, que me motiva a investir mais sobre este assunto e a reflectir sobre a importância da existência de projetos desta natureza na comunidade. Considero um excelente investimento em saúde, o estabelecimento de um tempo, em grupo, dedicado a munir as mulheres de ferramentas que lhes possibilitem tomar decisões relacionadas com o seu projeto de parentalidade. Cada vez mais valorizo a partilha de experiências, dúvidas e receios que estes projetos de educação para a saúde proporcionam, abrindo horizontes, empoderando os casais, para que se sintam apoiados e seguros como futuros pais. A análise desta experiência, contribuiu para que refletisse sobre o papel da mulher e das organizações de saúde, na experiência do parto. Nas últimas décadas conseguiu-se melhorar substancialmente as taxas de morbilidade e mortalidade materna, fetal, neonatal e infantil, através da implementação de várias iniciativas, tais como o investimento no parto intra-hospitalar, nas consultas de saúde materna e infantil, e a criação das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) (Ministério da Saúde, 2009). No entanto, associado a este enorme benefício para a saúde, assistimos à perda de protagonismo por parte da mulher, durante o trabalho de parto e parto, passando este para equipas multidisciplinares, intervencionistas, detentoras de saberes científicos dependentes de elevada tecnologia: *“No modelo intervencionista de assistência obstétrica, ainda existente em Portugal, a mulher torna-se o objecto da acção, perdendo o controlo e a decisão sobre o próprio processo do parto e nascimento”* (APEO, 2009, p. 16).

Será possível encontrar um equilíbrio entre o zelo pela segurança da mulher e do bebé e o seu direito a decidir de forma esclarecida, sobre como pretende que seja o nascimento do seu filho? A actualidade tem demonstrado que sim, pois gradualmente, esta realidade tem vindo a reverter-se, muito à custa da informação,

sensibilização e empoderamento dos casais, para que decidam sobre assuntos, que em muitos casos poderão fazer a diferença na saúde e qualidade de vida das famílias. Os avanços conseguidos nesta área, relacionam-se com a intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, através de informação, esclarecimento e sensibilização da população de forma fundamentada, investindo em várias opções que favoreçam o controlo por parte da mulher no seu próprio parto (APEO, 2009). De facto, os CPP são um excelente exemplo de investimento da saúde na parentalidade responsável, e a oportunidade de integrá-los durante este EC, tem-me ajudado a tomar consciência da responsabilidade que terei como futura EEESMO, em me envolver em projetos desta natureza.

Está definido pelo órgão regulador da intervenção dos enfermeiros, que faz parte das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, no âmbito da promoção da saúde da mulher, durante o período pré-natal, conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar, “(...) *programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável (...)*” (Diário da República 2ª Série, 2011). Também de acordo com as competências definidas pela International Confederation of Midwives (ICM, 2010), a actividade profissional dos enfermeiros especialistas nesta área inclui a educação para a saúde ante, pré e pós-natal, a preparação para o parto e parentalidade e a saúde sexual e reprodutiva. Perante este enquadramento, devo continuar a investir na minha formação e desenvolvimento de competências profissionais, que me habilitem a contribuir para decisões conscientes, sobre os comportamentos de saúde que as grávidas deverão adoptar e a forma como pretendem viver o parto (considerando as situações clínicas e obstétricas de cada grávida/feto e a realidade de cada organização e equipa de saúde), esclarecendo como a sua colaboração, como elementos integrantes de uma equipa e protagonistas da mesma, poderá ser decisiva na evolução do trabalho de parto. Canavarro (2001) refere, que um dos aspectos que actualmente caracteriza a experiência da gravidez e da maternidade, é a oportunidade que as famílias têm de decidir sobre vários assuntos, entre os quais a experiência do parto, os cuidados com o recém-nascido e a vida conjugal. Desta forma, é possível a mulher enfrentar o parto como “*um desafio emocionante,*

recompensador em si mesmo, e não apenas um meio de atingir um fim” (Kitsinger, 1984).

Como mãe que tive o privilégio de ser há 10 anos, ainda hoje guardo lembranças do meu percurso gravídico, da minha experiência de parto e da aventura que foi o pós-parto, com tudo o que lhe é inerente. Espero como futura enfermeira especialista, poder contribuir para experiências saudáveis e equilibradas de felizes adaptações à parentalidade, com agradáveis recordações do parto, pois sem dúvida, são momentos que não se esquecem nunca! Tal como refere Kitsinger (1984), as mulheres grávidas não são *“pacientes da maternidade”, “corpos grávidos”,* ou meras alunas, futuras mães, necessitadas de aprender técnicas que lhes possibilitem parir. *“Elas estão envolvidas numa intensa e importante viagem de descoberta e mudança que, para além do nascimento e do momento de dar à luz propriamente ditos, é corajosa, estimulante e, para algumas, totalmente absorvente”* (Kitsinger, 1984, p. 14).

No âmbito da educação para a saúde, a preparação para o parto pode ser considerada, segundo Ankrett citada por Couto:

“(…) um programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação activa no processo de parto. O parto natural, também conhecido por parto sem dor ou psicoprofiláctico, implica a aprendizagem de técnicas de descontração psicofisiológica no tratamento das dores do trabalho de parto de forma a poder minimizar-se o uso da anestesia ou da analgesia. (...) O objectivo principal das aulas consiste no ensino das técnicas de descontração, frequentemente pela utilização de exercícios respiratórios para auxiliar a mulher a controlar as dores das contracções uterinas e do trabalho de parto” (Couto, 2003, p. 66,67).

Nas temáticas teóricas a serem abordadas, nos “Cursos de Preparação para o Nascimento”, as recomendações emitidas pela OE, incluem o trabalho de parto, a dor no trabalho de parto e os métodos farmacológicos e não farmacológicos na gestão da dor de trabalho de parto, assim como as competências da parturiente neste contexto. Incluem também numa componente prática, o desenvolvimento de técnicas de conforto durante o trabalho de parto, a inclusão do acompanhante na promoção do mesmo, os posicionamentos durante o trabalho de parto e o período

expulsivo (OE, Recomendação Nº2/2012 - Recomendações para a preparação para o nascimento, 2012).

Nolan (2009), numa prospecção que fez de vários estudos publicados em Inglaterra entre 1996 e 2006, sobre a educação pré-natal, com o objectivo de conhecer as percepções e experiências das mulheres, relacionadas com a informação e a educação durante a gravidez, concluiu que elas preferem pequenos grupos de aprendizagem, considerando-os facilitadores do diálogo entre os participantes e entre estes e os educadores e da adequação dos conteúdos às circunstâncias individuais dos intervenientes (Nolan, 2009). Esta adequação é fundamental para o êxito do programa.

Segundo a OE e de acordo com as recomendações da OMS, a frequência de um curso de preparação para a parentalidade e neste contexto o apoio de um EEESMO, constituem os ingredientes necessários à criação de momentos de reflexão para grávidas esclarecidas, de forma a que elaborem “(...) *planos de parto, a apresentar na maternidade por elas escolhida, no sentido de facilitar aos profissionais de saúde a prestação de cuidados de saúde de excelência rumo a uma experiência marcante e enriquecedora do parto*”. (OE, 2012). Na minha opinião, o EEESMO tem uma grande responsabilidade, na condução desta situação, esclarecendo a grávida sobre o verdadeiro sentido de um plano de parto e como o deve elaborar, tendo em conta a sua realidade e do hospital/maternidade onde irá nascer o seu filho. Deve conhecer cada plano de parto das suas grávidas, opinando sobre o seu conteúdo e aconselhando sobre o mesmo. Talvez no futuro, seja possível que todo este processo de preparação e definição de “projeto de parto” (como gostaria de denominar), tenha uma continuidade, para que a mulher tenha a oportunidade de ter um acompanhamento personalizado, desde a sua preparação até ao nascimento do seu filho. Permitam-me sonhar... e se António Gedeão tinha razão, se sempre que um homem sonha o mundo pula e avança, então sonhemos! A construção de um plano de parto deve ser consciente, realista e simples. Atualmente a informação disponível na internet, contribui para induzir em erro, casais mal esclarecidos. A tentativa da sua utilização de forma indiscriminada e descontextualizada, deteriora o verdadeiro sentido do plano de parto, podendo até

colocar em risco o seu futuro. Só uma intervenção especializada, da responsabilidade do EEESMO, poderá “balizar” este tipo de situações.

O aparecimento de planos de parto remonta aos anos 70 do século passado, tendo surgido como uma forma de controlar o “parto medicalizado”, através do qual a mulher expressava por escrito, as suas preferências para o seu trabalho de parto e parto, obtendo assim algum controlo sobre o que iria acontecer no hospital (Whitford & Hillan, 1998). Simkin citada por Kaufman (Kaufman, 2007), refere-se ao plano de parto como um instrumento útil para a definição de aspetos de carácter físico e emocional relacionados com o processo de nascimento, considerados pelo casal como desejos a serem respeitados pela equipa de saúde, servindo de veículo de comunicação entre esta e cada casal. Contudo, na prática não basta a intenção para a sua realização. Por um lado a diversidade de realidades hospitalares, relacionadas com os recursos físicos, materiais e humanos, e a definição de normas e procedimentos por cada uma delas. Por outro a diversidade de culturas, conhecimentos e desejos dos casais, torna complicado e por vezes até mesmo desajustado, considerar individualmente cada situação. Há que ajustar as intenções à realidade, não esquecendo que a expressão escrita de uma preferência que deve ser respeitada, pode contudo não passar de uma intenção. O curso de preparação para a parentalidade e neste contexto o EEESMO tem a responsabilidade de informar a grávida das várias opções disponíveis (em relação às várias temáticas relacionadas com o trabalho de parto e parto) no local de parto escolhido por ela, de maneira a que o seu plano de parto seja ajustado à sua realidade de assistência de saúde. Para o efeito, deve o EEESMO conhecer a realidade do hospital de referência e de outras organizações que podem ser consideradas como uma opção para a grávida (Kaufman, 2007). Para Kaufman (Kaufman, 2007) o plano de parto funciona como uma ferramenta de comunicação entre a grávida e a equipa de saúde, uma base de discussão das opções disponíveis. Refere também que o próprio processo de elaboração do mesmo, cria uma oportunidade à grávida, de discutir os seus desejos e preocupações com o profissional de saúde. Na minha opinião o EEESMO é o orientador de um processo de negociação entre a grávida e a equipa de saúde. Com a sua intervenção contribui para que, de uma forma consciente e esclarecida, a grávida negoceie sobre o caminho que quer seguir no

seu trabalho de parto. Este caminho pode levá-la a viver uma experiência única ou simplesmente contribuir para uma estatística.

