

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

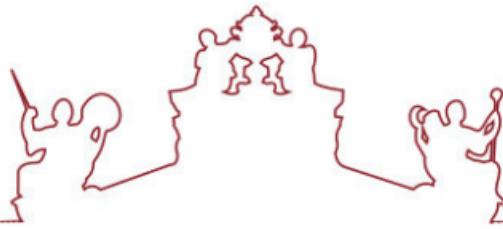
Relatório de Estágio

Estabelecimento da amamentação. Vivência no Trabalho de Parto

Ana Margarida Ferreira

Orientador(es) | Otília Zangão

Évora 2021



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

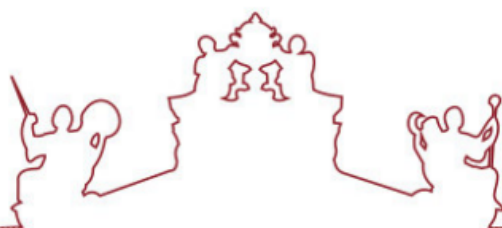
Relatório de Estágio

Estabelecimento da amamentação. Vivência no Trabalho de Parto

Ana Margarida Ferreira

Orientador(es) | Otilia Zangão

Évora 2021



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Aguiar Frias (Universidade de Évora)

Vogais | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Arguente)
Otilia Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)



Agradecimentos

Agradeço ao meu marido, David, e à minha filha, Francisca, como pedido de desculpa por todas as ausências durante este percurso, que no futuro dará frutos.

Aos meus pais e irmão por serem a minha retaguarda. Obrigada por estarem sempre presentes.

Aos amigos, os que ficaram.

A todas as pessoas com quem me cruzei ao longo destes dois anos, nomeadamente professores e supervisores clínicos que tanto contribuíram para que concretizasse esta etapa da minha vida com sucesso. Um agradecimento especial à professora Otília Zangão pela paciência demonstrada.

Às colegas que tanto colaboraram comigo, permitindo gerir trocas e turnos de forma mágica por vezes.

Estes dois anos refletiram a vontade e a perseverança de quem luta por um sonho, que sem vocês não teria sido possível. A todos o meu Obrigada!

Resumo

Objetivos: Analisar as atividades desenvolvidas durante o Estágio de Natureza Profissional para a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Descrever contributos para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados relativamente à influência da vivência do trabalho de parto no estabelecimento da amamentação através da revisão da literatura e de pesquisa.

Método: A metodologia utilizada no estágio foi a supervisão clínica. Efetuou-se uma revisão da literatura e uma pesquisa quantitativa. Tratamento de dados utilizando o Software IBM® SPSS® Statistic, versão 24.

Resultados: Relativamente ao estágio, foram cumpridas as experiências práticas. Quanto à temática, a pesquisa não revelou diferenças entre os diferentes tipos de parto e o estabelecimento da amamentação. Mulheres com um parto eutócico demonstraram maior confiança no processo de amamentar.

Conclusões: Foram atingidos os objetivos. Nos partos eutócicos, com o mínimo de intervenções, as mulheres apresentaram níveis mais elevados de confiança no estabelecimento da amamentação.

Descritores (MeSH): Aleitamento materno; Trabalho de parto; Autoeficácia; Período pós-parto.

Establishment of breastfeeding. Living Labor.

ABSTRACT

Objective:

Analyze the activities developed during the Professional Nature Internship to acquire the skills of Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing. Describe contributions to improve the quality and safety of care regarding the influence of the experience of labor in the establishment of breastfeeding through a literature review and research.

Method: The methodology used in the internship was clinical supervision. A literature review and quantitative research were carried out. Data processing using IBM® SPSS® Statistic Software, version 24.

Results: Regarding the internship, practical experiences were carried out. As for the theme, the research did not reveal differences between the different types of delivery and the establishment of breastfeeding. Women with eutocic delivery showed greater confidence in the breastfeeding process.

Conclusions: The objectives were achieved. In eutocic deliveries, with a minimum of interventions, women had higher levels of confidence in establishing breastfeeding.

Descriptors (MeSH): Breast Feeding; Labor; Self Efficacy; Postprtum Period.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	13
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	13
2.1.1. Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE.....	13
2.1.2. Unidade de Saúde Familiar Alcaides	19
2.1.3. Centro Hospitalar Barreiro-Montijo	21
2.2. METODOLOGIA	28
2.2.1. Objetivos do Estágio de Natureza Profissional.....	28
2.2.2. Abordagem Metodológica	29
2.2.3. População-alvo	30
3. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	32
3.1. CONCETUALIZAÇÃO.....	34
3.2. METODOLOGIA	35
3.3. RESULTADOS.....	39
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	47
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	47
4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	48
4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	48
4.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	50
4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	50
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	51
4.2.1. Objetivo 1: Cuidar a mulher/casal no período pré-concepcional.....	51
4.2.2. Objetivo 2: Cuidar a mulher/casal no período pré-natal.....	52
4.2.3. Objetivo 3: Cuidar da mulher/casal no trabalho de parto	55
4.2.4. Objetivo 4: Cuidar da mulher/casal no período pós-natal	68
4.2.5. Objetivo 5: Cuidar da mulher/casal no período pós-concepcional	72
4.2.6. Objetivo 6: Identificar a relação entre a vivência do trabalho de parto e o estabelecimento da amamentação	73
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	87

Anexo 1 - Autorização das Excelentíssimas Senhoras Vanessa Santos e Sónia Bárçia, para utilização da versão Portuguesa da “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form”(BSES-SF).....	88
Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora para Aplicação do Estudo	89
Anexo 3 - Autorização Institucional para Aplicação do Estudo e respetivo Parecer da Comissão de Ética do CHBM, EPE	90
APÊNDICES.....	91
Apêndice 1 - Revisão da Literatura	92
Apêndice 2 - Questionário Aplicado às Puérperas	106
Apêndice 3 - Consentimento Informado Livre e Esclarecido	109
Apêndice 4 - Proposta de Projeto do Estágio Final	110
Apêndice 5 – Experiências decorrentes do Estágio de Natureza Profissional...	115
Apêndice 6 – Sessão de Educação para a Saúde	116

Índice de Figuras

Figura 1 - Esquema da estrutura física do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HESE, EPE	18
Figura 2 - Gráfico do número de partos do HESE, EPE	31
Figura 3 - Gráfico do número de partos do CHBM, EPE.....	31

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Total da Escala	41
----------------------------------	----

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola São João de Deus, da Universidade de Évora. O Estágio decorreu maioritariamente no Hospital do Espírito Santo de Évora EPE, nomeadamente nos serviços de Bloco de Partos e Puerpério, mas também no Centro Hospitalar Barreiro e Montijo, nomeadamente nos serviços de Bloco de Partos e Grávidas Patológicas. Relativamente aos Cuidados de Saúde Primários, o estágio decorreu na Unidade de Saúde Familiar Alcides em Montemor-o-Novo. Teve início em 16 de Setembro de 2019 e terminou a 23 de Agosto de 2020 e decorreu sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Maria Otília Zangão.

Este Relatório e a sua discussão pública têm como finalidade constituir um elemento de avaliação da Unidade Curricular e, a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e obstétrica e ainda o título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia que será da competência da Ordem dos Enfermeiros Portugueses.

O objetivo deste relatório é analisar as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio de Natureza Profissional para a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e ainda descrever os contributos para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados relativamente na influência da vivência do trabalho de parto no estabelecimento da amamentação através da revisão da literatura e da pesquisa realizada.

Para além de dar resposta aos conteúdos programáticos acima referidos, o Estágio de Natureza Profissional está planeado de forma a cumprir o estipulado na diretiva europeia relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, publicada na Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias de 7 de setembro, e transposta para o direito nacional na Lei n.º 9/2009 de 4 de março e respetivas atualizações, quando se refere ao ensino prático e ao ensino clínico do programa de estudos para as parteiras.

Simultaneamente à realização do Estágio de Natureza Profissional, foi abordado o tema da influência da vivência no trabalho de parto no estabelecimento da

amamentação, tendo como finalidade a melhoria da qualidade e segurança na prestação de cuidados, refletindo sempre a mais recente evidência científica colocando-a em prática no exercício diário de funções.

Os cuidados prestados pelo EEESMO contribuem para a promoção da saúde da população e para os ganhos em saúde (OE, 2013). Neste contexto, sentiu-se a necessidade de abordar e refletir sobre o estabelecimento do Aleitamento Materno (AM), pois apesar das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), em Portugal verifica-se uma diminuição acentuada nas taxas de Aleitamento Materno entre o momento da alta da maternidade e o sexto mês de vida do bebê (RAM, 2013).

O trabalho de parto é um momento em que a assistência do EEESMO é crucial para a promoção, proteção e suporte ao aleitamento materno. O estabelecimento do AM pode ser influenciado pelas vivências da mulher durante o trabalho de parto. Alguns cuidados podem facilitar o início do AM, entre os quais se destacam, o apoio emocional; a liberdade de movimentação; o estímulo ao parto natural; o contato precoce pele a pele imediatamente após o nascimento na primeira hora de vida (Dorothy et al, 2013).

O encorajamento da mãe e a oferta de ajuda, quando necessário, são intervenções que fazem com que a mulher se sinta no controle da situação, iniciando assim, o AM com mais segurança e mais precocemente (Ministério da Saúde citando UNICEF, 2009). A qualidade das relações multiprofissionais influencia a eficácia das intervenções, sendo mais eficaz quando os profissionais trabalham conjuntamente e possuem relações fortes, assumindo um papel facilitador e partilhando as experiências (Hoddinott, Pill & Chalmers, 2007).