É da minha responsabilidade, como futura EEESMO, a atualização de conhecimentos com base na evidência científica e o seu enquadramento no que a realidade hospitalar tem para oferecer. Acredito que a forma como a grávida vive o seu trabalho de parto, mudará gradualmente algumas realidades mais resistentes, contribuindo uma correta vigilância e preparação, para a diferença entre simplesmente ultrapassar uma etapa do ciclo de vida e viver intensamente uma experiência, que deixará certamente as suas marcas.

Determinada a dar o meu melhor, pretendo continuar a investir na actualização de conhecimentos, na reflexão e partilha das práticas e na aplicação da evidência na minha prática diária, contribuindo para o empoderamento dos casais, na tomada de decisões esclarecidas sobre a saúde das suas famílias e neste âmbito, sobre as suas escolhas para o nascimento dos seus filhos. Identifico-me com Kitsinger (1984), quando refere que muito mais do que o controlo sobre a percepção da dor e a aprendizagem de assuntos relacionados com a maternidade, paternidade e os cuidados ao recém-nascido, importa transmitir aos casais o verdadeiro sentido de parir: *“Parir não é uma questão de êxito ou de fracasso, de bater recordes ou de conseguir um desempenho esplêndido, mas uma questão de entrega, física e espiritual, a uma experiência criativa, em que o amor se torna literalmente carne”* (Kitsinger, 1984, p. 15). 12

BIBLIOGRAFIA

- APEO. (2009). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade - Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In M. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (p. 18). Coimbra: Quarteto.
- Couto, G. (2003). *Preparação para o Parto*. Loures: Lusociência.
- DR, 2ª Série. (18 de Fevereiro de 2011). *Regulamento da Competências Específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, Nº 35, 8662-8666*.
- CM. (2010). *Essential Competencies for basic midwifery practise*. Obtido em 2013, de <http://internacionalmidwives.org>.
- Kaufman, T. (2007). Evolution of the Birth Plan. *The Journal of Perinatal Education*, 16, Nº 3, 47 - 52.
- Kitsinger, S. (1984). *A experiência do parto*. Instituto Piaget.
- Lothian, J. (2011). Lamaze Breathing: What Every Pregnant Woman Needs to Know. *The Journal of Perinatal Education*, 20 (2), 118-120.
- Ministério da Saúde. (2009). *Indicadores SNS 30 anos*. Obtido em Janeiro de 2014, de www.portaldasaude.pt.
- Nolan, M. (2009). Information Giving and Education in Pregnancy: A Review of Qualitative Studies. *The Journal of Perinatal Education*, 18 (4), 21-30.
- OE. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal - uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2012). *Recomendação Nº2/2012 - Recomendações para a preparação para o nascimento*. Obtido em 08 de Junho de 2013
- Ordem dos Enfermeiros, C. (20 de Outubro de 2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa, Portugal.
- Whitford, H., & Hillan, E. (1998). Women's perceptions of birth plans. *Midwifery*, pp. 248 - 253.

Apêndice XXI – Jornal de aprendizagem: Desconforto/dor relacionado com o trabalho de parto



4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

**CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO
BLOCO DE PARTOS
ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**JORNAL DE APRENDIZAGEM
Desconforto/dor relacionado com o trabalho de parto**

Discente: Cheila Maria Claro Rodrigues Simões Santos – nº 4713

Docente: Prof. Maria Teresa Félix

Orientadora local: EEESMO Fernanda Ribeiro

Lisboa
Junho de 2014

De acordo com as orientações definidas pela equipa pedagógica para esta unidade curricular, foi elaborado um segundo jornal de aprendizagem, orientado pelas etapas do ciclo de Gibbs.

A escolha da situação prende-se pelo facto de considerar uma oportunidade de refletir sobre o desconforto/dor relacionado com o trabalho de parto, aspeto tão frequentemente referido pelas mulheres como um dos seus principais receios, tomar consciência dos meus próprios receios sobre o assunto e que influência podem ter na minha atitude e cuidados a prestar, e como ultrapassar as dificuldades sentidas e identificadas, de maneira a colaborar com a mulher/casal na sua tomada de decisão.

Escolhi analisar e refletir sobre a vivência de um casal, a quem prestei cuidados especializados, orientando o seu trabalho de parto, tendo sido também co-responsável pela realização do mesmo, e cuja decisão conjunta foi recusar analgesia epidural.

Recorreu à urgência obstétrica e ginecológica uma senhora que tinha sofrido ruptura espontânea da bolsa de águas (REBA) 2 horas antes, com saída de líquido amniótico claro. Sem alterações dos seus parâmetros vitais, com 3 cm de dilatação cervical, uma apresentação cefálica apoiada mas alta, acima do plano I de Hodge, foi internada cerca das 15 horas, em trabalho de parto espontâneo.

Tratava-se de uma quinta gestação, tendo tido 2 partos eutócicos e 2 abortos espontâneos durante o 1º trimestre de gestação: índice obstétrico 2022. Sendo a idade gestacional na altura de 41 semanas, já tinha sido orientada para recorrer nesse dia ao bloco de partos para iniciar indução do trabalho de parto.

Tinha sido uma gravidez de baixo risco vigiada por obstetra em consultório particular e não tinha frequentado nenhum curso de preparação para o nascimento, segundo me referiu, já tinha tido dois e portanto não tinha sentido necessidade. Os dois filhos que tem, têm respectivamente 8 e 12 anos de idade (um casal). Em relação à gravidez actual, apresentava valores de serologias actualizados e negativos e resultado de pesquisa de estreptococos beta hemolítico do grupo B também negativo. Grupo sanguíneo B Rh positivo.

No início do turno (cerca das 16 horas) aproximei-me da senhora, apresentando-me e esclarecendo que a partir daquela altura estava de serviço outra equipa de enfermagem, na qual eu estava inserida, aluna da especialidade sob

orientação de uma EEESMO. Lembrei que tinham ao seu dispor uma equipa multidisciplinar de profissionais, constituída por obstetras, enfermeiros especialistas e assistentes operacionais, devidamente qualificados para lhes prestar toda a assistência que necessitassem. Validei questões relacionadas com o acolhimento (presença de um acompanhante permanentemente, a circulação de pessoas no serviço e outros aspetos relacionados com a dinâmica do bloco de partos), uma vez que o internamento tinha sido no final do turno anterior. Ficou internada num dos quartos, que desde logo agradou o casal: com luz natural e espaçoso. Informei sobre a importância de ingerir líquidos (água e chá açucarado), durante o trabalho de parto. De acordo com a avaliação obstétrica seria aconselhada a realização de exercícios na bola de parto, a deambulação e eventualmente o recurso ao chuveiro com água morna. Mostrou-se agradavelmente surpreendida com as informações que lhe estava a fornecer, verbalizando que o bloco de partos estava muito diferente (em relação ao passado) e que apesar de nunca ter experimentado a bola, gostaria de o fazer, parecendo ter compreendido as vantagens relacionadas com a sua utilização. Durante a entrevista, questioneei sobre as suas expectativas em relação a este parto e como tinham sido os outros. Referiu-me que tinham sido partos normais e que tal como nos outros, neste também não queria optar pela analgesia epidural. Pareceu-me bastante segura da sua decisão. Esclareci que iríamos (a minha orientadora e eu) orientá-la em relação a outros métodos (não farmacológicos) para controlo do desconforto que pudesse sentir e que independentemente dessas estratégias, de acordo com a sua vontade, poderia solicitar medidas farmacológicas, inclusive mudar a sua opinião em relação à analgesia epidural, não sendo de todo obrigatória nenhuma das opções, estando nós permanentemente disponíveis para a acompanhar e orientar em todo o processo. Confirmei no processo que tinha assinado no consentimento informado, a opção de recusa de analgesia epidural.

A cumplicidade do casal era visível, tendo-se o marido ausentado por um período, apenas para se alimentar e organizar o acompanhamento dos seus outros dois filhos, que entretanto saíam da escola. Referindo que fosse descansado, permanecemos junto da parturiente (a minha orientadora e eu), conversando sobre a sua vida, o seu trabalho (negócio de agro-pecuária onde trabalha com o marido, estando mais relacionada com o escritório), como seria com o novo elemento na

família. Muito segura de si, referiu que tal como aconteceu com os outros, tencionava tê-lo sempre consigo, o que seria relativamente pacífico, uma vez que trabalha por conta própria. Tinha amamentado os outros dois filhos durante um ano, em exclusivo 5 meses, pois na altura o pediatra tinha aconselhado a iniciar outros alimentos e a parar de amamentar. Disse-lhe que sim e de fato iniciou outros alimentos mas resolveu continuar a amamentar, porque os filhos assim o desejavam. Ao fim de um ano de vida, ambos deixaram de mamar, segundo referiu espontaneamente. Considerava a amamentação algo natural e apesar de desconhecer algumas das suas vantagens, era óbvio para aquela mãe que o seu filho iria mamar!

Na penumbra e ao som de uma selecção de músicas relaxantes, fomos conversando enquanto a senhora se mobilizava na bola, basculando, descansando e tentando descontraír durante as contracções, que gradualmente se foram acentuando em intensidade e frequência. Seguindo as nossas orientações, procurava respirar calmamente, permanecer descontraída, concentrada no seu bebé que estava a caminho.

Deixei-me contagiar pela postura calma e confiante da EEESMO Fernanda, a que já me vou habituando e que além de favorecer o meu processo de aprendizagem, tenho constatado que promove a confiança dos casais, em si mesmos e na equipa.

Alternou períodos em que permaneceu de pé, apoiada no marido, sentada na bola, verbalizando alívio com a contrapressão que ele foi realizando na região sagrada e orientando a sua colaboração, referindo onde sentia mais desconforto e preferia que ele massajasse (procurei instruir o casal nesse sentido). Também referiu vontade de se deitar, para descansar um pouco e pediu-lhe uma massagem nos pés. Ao longo da tarde foi bebendo água e chá açucarado. A monitorização cardiotocográfica contínua não impediu a parturiente de se mobilizar livremente.