Relativamente ao desenvolvimento de competências em contexto da prática, foi utilizado o Modelo Adaptativo de Callista Roy. Este Modelo de Enfermagem tem como objetivo ajudar as pessoas a adaptarem-se às mudanças que ocorrem ao nível das suas necessidades, desempenhando um papel único, como facilitador de adaptação, valorizando o comportamento dos modos de adaptação e intervenção na manipulação de estímulos (Pagliuca, Rodrigues & Silva, 2004). A interpretação desta teoria possibilita a identificação e determinação de aspetos relevantes no processo de Aleitamento Materno, onde diversos estímulos (input), provenientes dos ambientes internos ou externos, confrontam as mães, sendo por isso que, o ato de amamentar apresenta aspetos que necessitam de ser trabalhados e ultrapassados.

Este relatório está organizado da seguinte maneira, está exposta a análise crítica e reflexiva sobre as atividades realizadas e os resultados obtidos no decorrer do estágio de Natureza Profissional, tendo em vista o desenvolvimento de competências de EEESMO, sendo que todas as intervenções realizadas tiverem em vista a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados à mulher e família no período pré-concepcional, na gravidez, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, recém-nascidos e em mulheres com afeções ginecológicas.

O relatório encontra-se dividido em seis capítulos, iniciando-se com a presente introdução, seguindo-se a análise do contexto clínico do Estágio de Natureza Profissional, no qual se fará referência não só à caracterização do contexto físico como também à metodologia utilizada no decorrer do estágio. Seguem-se os Contributos para a melhoria da assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no qual será abordada a temática do relatório bem como a metodologia utilizada e os resultados obtidos. O ponto seguinte é referente à análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências comuns aos Enfermeiros Especialistas e específicas dos EEESMO e por fim as considerações finais e referências bibliográficas.

Este relatório foi elaborado de acordo com o Regulamento Académico da Universidade de Évora, despacho no 3144/ 2019 de 21 março e conforme as normas da American Psychological Association (APA, 2012).

2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Este capítulo enquadra a experiência clínica adquirida ao longo do Estágio de Natureza Profissional, que decorreu no Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE, no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, e a nível de Cuidados de Saúde Primários, na Unidade de Saúde Familiar Alcaides em Montemor o Novo.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O Estágio de Natureza Profissional foi desenvolvido em vários contextos, como referido anteriormente. Segue-se a descrição e caracterização da estrutura física das diferentes instituições e serviços pelos quais o Estágio se desenrolou, bem como dos seus recursos humanos.

2.1.1. Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

Inserido na ARS Alentejo, o Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE (HESE, EPE) é um hospital de carácter público, tendo área de influência de primeira linha, abrangendo uma população de 155 mil pessoas referentes ao Distrito de Évora, mas também trata cada vez mais doentes provenientes das regiões do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral num total de 473.235 habitantes (estimativa INE, 2017).

O HESE, EPE tem uma existência de mais de quinhentos anos a servir a população do Alentejo, passando por diversas designações, adquirindo definitivamente o nome de Hospital do Espírito de Santo de Évora em 1996. No ano de 2007 adquire o regime de Entidade Pública Empresarial e no ano seguinte, 2008, é classificado como Hospital Central (HESE, EPE, 2020).

A sua atividade é direcionada para uma prestação de cuidados de saúde diferenciados, assumindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, seguindo os valores do respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, excelência técnica, promoção da qualidade, ética, integridade e transparência, motivação e trabalho de equipa (HESE, EPE, 2020).

O HESE, EPE, assumindo-se como o Hospital Central da Região Alentejo, dirige a sua atividade hospitalar no Internamento, Consultas Externas, Urgência, Hospital de dia de Pediatria e Oncologia, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

(M.C.D.T) (HESE, EPE, 2020). Para além destes Serviço, o HESE, EPE, com base nos documentos da Rede de Referência Hospitalar do Serviço Nacional de Saúde, oferece uma gama de cuidados de Saúde diferenciados nas seguintes valências: Pneumologia, Neonatologia, Imunoalergologia, Pedopsiquiatria, Hematologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vascular, Imunohemoterapia, Anatomia Patológica, Nefrologia, Gastroenterologia, Patologia Clínica, Oncologia, Radioterapia, Hemodinâmica (HESE, EPE, 2020).

O HESE, EPE é composto por três edifícios: a parte mais antiga, onde funcionam os Serviços Administrativos e de apoio, o Núcleo de Exames Especiais, o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e o Ambulatório do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental; acoplado a este surge o edifício do Espírito Santo que engloba a maioria dos serviços de Internamento, os M.C.D.T, a Urgência Geral e a Pediátrica, o Bloco Operatório, a Cirurgia de Ambulatório, o Serviço de Patologia Clínica e de Imagiologia; separado destes dois edifícios por uma avenida surge o edifício do Patrocínio, onde funcionam os internamentos das Medicinas I e II e Psiquiatria, o Serviço de Imunohemoterapia, a Neurologia, o Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação, o Serviço Social e Gabinete do Utente, as Consultas Externas, a Unidade de Radioterapia, a Oncologia, o Serviço de Gestão de Doentes, o Arquivo e a Cozinha (HESE, EPE, 2020). O Serviço de Nefrologia, de Anatomia Patológica, de Segurança e Saúde no Trabalho, Farmácia e Lavandaria funcionam em edifícios anexos ao edifício do Espírito Santo (HESE, EPE, 2020).

O Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HESE EPE situa-se no terceiro piso do edifício do Espírito Santo. É delimitado por uma porta de segurança que abre apenas com código tendo também a presença de um segurança permanente durante a semana, das 8h às 19h e ao fim-de-semana no horário das visitas. A porta de segurança, fecha automaticamente quando ativado o sistema de segurança das pulseiras anti-rapto dos RN, conforme o ponto 2.5 do despacho n.º 20730/2008. Transpondo esta porta, encontra-se um pequeno hall no qual está a sala das admissões e o gabinete das secretárias de piso. É na sala de admissões que são observadas as mulheres vindas do Serviço de Urgência Geral, estando equipada com marquesa ginecológica, Ecógrafo, carro de urgência e todo o restante material de apoio às intervenções quer obstétricas quer ginecológicas que aqui se realizam. Tem também instalações sanitárias para uso destas utentes.

Uma vez neste hall de entrada, o serviço divide-se em duas alas; para a esquerda encontra-se a sala de partos e para a direita o puerpério, grávidas patológicas e ginecologia. Na ala direita, no início do corredor, do lado esquerdo encontramos o Centro de Diagnóstico Pré-natal, constituído por uma sala de entrada, onde se encontra uma administrativa, seguida de uma outra sala equipada com ecógrafo, na qual se realizam procedimentos tais como Ecografias Fetais do primeiro, segundo e terceiro trimestre, amniocenteses, e biopsias das vilosidades. Como extensão deste serviço, ocorre, no edifício do Patrocínio, as Consultas Externas de Obstetrícia, onde há também um gabinete de registo cardiotocográfico, no qual se encontra diariamente, no período da manhã, uma enfermeira EEESMO. Tal corrobora a norma da DGS que recomenda que as grávidas, entre as 36 e as 40 semanas, devem ter acesso a consulta no hospital onde se prevê que venha a ocorrer o parto (DGS, 2015).

Ainda na ala direita, encontram-se 10 quartos, sendo que, os primeiros dois são constituídos por duas camas, dois berços e respetivas instalações sanitárias e são, por norma, destinados a puérperas de parto distócico por cesariana. Os três quartos que se seguem são constituídos por três camas e respetivos berços e são destinados a puérperas de parto eutócico, quando o serviço o permite. Os dois quartos seguintes são destinados a grávidas patológicas ou a puérperas que têm o seu RN na Neonatologia. Após estes quartos, já no fundo do corredor, encontram-se duas portas batentes, de madeira, que remetem para um hall onde se encontram mais três quartos e duas instalações sanitárias sendo uma com duche e sanita e a outra com sanita, bidé e lavatório. Os dois primeiros quartos que aqui se encontram têm três camas cada um e o terceiro, já do lado direito, tem apenas duas. Por serem quartos mais resguardados do restante serviço, são destinados ao internamento de ginecologia, quer utentes no pós-cirúrgico ou utentes com patologia ginecológica em fase de diagnóstico. É aqui também que se internam mulheres com aborto em evolução ou com perda gestacional. É de salientar que, dependendo da ocupação do serviço ou de outras limitações que possam existir, esta ocupação dos quartos pode ser readaptada.

Transpondo novamente as portas de madeira, para o corredor, do lado esquerdo, encontramos as instalações sanitárias para uso dos funcionários. Na porta seguinte novamente instalações sanitárias, mas agora destinadas às utentes, depois uma sala de sujus e na porta seguinte, mais instalações sanitárias para as utentes. Continuando no corredor, segue-se uma sala de armazenamento de material de uso hospitalar, cuja gestão

é realizada pelo Sistema de Gestão Integrado e-Kaban. Na porta que se segue encontra-se a sala de trabalho, equipada com marquesa ginecológica, o que permite realizar alguns procedimentos quando necessário, como citologias, realização de pensos e exame ginecológico. É aqui também que se prepara a medicação e onde se armazenam materiais de apoio à prestação de cuidados.

Mais à frente encontramos ainda a sala de triagem, equipada para a prestação de cuidados ao RN, tanto a nível médico como de cuidados de enfermagem. Tem dois computadores que permitem realização de registos, um frigorífico para armazenamento de medicação com necessidade de refrigeração, duas “boxes” para prestação de cuidados ao RN e armários com material de apoio. Segue-se a sala do rastreio auditivo. Uma sala isolada acusticamente, promovida de todo o material necessário à realização de rastreios auditivos. De acordo com a norma número 018/2015 de 11/12/2015, os RN devem realizar o teste do rastreio auditivo até ao final do primeiro mês de vida. No HESE, EPE, o rastreio acústico é realizado no dia da alta, pelo pediatra de serviço. Caso seja necessário repetir o teste, este realizar-se-á nas mesmas instalações, mas com um técnico audiológico, com marcação prévia.