Depois do jantar (por volta das 21 horas e 30 minutos), referiu estar com dificuldade em encontrar uma posição em que se sentisse melhor, pois o desconforto estava francamente maior, tendo-o avaliado de nível 8/9, pela escala numérica de avaliação da dor (utilizada no serviço), dizendo também que sentia uma grande pressão “em baixo” e vontade de fazer força. A avaliação da cervicometria

revelou 8-9 cm de dilatação cervical, com a apresentação apoiada, ainda alta. Pediu ajuda para o seu alívio e por prescrição médica foi-lhe administrado 1 gr de paracetamol (IV). Foi-lhe sugerido continuar a utilizar a bola de parto para facilitar a progressão da apresentação. Permaneceu na bola, com a ajuda do marido e a nossa orientação e em menos de uma hora a senhora apresentava dilatação cervical completa, com a apresentação mais descida e segundo referia, vontade de fazer força. Permaneceu semi-sentada na cama, agarrada às suas coxas, com o marido a ampará-la e a limpar-lhe a testa “inundada” de suor, abanando-a com um pacote de luvas que lhe dei para a mão. Neste momento, claramente com dificuldade em manter o controlo, procurou seguir as orientações que lhe dávamos (respirar calmamente entre contracções e aproveitá-las para os esforços expulsivos), essencialmente da EEESMO Fernanda, uma vez que nesta altura é importante para a parturiente ouvir apenas uma voz. Fomos elogiando a sua atitude, motivando a não desistir e acompanhando as fases de recuperação entre contracções.

Às 23 horas e 12 minutos, nasceu um rapaz, com 2960gr, apgar 9/10, que a mãe imediatamente “puxou” para junto de si. Dado o tamanho do cordão umbilical (curto), foi clampado antes de deixar de pulsar e cortado pelo pai, visivelmente emocionado, tendo de seguida a mãe colocado o recém-nascido junto a si, sendo simultaneamente seco e tapado com a ajuda da EEESMO Fernanda. Ao som da música, que entretanto a minha orientadora alterou (um pouco mais alto e alegre) iniciaram o seu processo de vinculação.

O terceiro estágio decorreu sem intercorrências e posteriormente foi suturada uma laceração mediana de grau II, cujo processo de cicatrização tem decorrido também sem intercorrências, tendo no 4º dia após o parto a puérpera referido nem se lembrar da sutura.

Ao abordar as questões relacionadas com o desconforto/dor associado ao trabalho de parto e as possíveis estratégias a utilizar para o seu alívio, esforcei-me por adotar uma atitude isenta, objectiva, procurando que a minha expressão e tom de voz de modo algum induzisse aquele casal a levantar questões que se relacionassem com os meus próprios receios. Isto porque não vivi uma experiência de parto normal e gostaria de o ter feito. A frequência deste curso e a oportunidade de partilhar experiências únicas como esta, tem-me feito perceber o quão importante

é proporcionar a estes casais informação correta, real, adaptada à realidade que irão encontrar, minimizando o impacto negativo que o internamento possa trazer, procurando estar presente, acompanhar, orientar e respeitar decisões esclarecidas.

Seria eu capaz de agarrar uma oportunidade como esta (se a tivesse tido novamente), de viver um momento tão único, ou não passaria da intenção?! De modo nenhum queria que aquela mulher se apercebesse deste meu pensamento... Penso que consegui, pois logo de seguida pensei, Cheila o teu momento foi o teu momento, foi diferente, noutras circunstâncias, provavelmente hoje seria diferente, ou não, enfim... trata de ajudar esta mulher a realizar o seu desejo, proporciona-lhe as condições para que possa viver o seu momento. Senti-me entusiasmada e honrada por estar ali. Senti que eles me queriam ali e que me estavam a envolver em todo aquele processo, mantendo ao mesmo tempo a sua própria cumplicidade e harmonia a dois. Tanto eu como a minha orientadora éramos “bem-vindas” e decididamente fazíamos parte daquele cenário.

Admirei a firmeza, a atitude confiante daquela mulher, a cumplicidade que mantinha com o companheiro. Esta confiança que também tinha em nós, facilitou a criação de uma relação terapêutica que me atrevo a adjectivar de cimentada. São momentos relativamente curtos na vida das pessoas, mas vividos tão intensamente, que permitem a criação de verdadeiros laços, para muitos, nunca mais esquecidos.

Aquele casal merecia tudo de mim e eu queria corresponder às suas expectativas. Acima de tudo porque é minha obrigação profissional fazê-lo. A competência número 4 definida pela ICM, relativamente à prestação de cuidados especializados durante o trabalho de parto e o nascimento, inclui a detenção de conhecimentos e competências sobre medidas de conforto a proporcionar às parturientes, durante o primeiro e o segundo estádios do trabalho de parto, nomeadamente a presença ou assistência de um acompanhante, posicionamento para o trabalho de parto e parto, hidratação, apoio emocional e métodos não farmacológicos para o alívio do desconforto/dor (ICM, 2013). Também a competência número 3 definida no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, contempla como critérios a considerar na avaliação da promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto, a concepção, planeamento

implementação e avaliação de intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos, assim como a cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (OE, 2010). Apesar de fragilizada emocionalmente, porque me deixei levar pelas emoções, foi entusiasmo, alegria, um sentimento de plenitude o que vivi com aquele casal. Pensei, sim eu quero de alguma forma contribuir para que mulheres/casais possam decidir conscientemente sobre momentos da sua vida como este. Sim, quero continuar a desenvolver estas competências, que permitam que a vida de outros seja positivamente marcada. Estou convicta que é possível fazer a diferença nas suas escolhas, se como profissionais os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia não se inibirem de assumir o seu papel, de orientadores, esclarecedores, motores de mudança no cenário do protagonismo do parto e do trabalho de parto.

Também senti gratidão, àquele casal por me ter acolhido, porque a certa altura foi assim que me senti, acolhida por eles. À minha orientadora, por me estar a ajudar neste processo de crescimento pessoal e profissional. À equipa pedagógica que me tem orientado, pois são as suas directrizes muitas vezes menos bem encaradas por nós, alunos, que nos impulsionam a crescer e a desenvolver um outro olhar sobre o que nos rodeia.

Foi uma experiência profissional muito rica, em termos cognitivos, relacionais e emocionais. Cresci mais um pouco como pessoa. Permiti-me viver emoções e não me arrependo. Não me sinto menos profissional por isso, muito pelo contrário, ajudou-me a desenvolver confiança nas minhas capacidades como futura EEESMO. Tive oportunidade de estabelecer uma relação profissional intensa, pois tanto nós (a minha orientadora e eu) como eles (o casal) nos “entregámos”, tornando especial aquele acontecimento. Aprofundei conhecimentos relacionados com o controlo e alívio do desconforto associado ao trabalho de parto, pois tive a possibilidade de experienciar a utilização de algumas medidas não farmacológicas, por parte do casal.

A minha orientadora estimulou-a a colocar-se em decúbito lateral, flectindo bem a coxa. Percebi como esta posição facilitou a realização de esforços expulsivos (Lowdermilk, 2008).

Questiono-me se a expulsão do recém-nascido tivesse sido mais gradual, não teria ocorrido uma laceração de grau II. Apesar de ter vigiado a distensão do períneo, à medida que se dava o coroamento, de ter controlado o nascimento da cabeça (flexão) e de ter protegido o períneo, a expulsão dos ombros foi quase simultânea, tendo eu apenas segurado o recém-nascido. Devia ter orientado a parturiente, para controlar a sua necessidade de fazer força, através de respirações mais ofegantes, ou expirações mais lentas (Lowdermilk, 2008). Vários livros descrevem a prática de proteger o períneo durante o nascimento da cabeça do feto, de forma a prevenir ou reduzir a ocorrência de lacerações perineais. Uma vez que não existem avaliações formais sobre o risco/benefício em relação à adoção desta técnica ou de não tocar no períneo ou na cabeça do feto durante esta fase, não é possível decidir qual a melhor estratégia. A decisão sobre a técnica a adotar relaciona-se com a posição em que estiver a parturiente, uma vez que as posições eretas dificultam o apoio do períneo (WHO, 1996).

Segundo a OMS, tanto no primeiro como no segundo estágio do trabalho de parto, a mulher deve ser encorajada a adotar qualquer posição que queira e se sinta confortável, sendo preferível que evite longos períodos na posição dorsal. Os profissionais devem apoiá-la na sua decisão, sendo importante que recebam formação e treino no acompanhamento de nascimentos em posições diferentes da tradicional posição de litotomia, de maneira a que a sua inexperiência ou insegurança não constitua um impedimento na escolha da posição por parte da mulher (WHO, 1996).

De acordo com a OMS a maior parte das mulheres experiencia dor durante o trabalho de parto, no entanto é bastante dispar a resposta de cada uma a esse desconforto/dor. Mesmo o parto normal pode ser doloroso, no entanto a ocorrência de distócia, a utilização de ocitocina para induzir ou acelerar o trabalho de parto, o parto instrumental ou o trabalho de parto demasiado prolongado, parecem relacionar-se com experiências mais dolorosas (WHO, 1996). Procurarei cada vez mais manter a proximidade com as parturientes/casais, estando atenta às suas expectativas, desejos, procurando respeitar as suas decisões, agindo de maneira não julgadora e ajudando as mulheres a aceitarem que as suas decisões podem mudar de acordo com as circunstâncias. A mulher pode mudar de opinião e o EEESMO

deve ajudá-la não se culpabilizar com isso, assim como deve informá-la de todos os riscos e benefícios associados às suas decisões (OE, 2009).

Brazão (2010) referindo o trabalho desenvolvido por Melzack e col., identifica a dor no trabalho de parto como uma das mais intensas para o ser humano, podendo mesmo ser considerada insuportável para 20%, muito intensa para 30%, moderada para 35% e mínima ou nula para 15% das parturientes, sendo a incidência do parto doloroso inversamente proporcional ao grau de paridade (Brazão, 2010). Segundo este autor, durante o primeiro estágio do trabalho de parto, a dor relaciona-se com as contrações uterinas, a dilatação do colo e a distensão do segmento inferior. Por outro lado, durante o segundo estágio, há que considerar também os estímulos relacionados com a compressão da apresentação do feto nas estruturas pélvicas, com a distensão e tração do períneo aquando do nascimento do bebé. Neste caso trata-se de uma dor intensa com origem nas zonas de inervação dos nervos pudendos (Brazão, 2010).

Por um lado não existe evidência que demonstre como benéfica a experiência dolorosa, para a mãe ou para o bebé, podendo mesmo comprometer a evolução do trabalho de parto, pelas repercussões que pode ter a nível hemodinâmico e metabólico - aumento da frequência cardíaca e consumo de oxigénio, hiperventilação com diminuição do aporte de oxigénio ao feto, aumento da libertação de hormonas de stress utero-inibidoras (Brazão, 2010). Assim sendo, “(...) a administração de analgésicos, em especial o bloqueio epidural, vai melhorar a dinâmica do trabalho de parto, acelerando-o” (Brazão, 2010, p. 358). Por outro, estão descritos riscos associados à utilização da analgesia epidural, durante trabalho de parto de mulheres com gravidezes de baixo risco, nomeadamente o seu contributo na redução do empoderamento das mulheres, no aumento do risco de morbilidade materno-fetal associado a intervenções obstétricas como os partos instrumentais, a sua interferência no sucesso da amamentação, nos níveis de ocitocina na circulação sanguínea materna e no risco de ocorrerem perturbações neurocomportamentais no recém-nascido (Tamagawa & Weaver, 2012).

A complexidade do fenómeno que envolve questões não só de natureza sensorial, mas também cognitiva e emocional, faz com que a dor associada ao trabalho de parto seja única, mais do que para cada mulher/casal, para cada

situação, num determinado momento e contexto ambiental (Veringa, Buitendijk, Miranda, Wolf, & Spinhoven, 2011).

Chang, Wang, & Chen (2002), investigaram os efeitos da massagem durante o trabalho de parto, na dor e na ansiedade de um grupo de primíparas, com gravidez de baixo risco, de termo, internadas num hospital de Taiwan com o máximo de 4cm de dilatação cervical. Concluiu que esta foi vantajosa para a redução dos níveis de dor, tendo os participantes referido um sentimento de satisfação proveniente da massagem, fato que valorizou a experiência do parto para o casal. Por outro lado, a participação dos acompanhantes pode influenciar de forma positiva a experiência do parto (Chang, Wang, & Chen, 2002). No entanto, numa revisão sistemática da literatura realizada em 2010, os autores consideraram insuficiente a evidência existente àcerca dos benefícios da massagem, assim como da música, relaxamento, acupressão, aromaterapia e outras terapias complementares, no alívio da dor associada ao trabalho de parto. No entanto, a acupunctura e a hipnose são estratégias que se mostraram benéficas neste sentido. Consideram igualmente que o número de mulheres estudado foi reduzido, sendo necessário que se efetue mais investigação nesta área (Smith, Collins, Cyne, & Crowther, 2010).

A liberdade de movimentos e o uso da bola de nascimento contribuem para o alívio da dor durante o trabalho de parto, estando a bola também relacionada com o aumento da auto-confiança e da auto-eficácia da parturiente (Gau, Chang, Tian, & Lin, 2011).

Independentemente da estratégia negociada e utilizada com as parturientes e seus acompanhantes, a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros alerta para a importância do apoio contínuo durante o trabalho de parto e seus benefícios na diminuição da sua duração, no aumento da probabilidade de ocorrência de parto vaginal, na redução da necessidade de analgesia epidural e no aumento da satisfação na experiência do parto, sensibilizando os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia a promoverem e aplicarem medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto (OE, 2014).

Num estudo realizado na Indonésia, os autores concluíram haver necessidade por parte dos profissionais de saúde de informarem as mulheres sobre a

dor/desconforto associado ao trabalho de parto e sobre os vários métodos disponíveis para o seu alívio, utilizando várias estratégias de educação para a saúde, numa perspetiva de satisfazer as necessidades das mulheres (Rachmawati, 2012). Apesar de ter sido um estudo em que foram entrevistadas apenas 7 mulheres num contexto cultural e profissional específico, serve de exemplo e alerta para aspetos importantes da intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetria, que independentemente do status e cultura, prestam cuidados especializados abrangentes e culturalmente sensíveis a mulheres e suas famílias inseridas numa comunidade (ICM, 2013) (OE, 2010).

Esta experiência foi mais um contributo para o desenvolvimento do meu desempenho profissional, no respeito pelas decisões dos casais, na forma como devem ser vistos, como parceiros, mais do que isso, como protagonistas, tendo os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetria a função de os apoiar, esclarecer, orientar e tal como é referido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), explicar todos os procedimentos, pedir permissão e discutir resultados (WHO, 2007). Este casal tinha uma idéia clara do que pretendiam e apesar de não existir um plano de parto “formal”, escrito, existiu entre nós (o casal, a minha orientadora e eu) um processo de negociação sobre a prestação de cuidados especializados, que se desenrolou naturalmente. Em algumas culturas como a japonesa, a questão da analgesia por-se-ia de outra forma, uma vez que o desconforto/dor associado ao trabalho de parto é considerado como um aspeto natural e inerente a todo o processo. Assim, a analgesia epidural é uma escolha quando existem razões clínicas, como a realização de cesariana (Tamagawa & Weaver, 2012). Na Holanda bem como noutras culturas ocidentais, a opção por estratégias farmacológicas para o controlo da dor durante o trabalho de parto resulta da preferência manifestada pela mulher, ou de estar convencida de que é incapaz de se adaptar e lidar com a dor que possa surgir. Sendo assim, é espectável que a mulher solicite tratamento para resolver uma situação que não se sente preparada para “enfrentar” (Veringa, Buitendijk, Miranda, Wolf, & Spinhoven, 2011). Veringa, Buitendijk, Miranda, Wolf, & Spinhoven (2011) refere a existência de estudos que alertam para a possibilidade de existir uma relação entre cognições negativas, nomeadamente o medo de que aconteça o pior, que designa por “*catastrophizing*”, e

o déficit de controle interno da dor, e a dificuldade de adaptação à dor do trabalho de parto. Esta dificuldade contribui para um aumento de intervenções médicas e pode influenciar a saúde física e mental, tanto das mães como dos recém-nascidos (Veringa, Buitendijk, Miranda, Wolf, & Spinhoven, 2011).

Em Portugal, a analgesia epidural, faz parte das estratégias farmacológicas ao dispôr das grávidas, para alívio do desconforto/dor associado ao trabalho de parto, dependendo a sua realização, para além da existência de profissionais especializados que executem a técnica, da declaração médica escrita (do obstetra) de que não existem contraindicações clínicas à sua execução e do consentimento escrito e informado da grávida. De acordo com o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), este consentimento é “discutido” com a grávida durante a sua admissão ou imediatamente após o seu internamento no bloco de partos, procurando a equipa que a mulher decida de forma esclarecida e não influenciada por um quadro álgico, sobre o que pretende (Tamagawa & Weaver, 2012). Preocupo-me por esclarecer devidamente a mulher/casal, sobre o texto escrito no consentimento que inclui definições, vantagens, desvantagens e reações adversas. Procuo também informá-los sobre outras opções farmacológicas disponíveis, referindo as diferenças em relação à analgesia epidural, e sobre as opções não farmacológicas e benefícios associados. No entanto, procurarei melhorar a minha intervenção, informando de uma forma mais completa, sobre o aumento do risco de ocorrer um parto distócico, a sua possível influência nos níveis de ocitocina e no sucesso da amamentação, principalmente na sua duração (Tamagawa & Weaver, 2012).

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, deve ser profunda, fazendo justiça à sua formação e ao seu dever de conduta para com os utentes (Tamagawa & Weaver, 2012) (OE, 2009) (OE, 2014). Há que explorar com as mulheres, desde o período pré-natal (principalmente nesta fase), os seus receios em relação ao desconforto/dor associado ao trabalho de parto, desconstruindo falsas concepções, empoderando as mulheres, munindo-as de ferramentas cognitivas e emocionais. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia deve intervir ajudando a mulher a identificar o seu conceito de dor e os comportamentos que considera que irá adotar, para lidar com a

“potencial dor do trabalho de parto”, bem como as estratégias que poderá utilizar para atingir o objetivo que definir (Veringa, Buitendijk, Miranda, Wolf, & Spinhoven, 2011).

Veringa, Buitendijk, Miranda, Wolf, & Spinhoven (2011) realizou um estudo prospetivo em 2009 com nulíparas e identificou os pensamentos negativos sobre possíveis consequências catastróficas da dor associada ao trabalho de parto, como um fator com impacto nas estratégias cognitivas da mulher para lidar com essa potencial dor, sugerindo que estas devem ser identificadas durante o período pré-natal, de maneira a que atempadamente possam ser ajudadas a gerir este aspecto. Igualmente alerta as parteiras, para que tomem consciência dos efeitos que os processos cognitivos podem ter, na adaptação e gestão da dor associada ao trabalho de parto (Veringa, Buitendijk, Miranda, Wolf, & Spinhoven, 2011).

A intervenção psicológica pode ser útil, durante o trabalho de parto, ajudando a mulher a expressar as suas emoções e a lidar com a sua dor (mudança do foco de atenção, desvalorização de pensamentos negativos, esperança e oração, ignorar, aumentar a sua atividade, declarar a intenção de lidar com a dor). A sua utilização pode influenciar positivamente a atitude da mulher, durante o trabalho de parto (Kulesza-Brończyk, Dobrzycka, Glinska, & Terlikowski, 2013).