Finalizando esta ala, temos ainda o gabinete de Enfermagem, na qual se realizam as passagens de turno da equipa de Enfermagem, assim como se realizam os registos informáticos e onde se encontram também os processos físicos dos utentes, bem como documentos de apoio, como os protocolos de serviço. É também onde se encontra a Enfermeira Coordenadora, sendo que não tem gabinete próprio. Relativamente aos registos de enfermagem, realizam-se no programa informático Alert, sendo que há um processo para a grávida, outro para a puérpera e outro para o RN e ainda outro processo relativo ao utente do foro ginecológico. Existe também um programa para classificação de doentes.

Relativamente à ala esquerda do serviço, considera-se a Sala de Partos, contudo há ainda dois quartos constituídos por duas camas, dois berços e respetivas instalações sanitárias e são, por norma, destinados a puérperas de parto distócico por cesariana. Estes encontram-se do lado direito do corredor, quando transpomos o hall de entrada. De seguida está o vestiário da equipa de enfermagem e assistentes operacionais, equipado com cacifos e uma pequena zona de duche. Mais à frente há um gabinete médico e o quarto que se segue é onde é realizado o puerpério mediato, com capacidade para 3 camas e respetivos berços, onde as puérperas e os RN nascidos de parto eutócico permanecem

nas primeiras duas horas, sob atenta observação. Passadas as duas primeiras horas do puerpério imediato, se a puérpera estiver hemodinâmica e obstetricamente, estável, segue para a enfermaria, acompanhada do RN. Este quarto seve também de apoio à urgência, realizando-se cardiotocografia externa às grávidas provenientes do exterior, bem como, a observação das grávidas que recorrem à urgência e tem que ficar em vigilância durante algumas horas, quando o serviço assim o permite. São as EEESMO da Sala de Partos que são responsáveis pelo quarto do puerpério imediato.

No mesmo corredor, paralelamente, encontramos umas instalações sanitárias, que dão apoio a este quarto onde se realiza o puerpério imediato, o Cantinho da Amamentação, inaugurado a 8 de outubro de 2013 e que neste momento não se encontra em funcionamento devido á falta de recursos humanos. Há uma sala de armazenamento de material de uso hospitalar, cuja gestão é realizada pelo Sistema de Gestão Integrado e-Kaban. Encontramos também a copa, que serve de apoio a todos os funcionários e uma sala de reuniões.

A meio do corredor encontramos duas portas basculantes de madeira, que delimitam a Sala de Partos. Transpondo-as, encontramos três quartos do lado direito, os quartos de dilatação, cada um deles equipado com duas camas de parto separadas por cortinas de forma a conseguir dar privacidade á parturiente e ao seu acompanhante. Cada cama tem um cardiotocógrafo, um monitor de avaliação de sinais vitais, uma mesinha de cabeceira com bomba infusora, seringa infusora e um cadeirão para o acompanhante. Todos os quartos têm um armário que armazena todo o material necessário à realização de procedimentos e à vigilância de trabalho de parto.

Situada na sala de enfermagem, que se encontra paralelamente a estes quartos existe uma Central Informatizada Omniview-SisPorto, que permite visualizar as cardiotocografias em curso no SUOG e nas boxes, permitindo assim uma análise contínua dos mesmos. Esta está também equipada com computadores que permitem a realização de registos de enfermagem. Ao lado da sala de enfermagem há duas instalações sanitárias, uma para profissionais e outra para as grávidas em trabalho de parto. Há também uma zona de sujos.

Ao fundo do corredor encontra-se uma porta eletrónica que dá acesso ao Bloco Operatório Materno-Infantil (BOMI), que é constituído por três áreas distintas. À direita encontra-se a sala de partos, propriamente dita, com marquesa de parto para a realização de partos eutócicos ou distócicos por ventosa ou fórceps, um reanimador onde se prestam

os cuidados imediatos ao RN e uma pequena sala para desinfecção. À esquerda há uma sala operatória, a qual apenas funciona em dias uteis para a realização de cesarianas e/ou cirurgias ginecológicas eletivas. É constituído também por uma sala de apoio, uma sala de desinfecção, uma sala de sujos e uma sala de recobro com três camas, sendo que este espaço e a prestação de cuidados às utentes encontra-se a cargo dos enfermeiros do Bloco Operatório, à exceção da prestação dos cuidados imediatos ao RN que é da responsabilidade de um dos EEESMO escalado para a sala de partos.

O BOMI tem ligação direta para o Serviço de Neonatologia, permitindo assim a rápida transferência de RN instáveis para as suas instalações. Na figura 1 pode-se ver a estrutura física do serviço de uma forma esquemática.

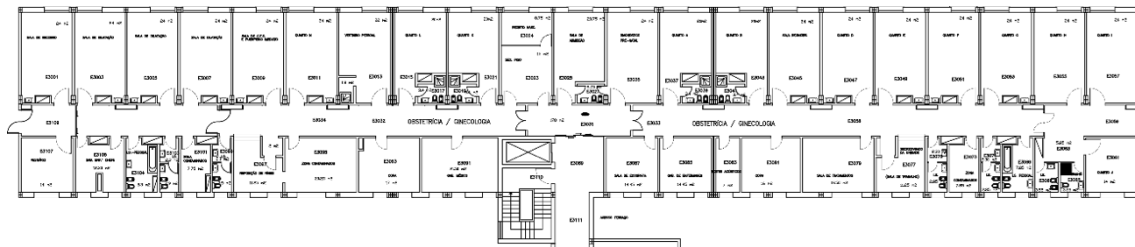


Figura 1 - Esquema da estrutura física do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HESE, EPE

Fonte: Gabinete de Comunicação e Marketing do HESE, EPE

No que diz respeito a recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída pela enfermeira coordenadora que é detentora do título de EEESMO. Existem mais 17 EEESMO e 10 enfermeiros generalistas. Tanto no turno da manhã, como na tarde e na noite encontram-se escalados dois enfermeiros para o Puerpério e dois enfermeiros EEESMO para a Sala de Partos. O método de prestação de cuidados de enfermagem preconizado é o método de trabalho por enfermeiro responsável.

Da equipa médica, faz parte a equipa de obstetras e ginecologistas composta pelo Diretor de Serviço e 17 especialistas de Obstetrícia/Ginecologia, sendo que 6 destes são assistentes hospitalares graduados, 8 são tarefeiros e 3 médicas do Internato Complementar de Ginecologia e Obstetrícia. A escala médica é assegurada diariamente por três elementos, que se articulam com um anestesista. O anestesista, pode ser solicitado para a realização analgesia epidural ou para procedimentos cirúrgicos que requeiram anestesia. Também os pediatras estão presentes no serviço diariamente, prestando

assistência aos RN, sendo que em casos de urgência, nos turnos da tarde e da noite, são contactados os pediatras escalados na urgência pediátrica.

Da equipa multidisciplinar, fazem ainda parte, dois audiologistas, 12 assistentes operacionais, duas assistentes de limpeza e três administrativas.

Quanto ao tempo de internamento no serviço de Obstetrícia, varia de acordo com o estado clínico da grávida, puérpera e recém-nascido, assim como o tipo e a hora do parto. Relativamente as utentes do foro ginecológico, o tempo de internamento modifica com o tipo de patologia ou intervenção cirúrgica realizada. Caso não tenham ocorrido intercorrência, no parto via vaginal o internamento tem uma duração de 48h e no parto por cesariana tem duração de 72h.

Cumprindo as orientações da portaria legal (i.e., n. 1370/2008 de 2 de dezembro), o HESE EPE oferece aos utentes, a possibilidade de registo de nascimento dos RN a partir do projeto nacional “Nascer Cidadão”, possuindo um gabinete administrativo próprio, junto às secretárias de piso, funcionando de segunda-feira a sexta-feira.

2.1.2. Unidade de Saúde Familiar Alcades

A Unidade de Saúde Familiar (USF) Alcades iniciou atividade em 2011 como USF Modelo A, encontrando-se integrada no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central, possuindo autonomia organizativa, funcional e técnica para prestar cuidados de saúde aos utentes inscritos. Esta USF rege-se pelo Decreto de Lei n.º 298/2007, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar e também pelo Decreto de Lei n.º 28/2008, que estabelece a estrutura orgânica dos ACES – estrutura organizacional assente em cinco unidades funcionais, com trabalho em equipa multidisciplinar, com missões específicas, inter-cooperantes e complementares, organizadas em rede.

A missão da USF Alcades é “atender em tempo útil, com eficiência e qualidade, a população da sua área geográfica de influência, garantindo a acessibilidade e a continuidade dos cuidados” (referência). A sua visão assenta em “tornar a USF numa referência em Cuidados de Saúde Primários em termos de satisfação dos cidadãos e dos profissionais” (referencia), sendo uma equipa dinâmica, rigorosa e inovadora, tendo em base os valores: a Disponibilidade; o Respeito; a Responsabilidade; a Competência; a Satisfação; a Inovação e a Excelência.

É constituída por três grupos profissionais: médicos, enfermeiros e secretários clínicos. Existindo o Coordenador, um Conselho Técnico e a secretária clínica. Na USF Alcoides existem cinco diferentes equipas nucleares médico/enfermeiro/secretário clínico. Da equipa multidisciplinar fazem ainda parte, outros profissionais, nomeadamente, Nutricionista; Psicóloga Clínica; Técnica de Serviço Social; Dentista; Higienista Oral; Unidade de Apoio À Gestão; Unidade de Saúde Pública e Unidade de Cuidados Continuados.

A USF Alcoides tem como área de atuação uma freguesia urbana, Nossa Sra. Do Bispo/ Sra. Da Vila e quatro freguesias rurais: Escoural, Foros de Vale Figueira, Lavre e Ciborro. Sendo que a população inscrita se condensa na faixa etária dos 30 aos 74 anos de idade. O horário de funcionamento da USF é das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira, encontrando-se encerrada aos sábados, domingos e feriados.