A maioria das mulheres em trabalho de parto necessita de aliviar o desconforto ou a dor que sente. Sendo este multifatorial e com diversos graus de intensidade, implica a utilização de estratégias não farmacológicas e farmacológicas, que ajudem a mulher a lidar com o seu desconforto e a aliviá-lo (Jones, et al., 2013). Uma revisão sistemática da literatura realizada em 2013, sobre a gestão da dor associada ao trabalho de parto, categorizou as várias intervenções em três grupos: as que resultam, as que podem resultar, e as relacionadas com a inexistência de evidência suficiente para que possa ser tirada uma conclusão (Jones, et al., 2013). A evidência sugere que a analgesia epidural, sequencial e inalatória efetivamente tratam a dor associada ao trabalho de parto, mas podem originar reações adversas. Tanto a analgesia epidural como a inalatória aliviam a dor, quando comparadas com placebo ou a administração de opióides. A técnica sequencial alivia a dor mais rapidamente que a técnica tradicional ou mais baixa dose via epidural. Refere também a analgesia inalatória mais associada à ocorrência de náuseas, vômitos e

tonturas. Por outro lado, quando comparado com a administração de placebo ou opióides, as mulheres sujeitas a analgesia epidural tiveram mais partos distócicos (vaginais e cesarianas) por sofrimento fetal, apesar deste fato não ter influenciado a taxa global de cesarianas. A analgesia epidural também aumenta o risco de hipotensão, bloqueio motor, febre e retenção urinária. Ocorre menos retenção urinária nas mulheres submetidas a analgesia sequencial, no entanto estas referiram mais queixas de prurido (Jones, et al., 2013). Na categoria do que pode resultar surge a imersão na água, o relaxamento, a acupunctura, a massagem, o bloqueio anestésico local e a administração de medicação não opióide. Estas intervenções podem proporcionar alívio da dor, com menos efeitos adversos, contribuindo para aumentar a satisfação relacionada com esse alívio e com a experiência do nascimento de um filho. O recurso ao relaxamento e à acupunctura foi associado com a diminuição de partos vaginais assistidos, tendo a acupunctura também sido relacionada com a ocorrência de menos cesarianas (Jones, et al., 2013). Não existe evidência suficiente que permita concluir que intervenções como a hipnose, biofeedback, aromaterapia, neuroestimulação eléctrica transcutânea ou a administração de terapêutica opióide, sejam mais eficazes na gestão da dor associada ao trabalho de parto, do que outras intervenções já referidas. Em comparação com outros opióides, a petidina aumenta o risco de ocorrência de efeitos adversos, nomeadamente sonolência e náuseas (Jones, et al., 2013). Os autores desta revisão sistemática da literatura referem a necessidade de mais estudos de elevada qualidade, que permitam efectuar conclusões sobre a eficácia dos métodos não farmacológicos, uma vez que para além de serem não invasivos, parecem ser seguros para a mãe e para o bebé. Se existe mais evidência que suporta a eficácia dos métodos farmacológicos, também demonstra a sua relação com a ocorrência de mais reações adversas e no caso da analgesia epidural à custa de mais partos instrumentais (Jones, et al., 2013).

A unicidade das situações que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia encontra diariamente no bloco de partos, justifica o cuidadoso planeamento das suas intervenções, baseado nas decisões esclarecidas das mulheres/casais, nas suas necessidades e nas circunstâncias clínicas e ambientais, que justifiquem decisões protectoras do bem-estar materno fetal. Julgo

ser esta permanente articulação de saberes, informações e condições que é construída ao longo dos anos de experiência de um especialista, suportada pela evidência científica, que contribui para o constante aperfeiçoamento do campo de intervenção de profissionais de excelência. Considerados como referências profissionais para mim, tenho procurado beneficiar do seu Know-how, para a construção gradual do meu próprio caminho profissional.

Experiências como esta, alertam-me para questões como:

- O respeito pela decisão da mulher;
- Ter consciência das suas necessidades e expectativas;
- Adaptar a minha atitude profissional e técnica, durante o trabalho de parto, de acordo com as preferências/necessidades de cada parturiente;
- Continuar a aproveitar oportunidades para desenvolver competências relacionadas com o acompanhamento de nascimentos em posições diferentes da tradicional posição de litotomia;
- Desenvolver competências relacionadas com o apoio contínuo e alívio do desconforto/dor associado ao trabalho de parto, respeitando as decisões informadas da mulher/casal.

Esta experiência, a sua análise e reflexão através deste jornal de aprendizagem, contribuíram para mais um momento de tomada de consciência da minha parte, da importância que os princípios definidos no Código Deontológico dos Enfermeiros têm, na minha conduta diária, com responsabilidade acrescida, como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. O respeito pela liberdade e dignidade da pessoa, a construção de uma relação profissional baseada no respeito pelo outro e na competência profissional, fazem parte de uma conduta cujo aperfeiçoamento não se esgota, desenvolve-se e adapta-se às circunstâncias (OE, 2009).

Desenvolvi competências relacionadas com o processo de negociação dos cuidados especializados. Cresci profissionalmente no estabelecimento de relações terapêuticas. Aprofundei conhecimentos relacionados com a utilização de medidas não farmacológicas e farmacológicas no alívio do desconforto/dor associado ao trabalho de parto. Tenho que continuar a aprender a gerir as minhas emoções, utilizando-as a favor do bem-estar materno-fetal, para que não sejam mais um fator

de stress e insegurança para a grávida/casal. Importa igualmente continuar a desenvolver competências no planeamento dos cuidados especializados que respeitem as decisões da mulher, beneficiem o seu bem-estar, bem como do bebé.

BIBLIOGRAFIA

Brazão, R. (2010). Analgesia e anestesia no parto. In L. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (4ª ed., pp. 356-364). Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.

Chang, M., Wang, S., & Chen, C. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (1), 68-73.

Gau, M., Chang, C., Tian, S., & Lin, K. (2011). Effects of birth ball exercises on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*, 27, pp. 293-300.

ICM. (2013). *Essential Competencies for basic midwifery practise*. Obtido em 2013, de <http://internacionalmidwives.org>.

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., . . . Neilson, J. (2013). *Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews*. JohnWiley & Sons, Ltd.

Kulesza-Brończyk, B., Dobrzycka, B., Glinska, K., & Terlikowski, S. (2013). Strategies for coping with labour pain. *Progress in Health Sciences*, 3 (2), pp. 82-87.

Lowdermilk, D. (2008). Cuidados de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e Parto. In D. Lowdermilk, & S. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (pp. 414-477). Loures: Lusodidacta.

OE. (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Obtido em 31 de Janeiro de 2014, de www.ordemenfermeiros.pt.

OE. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa, Portugal.

OE. (2014). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*.

Rachmawati, I. (2012). Maternal reflection on labour pain management and influencing factors. *British Journal of Midwifery*, 20 (4), 263-270.

Smith, C., Collins, C., Cyne, A., & Crowther, C. (2010). *Complementary and alternative therapies for pain management in labour*. JohnWiley & Sons, Ltd.

Tamagawa, K., & Weaver, J. (October de 2012). Analysing adverse effects of epidural analgesia in labour. *British Journal of Midwifery*, 20 (10), 704-708.

Veringa, I., Buitendijk, S., Miranda, E., Wolf, S., & Spinhoven, P. (2011). Pain cognitions as predictors of the request for pain relief during the first stage of labor: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32 (3), 119-125.

WHO. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Obtido de www.who.int.

WHO. (2007). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*. Obtido de www.who.int.

Apêndice XXII – Jornal de Aprendizagem “Lacerações perineais”



4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO

BLOCO DE PARTOS

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Lacerações perineais

Discente: Cheila Maria Claro Rodrigues Simões Santos – nº 4713

Docente: Prof. Maria Teresa Félix

Orientadora local: EEESMO Fernanda Ribeiro

Lisboa

Abril de 2014

Este jornal de aprendizagem enquadra-se no âmbito do estágio com relatório e trata-se de uma reflexão escrita sobre um episódio significativo, orientada pelas etapas do ciclo de Gibbs. Tem como objetivo adicional dar cumprimento a um dos requisitos definidos pela equipa pedagógica, para esta unidade curricular.

Escolhi partilhar esta experiência, pois considero que para a minha aprendizagem como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, era importante analisá-la, refletir sobre a minha postura e sobre os aspetos relacionados com a situação, em relação à grávida, ao seu contexto de saúde, às decisões profissionais e ao reflexo das mesmas na vida de uma mulher. Trata-se de uma parturiente com uma doença inflamatória intestinal, medicada, que na sequência do seu trabalho de parto, sofreu uma laceração perineal de grau 3.

Realizar este jornal de aprendizagem, possibilitou-me partilhar um pouco do que reflecti e aprofundei, sobre o assunto e sobre as vertentes em que deve intervir o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia

Durante um turno de tarde, estava internada no bloco de partos uma grávida, com 24 anos, gesta 1 pára 0, com 37 semanas e 5 dias de idade gestacional, que tinha recorrido à urgência obstétrica durante essa manhã por rutura espontânea de bolsa, cerca das 12 horas, com saída de líquido claro em abundância. Vinha acompanhada pelo companheiro, com quem vive e que permaneceu junto dela, até à sua transferência para o serviço de obstetrícia.

Apresentava como antecedentes pessoais relevantes uma doença de Chron, e tinha estado medicada com corticosteróides.

Tratava-se de uma gravidez vigiada no hospital, por ser de médio risco, 2º a escala de Goodwin modificada.

Apresentava serologias actualizadas e negativas e resultado de pesquisa de estreptococos beta hemolítico do grupo B também negativo. Grupo sanguíneo A Rh positivo.

A última ecografia obstétrica, revelava um feto de apresentação cefálica e com uma estimativa de percentil 50.

No início do turno, verbalizou que queria analgesia epidural e quando a questioneei sobre o seu nível de desconforto numa escala de 0 a 10, referiu sentir 7.

Por cervicometria avaliado um colo com 6 cm de dilatação e uma apresentação cefálica apoiada.

A monitorização cardiotocográfica revelou uma boa variabilidade, com uma frequência cardíaca fetal basal de 140 batimentos por minuto, com presença de contractilidade uterina, irregular de média/alta amplitude.

Foi orientada e incentivada a levantar-se e a realizar exercícios na bola de pilates. Não tinha frequentado nenhum curso de preparação para a parentalidade, por não ter considerado necessário.

Sentia necessidade de mudar frequentemente de posição e queixava-se de lombalgias que se acentuaram gradualmente. O marido foi instruído sobre a massagem na região lombar, tendo a utente verbalizado que ajudava no alívio da dor.

Foram prestados os esclarecimentos relacionados com a analgesia epidural e a realização do procedimento, assunto que foi novamente esclarecido pela anestesista, antes de iniciar o procedimento. O consentimento informado também foi assinado previamente á realização do procedimento. Este decorreu sem intercorrências, tendo a utente permanecido sem alterações dos valores da tensão arterial (foi realizado preenchimento vascular com lactato de ringer).