A carteira básica de serviços da USF compreende a execução dos programas: Programa de saúde infantil e juvenil; Programa de planeamento familiar; Programa de saúde materna; Programa de prevenção de doença oncológica; Programa de vigilância de diabéticos; Programa de vigilância de hipertensos; Programa de saúde do idoso; Programa de visitação domiciliar; Programa de vacinação; Programa de cuidados em doença aguda.

A USF Alcoides trabalha com indicadores contratualizados anualmente com o ACES/ARSA lentejo e todos os elementos da unidade se regem pela Carta de Ética da Administração Pública e os seus princípios éticos.

Relativamente ao espaço físico, a USF Alcoides encontra-se no rés-do-chão do Centro de Saúde de Montemor- o-Novo. No balcão de atendimento encontram-se as assistentes administrativas que encaminham os utentes. Existem três salas de espera, a geral, que se encontra junto ao balcão de atendimento, a de Saúde Infantil e a de Saúde Materna e Planeamento Familiar, estas últimas mais resguardadas e num espaço mais reduzido. Paralelamente às salas de espera, encontra-se um extenso corredor onde se situam doze salas de atendimento, um ginásio, uma sala de formação, a sala de vacinação, a sala de Saúde da mulher, sala de tratamentos e uma copa para o pessoal do serviço.

Cada enfermeiro tem o seu próprio gabinete, que se situa junto ao gabinete do médico com quem trabalha diretamente. Estes estão equipados com marquesa e todos os materiais necessários à consulta de enfermagem das diferentes áreas de atuação do enfermeiro de família. A sala de tratamentos, é uma sala ampla, que permite a realização de técnicas mais específicas, como a realização de pensos, a consulta do pé diabético,

entre outros. Anexa a esta, há uma sala na qual se trata do acondicionamento dos rezeiros hospitalares, zona de sujos e material para esterilizar.

A sala de Saúde da Mulher é composta por duas salas, separadas por um vestiário no meio. Assim a mulher vai à consulta e posteriormente é examinada sem sair do mesmo espaço e com a máxima privacidade. Esta sala possui uma marquesa ginecológica, pois é nela que se realizam as colpocitologias, colocação do DIU, entre outros. Na sala de vacinação encontra-se um frigorífico onde se acondicionam as vacinas e na sala existe à disposição todo o material e conforto para a sua administração.

O ginásio é o local onde se realizam as aulas de preparação para o nascimento e parentalidade e recuperação pós-parto. Esta sala é ampla e está devidamente equipada com colchões, bolas de Pilates, cadeiras de formação, almofadas de amamentação, televisor, retroprojektor, etc. O curso de preparação para o parto e parentalidade iniciam-se, normalmente, a partir da 28ª semana de gestação e é ministrado por duas EEESMO, uma fisioterapeuta, uma psicóloga clínica, uma nutricionista e uma higienista oral. O curso de recuperação pós-parto conta com a presença maioritariamente de fisioterapeuta.

A USF dispõe também de uma carrinha equipada para se deslocar ao domicílio dos utentes que não têm possibilidade de se dirigir ao espaço físico da USF. Este serviço também abrange as puérperas com gravidez vigiada na USF e recém-nascidos inscritos, aquando da alta hospitalar, para realização do Diagnóstico Precoce, vulgarmente chamado por “Teste do pezinho”.

2.1.3. Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

O Hospital de Nossa Senhora do Rosário situado no Barreiro teve como data de inauguração 18 de janeiro de 1959, porém em 2009, através do Decreto-lei n.º 280/2009, foi criado o Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM), que integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital Distrital do Montijo.

O CHBM situa-se a sul do rio Tejo e a sua área de influência geográfica engloba os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete. Abrange uma população de cerca de 214 000 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). Este Hospital tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, Hospital do Barreiro e Hospital do Montijo, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente

aprovados, tendo sempre em vista ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional.

Referem como principais valores: a humanização e não discriminação; o respeito pela dignidade individual de cada doente; a atualização face aos avanços da investigação e da ciência; a excelência técnico-profissional; a ética profissional; a promoção da multidisciplinaridade; e o respeito pelo Ambiente.

Relativamente à Área da Saúde da Mulher e da Criança, o CHBM apresenta Serviços de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Obstetrícia, Ginecologia, Consulta de Saúde Materna, Serviço de Urgência Pediátrica, Pediatria e Neonatologia. Apresenta também vários projetos, tais como: Hospital Amigo dos Bebés; “maternidade com qualidade”; curso de preparação para o parto e parentalidade; curso de recuperação pós-parto; “Nascer cidadão”; consulta de puerpério e linha de apoio a puérperas após a alta.

O Hospital de Nossa Senhora do Rosário foi acreditado Hospital Amigo dos Bebés em setembro de 2012 e reacreditado em 2016 pelo cumprimento das dez medidas o aleitamento, definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). O projeto “maternidade com qualidade” insere-se no IV objetivo do Plano de Atividades e Orçamento de 2013, aprovado em Assembleia do CEESMO de 01 de fevereiro, de forma a determinar a segurança e qualidade dos cuidados através da regulação do exercício profissional (OE, 2014).

No Centro Hospitalar do Barreiro- Montijo, o Estágio de Natureza Profissional decorreu em dois serviços diferentes, o Bloco de Partos – que integra o Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, e o Serviço de Grávidas Patológicas – inserido no Serviço de Obstetrícia. O Bloco de Partos e situa-se no rés-do-chão, próximo dos Serviços de Urgência Geral e Pediátrica, da Unidade de Cuidados Intensivos e do Bloco Operatório Central.

O Serviço de Urgência De Obstetrícia e Ginecologia (SUOG), encontra-se dividido em quatro áreas: a Admissão, o Bloco de Partos, o Bloco Operatório e o Recobro. No hall de entrada situa-se a receção, onde se encontra uma administrativa e uma sala de espera para as utentes que recorrem ao serviço de urgência, contígua há uma instalação sanitária. De seguida, separada por portas batentes, encontra-se a zona de admissão que é constituída por uma casa de banho, um gabinete de enfermagem, onde é realizada a triagem e o processo de admissão das mulheres, este com uma casa de banho com duche para uso das utentes. No mesmo hall encontram-se dois gabinetes médicos, equipados,

cada um deles, com um computador e uma marquesa ginecológica e uma sala para avaliação do bem-estar materno-fetal e/ou realização de exames complementares de diagnóstico, dispondo respectivamente, de dois cardiotocógrafos e um aparelho de ecografia móvel.

De seguida, transpando as portas para o Bloco de Partos, no lado esquerdo do corredor, localiza-se o vestiário da equipa multidisciplinar, com a respetiva casa de banho, segue-se o gabinete da enfermeira responsável de serviço, a sala da equipa médica, a sala de enfermagem, a sala de limpos, a sala de sujos e a copa. Do lado direito do mesmo corredor encontram-se sete salas de parto individuais, denominadas por boxes. É nas boxes onde as mulheres se instalam aquando da admissão e lá se realiza a vigilância e acompanhamento do trabalho de parto. Lá são realizados os partos eutócicos ou distócico por Fórceps ou Ventosa, a prestação de cuidados imediatos ao recém-nascidos e os cuidados do puerpério imediato, sempre que a logística do serviço o permite.

A composição das boxes é idêntica: uma marquesa de parto, um reanimador de RN, um cardiotocógrafo, uma bomba infusora e todo o material necessário à realização de um parto vaginal, bem como equipamentos para assegurar a adaptação do RN à vida extrauterina. Apenas quatro das boxes têm um cadeirão destinado ao acompanhante.

O recobro situa-se entre as boxes 4 e 5 e é o local para onde se dirigem as puérperas para realizar o puerpério imediato, quando não é possível permanecerem nas boxes. Neste espaço existem 2 camas, aparelhos de monitorização de parâmetros vitais e 2 berços. É aqui que as puérperas de cesariana fazem o puerpério imediato e onde existe também uma pequena arrecadação, para armazenamento do material hospitalar.

Ao fundo, encontramos o Bloco Operatório, onde existem duas salas operatórias. Uma delas destinada à realização de cesarianas eletivas ou urgentes e a outra, de menores dimensões, para realização de procedimentos do foro ginecológico. As duas salas encontram-se equipadas com todo o material cirúrgico necessário: marquesa operatória, ventiladores, bisturi elétrico e carro de anestesiologia. A sala de cesarianas dispõe ainda de um carro de urgência com desfibrilhador, um reanimador de RN, uma balança para pesagem do RN. Junto das salas operatórias existe também um berçário, com reanimador de RN e incubadora de transporte neonatal.

As puérperas são transferidas para o Serviço de Obstetrícia, localizado no 5º piso do mesmo hospital, após as duas primeiras horas de puerpério imediato, exceto em casos que justifiquem a sua vigilância no Bloco de Partos por mais algum tempo. Os recém-

nascidos acompanham as mães para o Serviço de Obstetrícia ou, no caso de requererem cuidados especializados, são transferidos para o Serviço de Neonatologia, no 4º piso. O CHBM possui apenas cuidados intermédios neonatais, e como tal, o SUOG assegura cuidados a mulheres em trabalho de parto a partir das 34 semanas de gestação.

A realização de registos de enfermagem é feita através da aplicação informática - Sistema Integrado de Registo de Informação para Urgências (SIRIU), no qual o EEESMO efetua os registos da triagem das mulheres que recorrem ao SUOG, através da Triagem de Manchester. Os restantes registos são realizados no programa informático SClínico. Quanto aos procedimentos cirúrgicos, os enfermeiros efetuam o preenchimento de uma check list de verificação operatória, desde 2014, inserida no SClínico, no âmbito do programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”. Situada na sala de enfermagem existe uma Central Informatizada Omniview-SisPorto, que permite visualizar as cardiocografias em curso no SUOG e nas boxes, permitindo assim uma análise contínua dos mesmos.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa de enfermagem do SUOG é constituída pela enfermeira coordenadora de serviço e mais 24 enfermeiras, todas elas com o título EEESMO. Durante o turno da manhã, a equipa de enfermagem é constituída por quatro EEESMO, dos quais um é distribuído na Admissão, dois no Bloco de Partos e o outro no Bloco Operatório. Durante os turnos da tarde e da noite a prestação dos cuidados de enfermagem é assegurada por três EEESMO.