Por volta das 20 horas, a utente apresentava dilatação completa e com a nossa orientação (da minha orientadora e minha) iniciou esforços expulsivos.

Durante o 2º estágio do trabalho de parto, que demorou pouco menos de uma hora, foi alternando a posição entre a lateralizada, de cócoras em cima da cama, de gatas e semi-sentada. A minha orientadora confirmou que se tratava de uma variedade posterior (occipito-iliaco-posterior-direita), o que apesar das mobilizações da parturiente estava a dificultar a descida do feto. O bebé acabou por nascer com a parturiente na posição semi-sentada e considerando o seu quadro patológico e as dificuldades relacionadas com a descida da apresentação, foi realizada episiotomia médio-lateral. Nasceu um recém-nascido, com apgar 9/10, que foi imediatamente colocado em contacto pele a pele com a mãe. O 3º estágio do trabalho de parto decorreu sem intercorrências, com uma dequitação natural e completa.

Ao observar a extensão da lesão, para iniciar a episiorrafia, percebi que além da episiotomia, a utente apresentava uma laceração visivelmente extensa e

profunda. A minha orientadora chamou de imediato o obstetra de serviço que constatou a existência de uma laceração com envolvimento do esfíncter anal, de grau III. A sutura foi realizada pelo médico, tendo toda a equipa mantido uma postura tranquila e segura, mantendo diálogo com o casal que concomitantemente se relacionava com o recém-nascido.

Foi realizada pelo médico, anestesia do nervo pudendo à direita e esquerda, com lidocaína a 2%, tendo explicado à senhora o que estava a fazer e que apesar de ter analgesia epidural, era um procedimento importante para que não sentisse dor.

À medida que ía suturando, o médico e a minha orientadora foram conversando com o casal, explicando que de fato esta apresentava uma certa fragilidade tecidual relacionada com a doença inflamatória que tinha, e que este fato tinha contribuído para a ocorrência de uma laceração um pouco extensa, apesar da episiotomia que se tinha realizado. O casal aparentemente permaneceu calmo, não levantando questões. O médico explicou que estava a fazer o melhor possível e que seria importante que aquela situação fosse avaliada após à sua alta. Assim iria combinar com a senhora uma consulta por esse motivo.

Posteriormente, conversámos os três, o obstetra, a minha orientadora e eu. Analisámos a situação e reflectimos sobre o que aconteceu.

Pensar que aquela jovem poderá ficar com sequelas graves não só a curto prazo mas principalmente a longo prazo, deixou-me muito angustiada. Profissionalmente senti-me frustrada com a situação.

Teria orientado bem o trabalho de parto?

Teria a posição semi-sentada contribuído para o traumatismo dos tecidos do períneo?

A decisão da episiotomia foi justificada pela situação clínica da parturiente, associada aos fatores de risco para uma laceração grau III. No entanto, terá a episiotomia sido suficientemente lateralizada compensando a distensão dos tecidos do pavimento pélvico?

As mudanças de posição da parturiente teriam sido suficientes para que houvesse rotação do bebé?

Estaria aquela grávida devidamente informada dos riscos que corria com a realização de um parto normal?

Teria sido instruída sobre a realização da massagem perineal?

Em relação à progressão do trabalho de parto, foi muito gratificante participar de um momento, em que foi respeitada a vontade da parturiente, em se mobilizar constantemente, com o apoio do companheiro, beneficiando a adaptação anatómica e fisiológica ao trabalho de parto, favorecendo a descida do feto, promovendo o conforto, beneficiando a irrigação útero-placentar e diminuindo o risco de compressão do cordão (Sotto-Mayor, 2013). A maioria das mulheres experienciam dor durante o trabalho de parto e cada uma reage de uma forma diferente, ao desconforto que sente, podendo adotar variadas posições, evitando apenas longos períodos em decúbito dorsal. A parturiente foi encorajada a alternar posições, adotando aquelas em que se sentia mais confortável (WHO, 1996).

Também foi muito positiva a interacção do casal conosco, durante o 2º estágio do trabalho de parto. Uma vez que o efeito da analgesia epidural influenciou a percepção da parturiente da necessidade de realizar esforços (forças voluntárias) durante as contracções uterinas (forças involuntárias), foi particularmente importante a sincronia que existiu entre nós (a minha orientadora e eu) e o casal, manifestada pela articulação de esforços, que possibilitou a concretização de um parto normal, como era seu desejo.

Devia ter tido o cuidado de identificar junto da grávida, que informações e conhecimentos tinha sobre os riscos que corria e as complicações que poderiam surgir, relacionadas com o parto normal e a analgesia epidural, neste caso em particular, pois só por si esta já é considerada um fator de risco para lacerações mais graves (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007).

Considero um aspeto negativo, não ter acompanhado a evolução da situação, durante o internamento no puerpério. Deveria ter planeado uma visita à puérpera, enquanto esteve internada, de maneira a dar continuidade à relação terapêutica que estabelecemos no bloco de partos. Teria facilitado os contactos telefónicos que estabeleci posteriormente. Também devia ter tido a preocupação de dar continuidade aos cuidados que foram prestados por mim no bloco de partos, não me contentando com uma continuidade de cuidados promovida pela passagem de

informação verbal e escrita (registos de enfermagem). A continuidade de cuidadores favorece a relação terapêutica que se estabelece e facilita a concretização do apoio que se pretende dar, durante o puerpério, na vertente parental e conjugal, da alimentação do recém-nascido, mas também do restabelecimento físico, psicológico e emocional da puérpera (Lee, 1997).

Estabeleci contacto telefónico uma semana após o parto, tal como tinha acordado com o casal, uma vez que continuar a acompanhar o seu percurso, em relação à alimentação do recém-nascido, era um objectivo académico que tinha. Nessa altura, a puérpera revelou-me estar tudo a correr bem com ela, até porque já tinha começado a trabalhar em casa (é professora e tinha planeado começar gradualmente a dar explicações em sua casa). Referiu-me que de fato tinha que ter algum cuidado a evacuar e também quando se sentava, mas que considerava normal, dentro do que se tinha passado. Aplicava gelo local com frequência, porque se sentia aliviada, e usava uma boia para se sentar (boia de praia para criança). Em relação à higiene, disse-me que se lavava sempre que ía à casa de banho, utilizando um líquido que tinha adquirido na farmácia e água tépida. Confirmou-me que tinha consulta médica marcada para avaliação da situação.

A vigilância pré-natal de uma mulher com o diagnóstico de uma doença inflamatória intestinal como a doença de Chron, deve envolver na equipa multidisciplinar, além do casal, do obstetra e do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetria, o médico de família e o gastroenterologista (Habal & Huang, 2012). Esta grávida esteve medicada com corticosteróides, estando esta medicação incluída no tratamento convencional desta patologia. Numa recente revisão da literatura que envolveu 17 estudos, com grávidas medicadas com dexametasona ou betametasona, verificou-se em 9 dos estudos, uma diminuição do peso à nascença dos recém-nascidos. Em cinco destes 9 estudos, uma diminuição do perímetro cefálico e em 2, redução do seu comprimento. Perante estes dados, os autores da revisão concluíram que existe uma relação entre a exposição do feto aos glicocorticóides sintéticos e a redução dos seus parâmetros antropométricos. No entanto, num estudo dinamarquês, esta associação não foi encontrada (Habal & Huang, 2012).

Habal & Huang (2012), criaram um algoritmo de tomada de decisão baseado na evidência, a ser utilizado na vigilância pré-natal de grávidas com doença inflamatória do intestino e referiram como aspetos importantes (Habal & Huang, 2012):

- O aconselhamento pré-concepcional, uma vez que as mulheres com a doença em remissão durante o seu estado gravídico, correm menos riscos relacionados com o bem-estar materno-fetal e com o desenvolvimento do feto.
- A medicação utilizada no tratamento da doença inflamatória intestinal, não sendo contraindicada durante a gravidez e o parto (à exceção do metotrexato e da talidomida. Também durante a amamentação esta indicação mantém-se, com exceção para a ciclosporina.

Apesar de ainda existirem incógnitas relacionadas com as repercussões deste tipo de situações clínicas, na saúde/qualidade de vida das famílias, esta experiência constituiu para mim mais um exemplo da importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia ao nível dos cuidados de saúde primários, acompanhando a vigilância da saúde sexual e reprodutiva das mulheres em idade fértil, os seus projetos reprodutivos e respectivo aconselhamento pré-concepcional. A minha intervenção como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia pode fazer a diferença na vigilância de gravidezes de risco e na incidência de complicações durante a gravidez, trabalho de parto e após o parto, tanto para a mulher, como para o recém-nascido. Neste contexto, a utilização dos canais de comunicação ao dispor, para a partilha e transmissão de informação clínica relevante, deve ser cada vez mais valorizado pelas equipas de profissionais, cujo objectivo das suas intervenções é comum, em benefício da saúde das mulheres e dos recém-nascidos. Assim, a continuidade de cuidados e a articulação de serviços constituem aspetos imprescindíveis para uma prestação de cuidados de excelência e para a existência de um sistema de saúde com qualidade, devendo cada vez mais, haver um investimento por parte das entidades responsáveis, na criação e implementação de protocolos de articulação de cuidados.

Não sei se durante a sua vigilância pré-natal teria sido instruída sobre a massagem perineal como prevenção do traumatismo do períneo. O Royal College of Midwives (2008) refere dois estudos controlados randomizados, que investigaram o efeito da massagem perineal realizada no período pré-natal. Num dos estudos foi utilizado no períneo óleo de amêndoas doces, durante 5 a 10 minutos por dia, a partir das 34 semanas de idade gestacional até ao nascimento, e verificou-se um aumento do número de períneos intactos nos partos via vaginal de primíparas, mas não no caso das múltiparas. No outro verificou-se o seu benefício na redução de lacerações de 2º e 3º grau, episiotomias e partos instrumentais, sendo este mais acentuado em mulheres com idade igual ou superior a 30 anos. Por outro lado, trata-se de uma prática bem aceite pelas mulheres (Royal College of Midwives, 2008).