O método de prestação de cuidados de enfermagem preconizado no SUOG é o método de equipa. Há um enfermeiro chefe de equipa, que é responsável pela distribuição dos cuidados aos restantes enfermeiros, sendo este que toma posição face a alguma situação que possa vir a surgir, mantendo-se na prestação de cuidados concomitantemente.

Quanto à equipa médica, é composta pela Diretora de Serviço e onze especialistas de Obstetrícia/Ginecologia, sendo que sete destes são assistentes hospitalares graduados e por cinco médicas do Internato Complementar de Ginecologia e Obstetrícia. A equipa médica é assegurada diariamente por três elementos, que se articulam com dois pediatras e um anestesista. Os pediatras prestam assistência ao RN de parto distócico, e sempre que se justifique. O anestesista, pode ser solicitado para a realização analgesia epidural ou para procedimentos cirúrgicos que requeiram anestesia.

A restante equipa multidisciplinar abrange oito assistentes operacionais, uma assistente de limpeza e uma administrativa da unidade.

No 5º piso do CHBM encontra-se o Serviço de Obstetrícia que é constituído pelo internamento de Grávidas e de Puérperas. Após a porta de entrada do serviço, que está trancada e abre através de código de segurança, do lado esquerdo, ao longo do corredor, dispõem-se seis enfermarias, cada uma com três camas e respetivos berços, a fim de permitir o alojamento conjunto, perfazendo assim um total de 25 camas. Duas das enfermarias tem duas camas onde se prioriza o internamento de puérperas de parto distócico por cesariana. Todas as enfermarias dispõem de instalações sanitárias. No fim do corredor, existem três quartos individuais com respetivas instalações sanitárias incorporadas. Antes das enfermarias e logo após a entrada no serviço, encontra-se uma sala onde é realizada a Consulta de Enfermagem de Puerpério, equipada com computador, muda-fraldas e marquesa. Esta consulta, fica agendada na data de alta hospitalar, ocorrendo preferencialmente às 48h após a alta. Esta consulta tem como finalidade observar a puérpera e o bebé, reforçar ensinamentos e despistar complicações realizando encaminhamentos para a equipa multidisciplinar quando necessário.

Do lado direito do serviço, após a entrada, encontra-se o Cantinho da Amamentação, aberto 24h por dia, para dar apoio às puérperas que apresentem dúvidas ou necessitem de apoio relativamente ao aleitamento materno. Este espaço dispõe de bombas de extração de leite, cadeirões, muda-fraldas e todo o material de apoio, como folhetos informativos, e amostras gratuitas de materiais que possam ser úteis neste processo. O serviço dispõe também de uma linha telefónica de apoio a puérperas, que funciona 24h por dia, sendo que a equipa de enfermagem presente em cada turno é responsável por dar resposta a dúvidas e questões que possam surgir.

Na porta seguinte encontra-se a sala de registos de enfermagem e restante equipa multidisciplinar. Aqui podemos encontrar computadores, telefone e os processos físicos dos utentes. Esta sala dá diretamente para uma outra, contígua, o berçário, onde se encontram três ressuscitadores para RN, o carro de urgência, a balança pediátrica e a de adulto, o bilirrubinómetro, oxímetros de pulso e muitos outros materiais de apoio à prestação de cuidados diretos ao RN.

Saindo do berçário e continuando ao longo do corredor, à direita, na porta seguinte, encontra-se o gabinete do Enfermeiro responsável. Após esta sala há uma sala de trabalho de enfermagem, na qual podemos encontrar a medicação em stock, o carro da medicação, os soros, os estupefacientes e material de apoio. Há também três computadores que permitem realizar registos.

A porta seguinte é referente à rouparia, contudo também serve de sala de apoio para arrecadação de material como monitores de avaliação de sinais vitais, cardiotocógrafos, bombas infusora, aparelhos de fototerapia, banheiras de RN, entre outros. Segue-se a arrecadação para armazenamento de material de uso hospitalar, cuja gestão é realizada pelo Sistema de Gestão Integrado e-Kaban. Após esta sala encontra-se a sala de sujos e após esta uma sala de apoio, onde se realizam determinadas técnicas como realização de pensos, colocação de implantes, etc. Por fim, encontram-se as instalações sanitárias para os profissionais de saúde.

Os RN encontram-se protegidos de raptos pelo sistema de pulseiras eletrônicas *Hugs* ligadas a um sistema informático centralizado, apenas desativada no momento da alta, pelos enfermeiros do Serviço de Obstetrícia.

Relativamente aos registos de enfermagem, realizam-se no programa informático SClínico, sendo que há um processo para a grávida, outro para a puérpera e outro para o RN. Existe também um programa para classificação de doentes e a plataforma nacional de registo Centralizado de Vacinas. À semelhança do que se passa no SUOG, também na sala de registos de enfermagem existe o Omniview-SisPorto, uma central informatizada que permite visualizar cardiotocografias em curso no Serviço de Obstetrícia.

No que diz respeito a recursos humanos, o Serviço é constituído pelo enfermeiro Coordenador que é detentor do título de EEESMO. Existem enfermeiros EEESMO e enfermeiros generalistas. No turno da manhã, encontram-se três enfermeiros, preconizando-se que em todos os turnos esteja presente pelo menos um EEESMO. Nos turnos da tarde e da noite a prestação dos cuidados é assegurada por dois enfermeiros. O método de prestação de cuidados de enfermagem preconizado é o método de trabalho por enfermeiro responsável, sendo que, o EEESMO fica responsável pelas grávidas internadas no serviço.

A equipa médica é composta pelos mesmos elementos do SUOG, sendo que nos dias úteis no período da manhã, está presente um médico obstetra, para vigilância das puérperas e das grávidas, sendo este responsável pelas altas do Serviço. Em casos de urgência, no turno da tarde e da noite, são contactados os médicos escalados no SUOG. Também os pediatras estão presentes no serviço diariamente, prestando assistência aos RN, sendo que em casos de urgência, nos turnos da tarde e da noite, são contactados os pediatras escalados na urgência pediátrica.

Neste serviço, da equipa multidisciplinar fazem ainda parte, duas audiologistas, 10 assistentes operacionais, uma assistente de limpeza e uma administrativa.

Durante o internamento é realizado o Rastreio das Cardiopatias Congénitas a partir das 24h após o parto, o Rastreio Auditivo Neonatal Universal realizado no dia da alta pela audiologista e o Rastreio do Olho Vermelho no Recém-nascido, realizado pelo pediatra aquando da alta.

Quanto ao tempo de internamento no serviço de Obstetrícia, varia de acordo com o estado clínico da grávida, puérpera e recém-nascido, assim como o tipo e a hora do parto. Caso não tenham ocorrido intercorrência, no parto via vaginal o internamento tem uma duração de 48h e no parto por cesariana tem duração de 72h.

No mesmo piso, paralelamente ao Serviço de Obstetrícia encontra-se as Consultas Externas de Obstetrícia, Técnicas de Ginecologia e o Serviço de Ginecologia. Existe também um gabinete para a Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez. É neste espaço que se realizam diagnósticos pré-natal, consultas de hipertensão na grávida, consulta de grávidas adolescentes, consulta de diabetes na grávida, consulta de obstetrícia geral, avaliação do bem-estar materno-fetal, consulta de peri- parto, consulta de preparação para o parto e consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez. No hall principal do 5o piso, encontram-se também dois gabinetes onde são efetuadas amniocentese, ecografias obstétricas e ginecológicas.

O CHBM disponibiliza o “Projeto Nascer Cidadão” um espaço que se encontra no hall do 5º piso, junto à entrada para o Serviço de Obstetrícia, onde os pais podem registar os RN e que funciona de segunda-feira a sábado das 13h às 17h. São ainda disponibilizados, o Curso de Preparação para o Nascimento, o Curso de Recuperação Pós-parto e *Yoga* para grávidas. Para a promoção e apoio do aleitamento materno, o Serviço de Obstetrícia oferece todas as terças-feiras de cada mês pelas 14h, os Encontros de Mãe para Mãe, realizados no auditório do Hospital Nossa Senhora do Rosário, onde são esclarecidas dúvidas relativas à amamentação e partilhados conhecimentos e experiências vividas pelas diferentes mães, com apoio de uma enfermeira do SUOG ou Serviço de Obstetrícia.

2.2. METODOLOGIA

No presente relatório, a metodologia diz respeito ao processo de aprendizagem enquanto mestranda, no contexto das experiências clínicas nos diferentes campos de estágio.

Segundo Gil (2008), a metodologia é um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos utilizados para atingir o conhecimento, sendo necessário determinar o método que o possibilitou alcançar, esquematizando este processo em nove etapas, tais como: a formulação do problema, a determinação dos objetivos, o delineamento da pesquisa, a operacionalização dos conceitos e variáveis, a seleção da amostra, a elaboração dos instrumentos de colheita de dados, a colheita de dados, a análise e a interpretação dos resultados e por fim a redação do relatório.

Neste ponto serão abordados os objetivos do estágio, o tipo de abordagem metodológica, a população-alvo e a análise de dados.

2.2.1. Objetivos do Estágio de Natureza Profissional

Uma vez que o presente documento se trata de um relatório de estágio, é fundamental abordar os seus objetivos. Estes foram definidos de acordo com o Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora e com base nas competências definidas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, da Ordem dos Enfermeiros. Como tal, é esperado que se atinjam os seguintes objetivos:

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante os vários estádios do trabalho de parto em situações de saúde/desvios de saúde;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período puerperal em situação de saúde/desvios de saúde;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, considerando as vertentes, teórico-prática e a Prática Baseada na Evidência;
- Defender através de um relatório apresentado em provas públicas, a atuação no decorrer do estágio.

2.2.2. Abordagem Metodológica

O Estágio de Natureza Profissional decorreu sob regime de supervisão clínica, nos vários contextos clínicos, quer no HESE EPE, no CHBM e na USF Alcaides. A Supervisão Clínica em Enfermagem é entendida como um “(...) processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, no decurso do acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais do supervisionado que tem como finalidade o desenvolvimento pessoal e profissional deste e de si próprio” (OE, 2018, p.16660).

Assim, é função do supervisor orientar o colega no seu processo de aprendizagem, criando espaços e tempos para a inovação e a criatividade, criando situações de aprendizagem, trabalhar a reflexão e a capacidade de decisão (Sá-Chaves, 2011). Ao longo do Estágio de Natureza Profissional foi precisamente esta atitude que os diferentes orientadores clínicos assumiram perante mim, permitindo-me assim observar, questionar, fundamentar e executar cuidados, dando sempre espaço para a discussão e proporcionando momentos de reflexão que me ajudaram a crescer no autoconhecimento e conseqüentemente a melhorar a minha prática diária.

Para além da supervisão clínica, durante a realização do ensino clínico foi também realizada a prática baseada na evidencia, a pesquisa bibliográfica complementar e consulta de protocolos e documentos dos diferentes serviços. Foram também realizadas entrevistas informais à população alvo e esclarecidas dúvidas com o supervisor clínico num processo dinâmico de aprendizagem.

2.2.3. População-alvo

O Estágio de Natureza Profissional foi realizado no HESE EPE, no CHBM e na USF Alcoides. Há que referir que, qualquer uma destas instituições referidas, respeita o princípio e as orientações legais do Decreto-lei n.º 67/2006, no qual é mencionado que o Sistema Nacional de Saúde, bem como o Ministério da Saúde têm a obrigação de garantir às mulheres portuguesas, a livre escolha pelo local de nascimento da sua criança, nas melhores condições de segurança técnica (Portugal, 2006).

Relativamente à população de mulheres que recorre ao Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HESE EPE, são maioritariamente, de nacionalidade Portuguesa, de raça caucasiana e provenientes dos concelhos do Distrito de Évora. Verifica-se, contudo, que têm vindo a tomar maior expressão a afluência de mulheres com outras nacionalidades, como é o caso das Brasileiras e Ucrainas. Quanto à idade média das mães ao nascimento do primeiro filho, segundo informação disponibilizada no PORDATA (2019), na região do Alentejo, esta tem vindo sempre a aumentar, sendo que no último ano situa-se nos 29,8 anos.

Já no caso do CHBM, a população de mulheres que recorre ao SUOG é caracterizada pela sua multiculturalidade. Esta característica reflete a realidade que se vive nos concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete. Assim, para além das mulheres de raça caucasiana e nacionalidade Portuguesa, residentes na área de influência do CHBM, ocorre uma grande afluência de mulheres de raça negra, oriundas de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP'S), nomeadamente da Guiné Bissau e Angola; emigrantes de leste e de nacionalidade Brasileira, Chinesa e Indiana.

Comparativamente ao que acontece no Alentejo, em relação à idade média materna do nascimento do primeiro filho, também na área metropolitana de Lisboa se verifica um aumento gradual na última década, sendo que no último ano se situou nos 30,6 anos.

Segundo a agência Lusa (2020), Portugal teve em 2019 a quinta menor taxa de natalidade (8,4 nascimentos por mil habitantes), da União Europeia. Acompanhando a tendência nacional, o Alentejo Central também tem vindo a apresentar um decréscimo de natalidade nos últimos anos. Existiu, porém, um ligeiro aumento de número de partos entre 2015 e 2017, notando-se depois um ligeiro decréscimo (Figura 2).

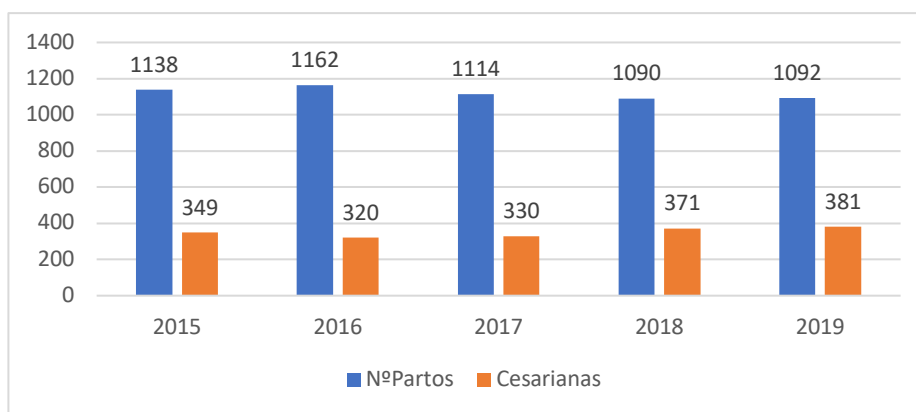


Figura 2 - Gráfico do número de partos do HESE, EPE

Fonte: Serviço de Estatística do HESE, EPE

Denota-se um ligeiro decréscimo do número de Cesarianas, de 2015 para 2016 no HESE EPE, mas um aumento progressivo desde então, contrariando assim as recomendações da OMS, que refere que a taxa ideal de cesarianas seria entre 10% e 15% dos partos, sendo que taxas superiores aos referidos valores, não estão associadas a redução de mortalidade materna e neonatal. De acordo com a PORDATA, na sua última atualização em dezembro de 2019, revelou taxas de cesarianas de 32,9%, no ano de 2015, em 2016 e 2017 de 33,1% e em 2018 de 34,1% (valore provisório).

No CHBM, EPE, verifica-se um aumento do número de partos desde 2017, com ligeiro decréscimo em 2018 e nova subida em 2019 (Figura 3). Relativamente ao número de cesarianas, também no CHBM baixou significativamente de 2015 para 2016, tendo vindo a aumentar progressivamente desde então.

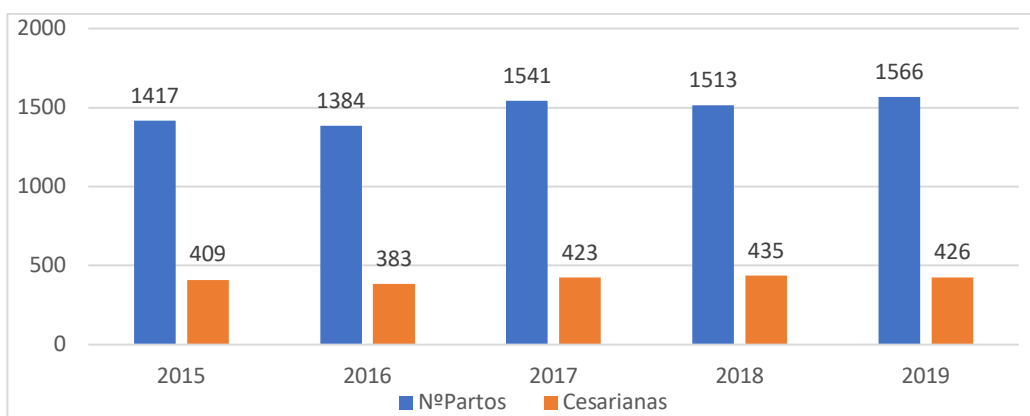


Figura 3 - Gráfico do número de partos do CHBM, EPE

Fonte: Serviço de Estatística do CHBM, EPE

3. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Enquanto enfermeira generalista a desempenhar funções num serviço de puerpério, tenho a percepção, da minha prática diária, que a amamentação constitui uma das maiores áreas de atenção por parte do EEESMO, na medida em que diariamente este contacta com mulheres/casais que se encontram a iniciar este processo. No entanto, também o podem influenciar negativamente quando proporcionam informações inadequadas, contraditórias ou pouco precisas (Moran Dykes, Edwards Burt & Whitmore, 2004).

Segundo Levy e Bértolo (2012), existem três oportunidades preferenciais para a promoção do Aleitamento Materno (AM), sendo estes: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação. Assim, é fundamental o papel do EEESMO, durante a gravidez, nomeadamente em sessões de educação para a saúde e nos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, elucidando as grávidas/casais para os benefícios do AM. Assim como o papel fundamental que também assume no período após a alta hospitalar em que a mulher se vê confrontada com dúvidas e anseios que precisam ser clarificados com o devido apoio.

Quanto ao estabelecimento da lactação, temática em estudo no presente relatório, são “decisivas as práticas hospitalares ligadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto para um aleitamento materno com sucesso” (Levy & Bértolo, 2012, p.12). Neste contexto, a OMS ressalta a necessidade de rever o modelo biomédico de assistência durante a gravidez e o parto, caracterizado por um elevado intervencionismo e uma medicalização excessiva em países desenvolvidos.

Atualmente as mulheres não têm confiança na sua capacidade para parir sem intervenção das novas tecnologias e como tal, o tempo dos EEESMOS é gasto na gestão da tecnologia, em vez de dar conforto e apoio à mulher no trabalho de parto, perdendo-se assim de vista a fisiologia do parto normal (Romano & Lothian, 2007). É neste âmbito que surge interesse pelo tema a que me propus estudar, tentando assim estabelecer uma ponte entre a vivência de um momento tão rico e marcante para a mulher/casal, como é o trabalho de parto e o processo de amamentar, sendo estes dois marcos na história obstétrica da mulher.