Leite (2012), citando um estudo randomizado realizado na Noruega com 301 mulheres, aborda a recomendação do exercício perineal durante a gestação, para prevenção da incontinência urinária, uma vez que produz efeito no controlo dos músculos pélvicos, podendo facilitar o parto. Embora tivessem sido detectadas diferenças em relação à duração do 2º estágio do trabalho de parto, não surgiram diferenças estatisticamente significativas, em relação à ocorrência de episiotomias e lacerações perineais graves. Aliás, as lacerações foram de maior grau entre as mulheres que realizaram exercícios perineais durante a gestação, incluindo os 2 únicos casos de laceração de 3º grau. No entanto a autora salvaguarda que não foi investigado o tipo de exercícios e a sua frequência (Leite, 2012).

Existe outro aspeto que a literatura refere, como sendo uma variável a considerar na avaliação do risco de trauma perineal: a altura do períneo. Na prática clínica, parece haver maior risco de trauma perineal, quando o períneo é curto (< 3 cm), pela proximidade que existe entre os orifícios vaginal e anal, ou quando é longo, por ser restrita a sua capacidade de se distender (Leite, 2012).

A OMS refere não existir consenso em relação à prática a adotar para proteger o períneo. É possível que a manobra utilizada para controlar a velocidade de coroação e suportar o períneo, possa reduzir o risco de traumatismo perineal (“hands on”). No entanto, a técnica conhecida por “hands poised” ou “hands off”, parece estar associada à existência de dor menos intensa, ao 10º dia após o parto e a uma diminuição de episiotomias (WHO, 1996) (Royal College of Midwives, 2008).

Por outro lado, na adoção de posições mais verticalizadas torna-se mais fácil utilizar uma abordagem mais espectante, enquanto existe mais tendência para uma postura mais interventiva, se a parturiente estiver na posição de litotomia (WHO, 1996).

A coroação do feto aconteceu numa posição semi-sentada, tendo nesta posição sido utilizada uma abordagem mais interventiva (hands-on). Contudo tratava-se de uma situação particular, em que estavam identificados riscos para a ocorrência de traumatismo do períneo (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007). Herbruck (2008), enuncia duas técnicas a serem utilizadas para reduzir o traumatismo perineal. A aplicação de compressas quentes no períneo e a massagem perineal com um lubrificante. Estes procedimentos estão associados ao aumento de vasodilação na zona, que beneficia a distensão tecidual, o relaxamento muscular local e diminui a percepção da dor (Herbruck, 2008).

Para esta puérpera existe um risco acrescido de compromisso no processo de cicatrização da episiorrafia e da sutura da laceração. A utilização de medicação corticosteróide pode comprometer a capacidade reguladora dos fatores de crescimento e das células inflamatórias e proliferativas, do processo de cicatrização (Dudley, Kettle, & Ismail, 2013).

Ter consciência dos fatores de risco de lesão do esfíncter, não significa que esta seja necessariamente prevista ou prevenida (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007). Assim aconteceu, apesar de ter sido realizada uma episiotomia médio-lateral, de acordo com as recomendações do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2007), após terem sido identificados como fatores de risco a nuliparidade, a variedade posterior persistente e a analgesia epidural (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007) (Brouard, 2011).

A conduta da minha orientadora, foi um exemplo de responsabilidade para mim, pois embora a sutura de lacerações seja também da competência dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, um dos fatores que influencia a sua cicatrização é a qualidade da técnica de sutura utilizada (Dudley, Kettle, & Ismail, 2013).

De acordo com o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, uma laceração perineal de terceiro grau, diz respeito a uma lesão parcial ou completa, dos músculos do esfíncter anal, podendo envolver separadamente ou

concomitantemente os músculos interno e externo do esfíncter anal (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007).

Ter solicitado a colaboração do obstetra de serviço, para avaliar a situação, mostrou-me como deve ser a postura de um EEESMO, numa equipa multidisciplinar. Assuntos que ultrapassam a área de actuação do EEESMO (DR, 2ª Série, 2011), podem incluir situações que exijam a intervenção outro profissional apenas com mais experiência cirúrgica, neste caso de sutura de lacerações mais graves, uma vez que estas exigem inspeção e reparação cuidadosa (Herbruck, 2008). Para além disso, ser competente também implica conhecer os limites das suas habilidades. Também o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists recomenda a inspeção cuidadosa do canal de parto, de forma a detetar a existência de traumatismos e lesões (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007). Refere ainda que as parturientes com lesões perineais extensas, devem ser examinadas por um obstetra experiente, treinado em reconhecer e manusear lacerações perineais. Estas deverão ser reparadas por profissionais experientes, com treino formal em técnicas de reparação de esfíncter anal.

Antes do início da sutura, informámos a parturiente da necessidade da sua realização. Esta informação foi intensificada, quando se constatou a necessidade de suturar uma lesão concomitante com a episiotomia e à medida que foi realizada (assim como a anestesia dos pudendos), o médico e a minha orientadora foram conversando com a senhora sobre os procedimentos. A OMS alerta para a importância de serem explicados todos os procedimentos, pedindo permissão para a sua realização e discutindo resultados com a mulher (WHO, 2007). De fato, os riscos associados a este tipo de lesão e as complicações que poderão surgir, não foram claramente abordadas com a senhora. No entanto, seria aquele o momento ideal? A tríade estabelecia vinculação e por momentos pareciam estar num mundo só deles, não sendo nós convidados a entrar. Entre observações e suspeitas de pareências, viviam o seu momento de felicidade. Mais tarde, deveria ter-me aproximado, e alertado para as complicações tanto a curto como a longo prazo, havendo necessidade de um acompanhamento obstétrico, do seu gastroenterologista e também de fisioterapia.

O modelo de cuidados preconizado pela ICM, considera o EEESMO responsável pela supervisão, cuidados e informações fornecidas durante a vigilância da gravidez, a experiência do parto e o período pós-parto, conduzindo todo este processo e sendo concomitantemente responsável pelos cuidados prestados ao recém-nascido. As competências essenciais contemplam a sua responsabilidade sobre a prestação de cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis, a nível pré-natal detectando precocemente, tratando ou referenciando determinadas complicações, durante o parto, conduzindo-o de forma limpa e segura e resolvendo determinadas situações de emergência, em prol da saúde das mulheres e dos seus recém-nascidos e no pós-parto, contribuindo para a prevenção ou recuperação de possíveis traumatismos relacionados com a gravidez ou com o trabalho de parto (ICM, 2011).

Quando, cerca de uma semana após o parto, contactei telefonicamente a puérpera, reforcei alguns cuidados, como forma de aliviar o desconforto e favorecer a cicatrização:

- A utilização de uma almofada macia, de preferência em forma de donut, que já estava a utilizar.
- A utilização de um pano limpo para pressionar a ferida cirúrgica, quando realiza a manobra de valsalva.
- A aplicação de frio local.
- A utilização de analgésicos, de acordo com a sua necessidade e no seu caso se possível a suspensão provisória de terapêutica corticosteroide (pela sua interferência na fase inflamatória do processo de cicatrização).
- A utilização de um emoliente de fezes, que no seu caso não era necessário (fezes moles). Recomenda-se o uso de laxantes e emolientes das fezes nos primeiros 10 dias após o procedimento, como medida profilática de deiscência da sutura, atenuando também as queixas algicas. No entanto estas medidas parecem não influenciar o resultado final do procedimento (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007).
- Cuidados relacionados com a alimentação e o reforço hídrico.
- A utilização de vestuário confortável, preferencialmente não sintético, de forma a não pressionar a região da sutura e a facilitar a respiração cutânea.

Alertei-a para a necessidade de se dirigir à urgência obstétrica, caso surgisse dor acentuada, acompanhada de hipertermia e mal estar, por risco infeccioso.

Teria sido importante garantir um acompanhamento 6 a 12 semanas após o parto, para despiste da evolução da situação, orientação em relação a alguns hábitos, assim como para esclarecer da possível necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico, úteis para a vigilância da evolução da situação (ultra-sonografia endoanal, manometria anorectal). Da mesma forma deveria ser lembrado que há alimentos e bebidas que podem exacervar a incontinência anal (preferir os cereais integrais e a aveia ao trigo, evitar figos e ameixas por conterem laxantes naturais, assim como legumes, feijão e especiarias como a pimenta e o picante, adoçantes artificiais, chocolates e conservas, cerveja, cafeína e leite em excesso). Teria sido igualmente importante o encaminhamento para a fisioterapia, com exercícios específicos para a recuperação do pavimento pélvico, também 6 a 12 semanas após o procedimento (Brouard, 2011) (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007).

Cerca de 80% das mulheres que têm um parto vaginal sofrem algum tipo de lesão do períneo (laceração ou episiotomia) e necessitam de uma sutura. Na sequência desta lesão, algumas experimentam dor aproximadamente nas duas semanas depois do parto, outras poderão sofrer de dor prolongada, desconforto durante as relações sexuais e mau estar emocional associado à lesão. (Kindberg, Sara F. 2008) Para uma mãe recente que tem que gerir todas as adaptações emocionais, adaptar-se fisicamente a um ambiente químico com múltiplas alterações hormonais e responder às necessidades do seu filho recém-nascido para além de gerir todas as expectativas do seu companheiro, este momento pode ser um momento particularmente crítico, em que o acompanhamento por parte do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetria pode fazer a diferença.

São várias as complicações que podem surgir após o parto, associadas a uma laceração. As que são mais facilmente identificáveis, surgem na maior parte das vezes, nas primeiras 48 horas: edema, dor perineal, equimose, hematoma, infecção e deiscência. No entanto, podem surgir complicações mais graves,

identificadas apenas a longo prazo, que influenciam a qualidade de vida da mulher: dispareunia, incontinência urinária, incontinência fecal e fístula retal (Leite, 2012).

O Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2007) recomenda a implementação de protocolos locais, orientadores do uso de antibióticos, laxantes, observação e acompanhamento das mulheres sujeitas a reparação obstétrica do esfíncter anal. Refere também que 60% a 80% das mulheres que sofrem uma reparação do esfíncter anal externo, 12 meses após a intervenção encontram-se assintomáticas. No entanto, quando permanecem sintomáticas, referem incontinência de flatos ou urgência fecal.

No acompanhamento desta mulher/casal, torna-se importante perceber se existe algum projeto para futuras gravidezes, pois devem ser esclarecidos sobre o risco de desenvolvimento de incontinência anal ou agravamento de sintomas que já tenha, com a ocorrência de partos por via vaginal, devendo ser considerada a possibilidade de realização de cesariana eletiva (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007).