Isto remete-nos para o modelo teórico que orientou a realização do presente relatório, o cuidado baseado na teoria da adaptação de Callista Roy, no qual a pessoa é vista como um sistema adaptativo aberto, com entradas (input ou estímulos), saídas (output), controlos e retroalimentação (feedback), (Roy & Andrews, 1999). Assim, a pessoa recebe um estímulo do ambiente interno ou externo, que provoca uma resposta. Os controlos são mecanismos de coping ativados por esses estímulos (inatos ou adquiridos) para responder a essa mudança. As saídas, ou outputs são as respostas, adaptativas - promovem a integridade da pessoa, em termos de sobrevivência, crescimento, reprodução e controlo; ou ineficazes, que são as respostas que não contribuem ou interrompem esta integridade. A retroalimentação é o retorno da informação.

Os controlos ou mecanismos de coping são divididos em dois subsistemas maiores, que desencadearão respostas (output): que são o regulador: recebe estímulos provenientes do meio interno da pessoa, e automaticamente processa respostas por meio dos sistemas, químicos, neuronal e endócrino; e o cognoscente: recebe estímulos, internos ou externos, respondendo por meio de quatro canais cognitivo-emocionais: perceptual/processamento de informações; aprendizagem; julgamento; e emoção.

Esta teórica identificou quatro modos adaptativos ou categorias para a investigação dos comportamentos: fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência. Destaca-se, aqui, o modo de função do papel, que identifica os padrões de interação social da pessoa em relação aos outros, refletidos pelos papéis primário, secundário e terciário (Roy & Andrews, 1999). Roy aplicou a sua metodologia com base num processo de Enfermagem, cuja forma particular de desenvolvimento das atividades foi posta em prática pelo método de resolução de problemas, com a intervenção dos enfermeiros. Estes ao analisarem os comportamentos do utente, tentam compreender como reage aos diversos estímulos aos quais está exposto, de forma a alterar comportamentos adaptando-se favoravelmente à saúde. Assim, os enfermeiros na sua prestação de cuidados, ao transmitem segurança e apoio emocional aos utentes, permitem que este desenvolva mecanismos de coping positivo para o seu bem-estar, auxiliando-os a enfrentarem e a superarem os problemas de adaptação, e a adequarem-se melhor à nova condição.

3.1. CONCEITUALIZAÇÃO

É do conhecimento da comunidade científica e da população em geral, que o leite materno consiste num alimento vivo, completo e natural, que se adequa a quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções (Levy e Bértolo, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1990) preconiza a prática do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, contudo, “quase 2 em cada 3 bebês não são exclusivamente amamentados”. Segundo a mesma, o aleitamento materno é uma das maneiras mais eficazes de garantir a saúde e a sobrevivência da criança. Como tal urge tentar encontrar as razões que estarão na base do desmame precoce ou até mesmo na substituição deste por leites de fórmula. Neste contexto é fundamental abordar o parto e a vivência do trabalho de parto para melhor entendermos o estabelecimento da amamentação.

O trabalho de parto pode ser um momento de empoderamento da mulher, no qual esta se sente plena e confiante das suas capacidades, ou então, pelo contrário, pode ser gerador de frustrações que limitam a vivência do puerpério, da vinculação mãe-filho e consequentemente do estabelecimento do aleitamento materno. Segundo Dimitraki et. al. (2016), mulheres que experimentaram sentimentos negativos, altos níveis de stress e diminuição do vínculo com o recém-nascido, terão baixos índices de aleitamento materno.

Embora a gravidez e o parto sejam um evento fisiológico, a medicalização do parto transformou-o num momento de grande stress e de medo para a grande maioria das mulheres. As taxas de intervenções intraparto aumentaram substancialmente na maioria dos países desenvolvidos nas últimas décadas. Mulheres que experimentaram elevados níveis de stress na fase ativa do trabalho de parto veem comprometido o comportamento de lactação e sucção do lactente (Karakoyunlu et al, 2019).

A analgesia epidural não pode também ser afastada desta equação, uma vez que há vários estudos que a associam a dificuldades na amamentação na primeira semana de vida e até mesmo à precoce interrupção da amamentação (Mauri et al, 2015). O estudo refere também que as dificuldades de amamentar estão correlacionadas com a estreita associação de partos instrumentados e a realização da analgesia epidural. As mulheres têm dificuldades em estabelecer um relacionamento com o recém-nascido após um parto vaginal distócico, pelo medo sentido e a dor relacionada com o procedimento em si.

Também a medicação utilizada na analgesia epidural pode sedar parcialmente o recém-nascido, o que leva a dificuldades na sucção nas primeiras horas de vida.

O crescente número de partos por Cesariana também merece atenção especial pela sua repercussão no processo de aleitamento materno. A assistência humanizada ao trabalho de parto pressupõe uma atuação centrada no respeito pelo processo fisiológico feminino e também no estabelecimento da amamentação este processo deverá ser respeitado. Daí o papel fundamental do EEESMO, no esclarecimento de dúvidas e apoio prestado às mães.

Foi elaborada uma revisão da literatura com tema em estudo (Apêndice 1), sendo que, foram utilizados os seguintes descritores: Breast Feeding, Self Efficacy, Postpartum Period e Labor. O booleano utilizado foi o AND. Obtiveram-se assim, um total de 46 artigos, contudo, foram definidos como critérios de inclusão: 1) artigos publicados entre 2015 e 2020 para a B-On e entre 2015 e 2020 na EBSCO a fim de limitar o número de artigos; 2) nos idiomas português ou espanhol 3) estarem disponíveis na íntegra; 4) ter como temática principal a relação entre o parto e o aleitamento materno. Dos 46 artigos encontrados inicialmente, foram descartados 38 artigos por não terem como tema principal a relação entre parto e aleitamento materno. Sendo assim, foram utilizados 8 artigos para a realização da revisão da literatura.

Após leitura cuidadosa dos artigos selecionados, estes remetem-nos para a influência do trabalho de parto na amamentação, verificamos que o nível de stress vivenciado no decurso do trabalho de parto tem uma grande influência na amamentação, por outro lado o impacto da dor também tem muita influência, seguindo-se a utilização da analgesia epidural e por fim o facto do parto ser programado por cesarina, poderão de alguma forma influenciar o estabelecimento da amamentação.

3.2. METODOLOGIA

O estudo a que me propus, enquadra-se numa investigação quantitativa, tendo como base um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, independentes do investigador. Trata-se de um estudo retrospectivo, pois baseia-se em dados e factos do passado. É também um estudo descritivo correlacional, pois tem como finalidade descrever as características de determinada população ou fenómeno através do estabelecimento de relações entre as variáveis (Fortin, 2000).

O presente estudo tem como objetivo avaliar de que forma a vivência da mulher no trabalho de parto a pode influenciar no estabelecimento do Aleitamento Materno.

Tendo como base o projeto acadêmico anteriormente submetido e após definição do tema a ser estudado, foi realizada uma pesquisa científica que serviu como base de construção e argumentação sobre a temática em estudo, realizando uma revisão da literatura (Apêndice 1) e permitindo a construção de um instrumento de recolha de dados, (Apêndice 2). Este foi elaborado, dividindo-se em três secções: 1) dados sociodemográficos; 2) dados da história obstétrica, da gravidez e do parto e 3) Escala Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (Dennis, 2003), versão portuguesa (Santos e Bárcia, 2009). Ao instrumento de recolha de dados acrescentou-se o respetivo Consentimento Informado e Esclarecido, facultado às mulheres que participaram no estudo (Apêndice 3).

Nos procedimentos metodológicos inclui-se ainda o pedido de permissão às autoras da adaptação e validação da escala “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form”, (BSES-SF) em Português, solicitando a sua autorização para a aplicação da Escala no presente estudo, sendo que obtive parecer positivo, (Anexo 1). O projeto foi submetido aos Serviços Académicos da Universidade de Évora (Apêndice 4) bem como o pedido de parecer à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora. Após o parecer positivo (Anexo 2), foi realizado o pedido de autorização ao Concelho de Administração HESE, EPE e respetiva Comissão de Ética para a aplicação do instrumento de colheita de dados durante o Estágio de Natureza Profissional, no Serviço de Obstetrícia, igualmente com parecer positivo (Anexo 3).

Originalmente, em 1999, Cindy-Lee Dennis e Sandra Faux, desenvolveram a “Breastfeeding Self-Efficacy Scale” (BSES), tendo como objetivo identificar a confiança das mães na amamentação, no período pós-parto imediato. Mais tarde, em 2003, a escala foi revista por Cindy-Lee Dennis e elaborada uma Short-Form, a qual passou de 33 itens para 14, sendo cada pergunta respondida segundo uma escala de Likert, de um a cinco em que: 1 – “nada confiante”; 2 - “pouco confiante”; 3- “às vezes confiante”; 4 - “confiante”; 5 – “muito confiante” (Santos e Bárcia, 2009). Assim, cada item tem cinco opções de resposta, das quais a mulher deve assinalar apenas uma.

Foram também definidas quais as variáveis dependentes e independentes em estudo, tendo em conta que as possíveis relações entre estas permitem a formulação de

hipóteses, contudo, “serão as questões de investigação que guiam o estudo e não as hipóteses” (Fortin, 2000, p. 244). Assumindo que, a variável independente é aquela que o investigador manipula no estudo a fim de produzir efeito na variável dependente (Fortin, 2009), definiu-se como variável independente para o presente estudo o tipo de parto, a duração do TP, presença de episiotomia e a manobra de Kristeller e por sua vez, como variável dependente, os itens da BSES-SF. Foram, elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Q1 – Será que o tipo de parto tem influência no estabelecimento da amamentação?
- Q2 – Será que a duração do TP tem influência no estabelecimento da amamentação?
- Q3 – Será que a realização de episiotomia e da manobra de Kristeller influenciam negativamente o estabelecimento da amamentação?