Muito mais poderia ter feito, em benefício desta mulher, como já referi anteriormente. Resta-me a consciencialização do défice de intervenção da minha parte e a determinação em melhorar, sentindo-me neste momento mais capaz de cuidar de uma mulher que sofre uma laceração perineal grave e de contribuir para uma continuidade desses cuidados de uma forma mais estruturada. De facto a obstetrícia é um mundo. Apesar de ser um chiché, esta frase reflete a minha vontade de desenvolver competências cada vez mais e melhor, adotando uma postura de análise e reflexão das minhas práticas, para com base na evidência científica crescer e atingir as competências que uma futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia deve ter.

BIBLIOGRAFIA

Brouard, K. (2011). Anal incontinence - what the gynaecologist should know. *Obstetrics & Gynaecology Forum*, 21, pp. 22 - 29.

DR, 2ª Série. (18 de Fevereiro de 2011). *Regulamento da Competências Específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*, Nº 35, 8662-8666.

Dudley, L., Kettle, C., & Ismail, K. (2013). Prevalence, pathophysiology and current management of dehisced perineal wounds following childbirth. *British Journal of Midwifery*, 21 (3), pp. 160 - 171.

Habal, F., & Huang, V. (2012). Review article: a decision-making algorithm for the management of pregnancy in the inflammatory bowel disease patient. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 35, pp. 501 - 515.

Herbruck, L. (2008). The Impact of Childbirth on the Pelvic Floor. *Urologic Nursing*, 28 (3).

ICM. (2011). *Essential Competencies for basic midwifery practise*. Obtido em 2013, de <http://internacionalmidwives.org>.

Kindberg, S. (2008). Perineal lacerations after childbirth. Denmark: University of Aarhus. PhD Thesis.

Lee, G. (1997). The concept of "continuity" - what does it mean? In M. Kirkham, & E. Perkins, *REFLECTIONS OF MIDWIFERY* (pp. 1-25). Inland: W B Saunders Company Ltd.

Leite, J. (2012). Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal. *Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. São Paulo.

Royal College of Midwives. (2008). Care of Perineum. *Midwifery Practice Guideline*.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2007). The Management of Third - and Fourth-Degree Perineal Tears. *Guideline Nº 29*.

Sotto-Mayor, L. (2013). Trabalho de Parto. *UC Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia III*. Lisboa: ESEL.

WHO. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Obtido de www.who.int.

WHO. (2007). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*. Obtido de www.who.int.

Apêndice XXIII – Stressores identificados pela estudante

Quadro - Stressores identificados pela estudante

IDENTIFICAÇÃO DE STRESSORES NEGATIVOS NA MÃE RELACIONADOS COM O APOIO À AMAMENTAÇÃO – perspectiva profissional					
VARIÁVEIS DO CLIENTE/SISTEMA	FISIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOCULTURAL	DESENVOLVIMENTO	ESPIRITUAL
STRESSORES					
FORÇAS INTRA-PESSOAIS	Dor por fissura ou ducto bloqueado. Engurgitamento. Fissuras. Ductos bloqueados. Episiorrafia. Cansaço físico da cliente.	Défice de conhecimentos sobre amamentação. Inexperiência em amamentar. Déficit de auto-confiança em amamentar.			
FORÇAS INTER-PESSOAIS	Horário rígido das mamadas.	Ansiedade por internamento do RN prolongado/reinternamento do RN. Apoio do companheiro negativo.	Uso de mamilo artificial. Posição da mão em tesoura.		
FORÇAS EXTRA-PESSOAIS			Informações/aconselhamento incorreto sobre amamentação. Elevado nº de visitas		
IDENTIFICAÇÃO DE STRESSORES NEGATIVOS NO RN RELACIONADOS COM O APOIO À AMAMENTAÇÃO – perspectiva profissional					
VARIÁVEIS DO CLIENTE/SISTEMA	FISIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOCULTURAL	DESENVOLVIMENTO	ESPIRITUAL
STRESSORES					
FORÇAS INTRA-PESSOAIS	Dificuldade na pega por mamas densas e mamilos invertidos. Fraco aumento ponderal. Perda ponderal > 10%. RN com boca pequena. Recurso a mamilos artificiais. Alívio da dor do TP por medidas farmacológicas. Confusão de tetinas.			Surtos de crescimento.	
FORÇAS INTER-PESSOAIS					
FORÇAS EXTRA-PESSOAIS					
IDENTIFICAÇÃO DE STRESSORES POSITIVOS NA MÃE RELACIONADOS COM O APOIO À AMAMENTAÇÃO – perspectiva profissional					
VARIÁVEIS DO CLIENTE/SISTEMA	FISIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOCULTURAL	DESENVOLVIMENTO	ESPIRITUAL
STRESSORES					
FORÇAS INTRA-PESSOAIS	Bom reflexo de sucção.	Decisão de amamentar. Conhecimentos sobre amamentação. Experiência em amamentar. Auto-confiança em amamentar. Relação terapêutica positiva.			
FORÇAS INTER-PESSOAIS	Contacto pele a pele (mãe/RN).	Disponibilidade e apoio contínuo, consistente e não contraditório (contacto frequente até à resolução da situação). Reforço positivo/elogio. Apoio não profissional positivo (companheiro/mãe). Contacto pele a pele (mãe/RN): fâcias da cliente de satisfação/alegria.	Aquisição e desenvolvimento de competências parentais.	Contacto pele a pele. Amamentação na 1ª hora de vida (desenvolvimento da vinculação e competências parentais).	
FORÇAS EXTRA-PESSOAIS			Presença de acompanhante		
IDENTIFICAÇÃO DE STRESSORES POSITIVOS NO RN RELACIONADOS COM O APOIO À AMAMENTAÇÃO – perspectiva profissional					
VARIÁVEIS DO CLIENTE/SISTEMA	FISIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOCULTURAL	DESENVOLVIMENTO	ESPIRITUAL
STRESSORES					
FORÇAS INTRA-PESSOAIS	Mamadas frequentes.				
FORÇAS INTER-PESSOAIS	Contacto pele a pele (mãe/RN): adaptação à vida extra-uterina.			Contacto pele a pele. Amamentação na 1ª hora de vida.	
FORÇAS EXTRA-PESSOAIS					

Apêndice XXIV – Stressores percebidos pelas clientes

Quadro - Stressores percebidos pelas clientes

IDENTIFICAÇÃO DE STRESSORES NEGATIVOS NA MÃE RELACIONADOS COM O APOIO À AMAMENTAÇÃO – percepção da cliente					
VARIÁVEIS DO CLIENTE/SISTEMA	FISIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOCULTURAL	DESENVOLVIMENTO	ESPIRITUAL
STRESSORES					
FORÇAS INTRA-PESSOAIS	Dor por fissura ou ducto bloqueado. Engurgitamento. Fissuras. Ductos bloqueados. Existência de episiorrafia. Presença de uma infecção orgânica. Administração de medicação AB e anti-inflamatória. Mamilos sangrantes. Cansaço físico da cliente.	Mamadas frequentes. Insegurança na capacidade em amamentar. Ansiedade por dificuldade com a pega. Insegurança para amamentar. Experiência anterior negativa.			
FORÇAS INTER-PESSOAIS	Amamentar de noite (cansaço).	Falta de apoio profissional. Informação inútil, contraditória; apoio pontual; diversidade de cuidadores profissionais e não profissionais. Déficit de informação durante o período pré-natal.			
FORÇAS EXTRA-PESSOAIS		Internamento prolongado por fototerapia. Reinternamento por nec. Vig. (engasgamento). Ruído hospitalar. Ratio enf./cliente desadequado (serv. obstétrica).	Leite fraco, insuficiente. Duração da licença de amamentação insuficiente.		
IDENTIFICAÇÃO DE STRESSORES NEGATIVOS NO RN RELACIONADOS COM O APOIO À AMAMENTAÇÃO – percepção da cliente					
VARIÁVEIS DO CLIENTE/SISTEMA	FISIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOCULTURAL	DESENVOLVIMENTO	ESPIRITUAL
STRESSORES					
FORÇAS INTRA-PESSOAIS	Cólicas no RN. Engasgamento no RN. Mamadas frequentes. Sono prolongado.	RN inquieto, agitado. Choro.			
FORÇAS INTER-PESSOAIS					
FORÇAS EXTRA-PESSOAIS			Fome.		
IDENTIFICAÇÃO DE STRESSORES POSITIVOS NA MÃE RELACIONADOS COM O APOIO À AMAMENTAÇÃO – percepção da cliente					
VARIÁVEIS DO CLIENTE/SISTEMA	FISIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOCULTURAL	DESENVOLVIMENTO	ESPIRITUAL
STRESSORES					
FORÇAS INTRA-PESSOAIS		Auto-confiança em amamentar. Sentimentos de felicidade, realização, vitória. Aquirir conhecimentos sobre amamentação (sinais de prontidão, pega e posição correta). Concretização de expectativas (realização/não realização de analgesia epidural).			
FORÇAS INTER-PESSOAIS	Facilidade em iniciar a amamentação. Amamentar sem dificuldades.	Apoio profissional positivo e contínuo (informação útil, não contraditória). Disponibilidade profissional contínua. Relação terapêutica. Apoio familiar (companheiro, mãe). Informação profissional sobre amamentar à demanda e surtos de crescimento.	Presença de acompanhante durante o TP.		
FORÇAS EXTRA-PESSOAIS		Companhia no quarto no serv de obstetria. Ambiente calmo no quarto do hospital. Respeito pela privacidade.	Reconhecimento cultural da amamentação como algo natural.		
IDENTIFICAÇÃO DE STRESSORES POSITIVOS NO RN RELACIONADOS COM O APOIO À AMAMENTAÇÃO – percepção da cliente					
VARIÁVEIS DO CLIENTE/SISTEMA	FISIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIOCULTURAL	DESENVOLVIMENTO	ESPIRITUAL
STRESSORES					
FORÇAS INTRA-PESSOAIS	Evolução ponderal adequada. Micções e dejeções frequentes.	RN tranquilo.			
FORÇAS INTER-PESSOAIS	Pega adequada				
FORÇAS EXTRA-PESSOAIS					