A população alvo refere-se ao conjunto de sujeitos que satisfaz os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações dos resultados (Fortin, 2009). A amostra refere-se ao subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos incluídos numa mesma população, ou seja, é uma replica em miniatura da população- alvo (Fortin, 2009). A amostra do estudo foi definida por conveniência. Contemplou, por recrutamento, as puérperas que ao longo do Estágio de Natureza Profissional e nos contextos de prática clínica realizada no HESE, EPE, se dispuseram a participar, preenchendo como critérios de inclusão: a) compreender a língua portuguesa falado e escrita; b) puérpera em situação de gravidez de feto único e c) dados recolhidos cerca das 24-72h pós-parto no hospital.

O cálculo da amostra foi realizado através da tabela de Krejsi e Morgan (1970), em que foram utilizados dados do número de puérperas que pariram no HESE, E.P.E. em 2018, que foi de 1090, pelo que a amostra (n) foi constituída por 285 puérperas, considerando que o estudo decorreu em aproximadamente seis meses, a amostra foi constituída por aproximadamente 142 puérperas.

O instrumento de recolha de dados foi então aplicado às puérperas, no período compreendido entre setembro de 2019 e agosto de 2020, sendo que, de março a junho de 2020, o Estágio de Natureza Profissional se viu interrompido devido à declaração do estado de emergência devido à Pandemia por SARS-COV 2, prolongando assim o período de aplicação de questionários. Foi pedida colaboração às puérperas, através do

consentimento informado (Apêndice 3). Demonstrei sempre disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas ou questões que se poderiam levantar no preenchimento do instrumento.

Foi realizando um pré-teste, de forma a determinar, se o instrumento de recolha de dados estaria enunciado de forma clara e livre de condicionantes (Polit, Beck & Hungler, 2004). O pré-teste deve ser realizado, a uma pequena amostra, abrangendo 10 a 20 sujeitos, com as mesmas características da população-alvo (Vilelas, 2009). Como tal, o pré-teste realizou-se a 10 puérperas, verificando-se a necessidade de realizar algumas alterações, nomeadamente na secção 2, na questão n.º 10, referente ao tipo de parto, foi necessário especificar os diferentes tipos de partos (eutócico, distócico por fórceps, distócico por ventosa ou distócico por cesariana) em vez de deixar a questão em aberto para a puérpera escrever. Também na questão n.º 19 da mesma secção, referente aquando decidiu amamentar, foi necessário acrescentar a opção “não quero amamentar”, que por lapso não tinha sido contemplada.

Os dados foram tratados e analisados estatisticamente através do software IBM® SPSS® (Statistics Package for the Social Sciences), versão 24. A análise dos questionários envolveu medidas de estatística descritiva. Utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach.

As variáveis sociodemográficas e obstétricas, que caracterizam a amostra, foram obtidas a partir da estatística descritiva. Esta permite o resumo da informação numérica de forma estruturada, obtendo-se um quadro geral das variáveis mensuradas numa amostra. Posteriormente procedeu-se à análise da diferença de medias e desvio padrão, e à análise das relações entre as variáveis independentes e a variável dependente (domínios da escala BSES-SF) numa amostra, permitindo verificar se é possível generalizar à população onde a mesma foi seleccionada (Fortin, 2000).

3.3. RESULTADOS

Segue-se a apresentação dos resultados obtidos após aplicação do instrumento de recolha de dados, que possibilitou realizar a caracterização da amostra na sua dimensão social, demográfica, e história obstétrica. Através da análise dos dados é possível demonstrar os resultados do estudo e realizar a sua interpretação.

Caracterização da amostra

Relativamente à amostra, esta foi constituída por 138 puérperas, sendo que foram excluídas 4 por terminarem o preenchimento do questionário no ponto n.º 19, da secção 2, ao escolherem a opção “não quero amamentar”.

As participantes apresentaram idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos, na qual a moda de idades situa-se na faixa etária entre os 26-30 anos e a maioria das mulheres (94,9%) têm nacionalidade Portuguesa, são casadas ou vivem em regime de união de facto (78,3%) e pertencem à Religião Católica (87.7%).

Toda a amostra é alfabetizada, sendo que a maior parte (44,9%) possuem o ensino secundário – 12º ano ou equivalente, seguido de 38,4% de mulheres com ensino superior, sendo que destas, 29% apresentaram uma licenciatura, tendo o restantes grau superior. Relativamente à profissão exercida pelas mulheres, apenas 13,6% se encontram desempregadas, sendo que, segundo a Classificação Portuguesa das Profissões, 19,9% das mulheres exercem profissões especialistas das atividades intelectuais e científicas, seguindo-se as trabalhadoras de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (cerca de 27,3%).

Quanto ao número de filhos, por mulher, a maior parte (48,6%) foi o primeiro filho, seguindo-se de 32,6% que afirmou ser o terceiro filho. A maioria das mulheres afirmou ter sido uma gravidez desejada e planeada (89,9%), e que foram gravidezes vigiadas (97,1%). Quanto ao local de vigilância da gravidez, 55,8% das mulheres refere que foi no centro de saúde e hospital público. Relativamente à decisão de amamentar, a maioria (90,6%) refere que foi tomada durante a gravidez. Sendo que a maioria (58%) das mulheres, não tinha ainda amamentado.

Relativamente ao curso de preparação para o parto e parentalidade, apenas 31,9% afirmaram ter realizado, assim como o plano de parto, apenas 8,7% das inquiridas apresentaram um plano de parto.

A maioria das gestações foram de termo (94,4%) e os partos foram espontâneos (50%). Quanto ao tipo de parto, a maioria foram partos eutócico (52,9%), seguindo-se dos partos distócicos por cesariana (29,7%) e os partos distócicos por Forceps ou Ventosa (17,4%). Relativamente à duração do TP, 21,7% das mulheres responderam “0 horas” (no caso das cesarianas), sendo que a maior parte se situou entre as 12h (23,2%) e as 8h (17,4%).

A maioria das mulheres realizou analgesia epidural (73,9%) e quanto à intensidade da dor experimentada, a maioria (66,7%) das mulheres referiram uma dor “intensa”, ou seja, situada entre o nível 8 e o nível 10 da escala numérica da dor. No que respeita à presença do acompanhante no TP, a maioria (69,6%) afirma que não teve acompanhante.

Os partos foram maioritariamente realizados por médicos (51,4%), sendo que a maioria das mulheres não lhe foi realizada episiotomia (60,9%) e nem a manobra de Kristeller (63%). Quanto ao contacto pele-a-pele, a maioria (77,5%) diz ter feito, e o corte tardio do cordão, a maioria (55,8%) também realizou.

A escala BSES-SF

O instrumento de recolha de dados utilizados deve ser sujeito a uma avaliação das suas qualidades psicométricas, de forma a determinar a validade e a confiabilidade do mesmo, garantindo assim a qualidade dos seus, obtendo-se assim, resultados consistentes no tempo e no espaço indicando estabilidade, equivalência e homogeneidade ou consistência interna (Souza, Alexandre & Guirardello, 2017). A consistência interna da BSES-SF foi avaliada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach que é usado pela maioria dos pesquisadores para a avaliação da consistência interna de instrumentos e reflete a variância entre os itens de uma escala, entre valores de 0 e 1 (Souza et al., 2017).

O valor obtido na versão Portuguesa da BSES-SF foi de 0,95, o que é considerado excelente, segundo Hill e Hill (2005), quando se obtém valores de alfa de Cronbach acima de 0,9. Na população em estudo, os valores de Alfa de Cronbach para a escala total foi de 0,935 apresentando uma boa consistência interna, pois valores superiores a 0,8 são indicadores de boa consistência interna (Pestana e Gageiro, 2014).

A pontuação total da BSES-SF é obtida pela soma das pontuações de todas as dimensões, variando entre a pontuação mínima de 14 e a pontuação máxima de 70, sendo

que valores baixos (próximos de 14), revelam pouca confiança materna na amamentação e valores mais altos (próximos de 70), revelam níveis altos de confiança materna.

Relativamente aos valores obtidos, verificou-se no total da escala um valor mínimo de 22 e um valor máximo de 70, sendo que a média se encontrou nos 49,2 o que revela que as mulheres se situaram entre o nível “às vezes confiante” e o nível “confiante” (Tabela 1).

Tabela 1 – Total da Escala

		Estatísticas Descritivas				
		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Total	Escala	138	22,00	70,00	49,2101	9,45636
N válido (listwise)		138				

Fonte: SPSS

Passamos agora à análise dos dados dando prioridade a responder a cada questão, inicialmente traçada:

Q1 – Será que o tipo de parto tem influência no estabelecimento da amamentação?

O tipo de parto apresenta diferença no estabelecimento da amamentação. Verificámos que, as mulheres mais confiantes no processo de amamentar são as que tiveram um parto eutócico com uma média de 53,02 (dp= 7,48).

O tipo de parto tem influência direta sobre o puerpério, afetando a relação da díade. Assim, o parto eutócico favorece o contato imediato entre mãe-filho, estimula a produção de leite e o vínculo afetivo, pelo que é um fator positivo para a amamentação. O parto distócico por cesariana requer um tempo maior para estabelecer o contato entre a mãe-filho e para que haja interação devido à sutura e os efeitos da anestesia no pós-parto, o que favorece o início tardio do aleitamento materno ou a substituição deste por leites de fórmula (Vieira et al, 2019).

Ainda relativamente ao parto, verificámos que as mulheres em que o parto foi realizado pela EEESMO, apresentam níveis de confiança mais elevados com uma média de 52,43 (dp=7,55) do que as mulheres em que o parto foi realizado por um médico, apresentado assim diferenças entre as médias.

No que se refere como ao facto de como a mulher vivenciou o TP, verificámos que o nível de dor também tem influência na confiança que a mulher apresenta na

amamentação, verificando-se assim diferenças, sendo que as mulheres que referiram um nível de dor 1 foram as que em média de 59, apresentam maiores níveis de confiança. Associando aqui o método de analgesia realizado, verificamos que a utilização de métodos de analgesia não farmacológica eleva os níveis de confiança com uma média de 51 (dp=8,50) relativamente à utilização de métodos farmacológicos com uma média de 48,55 (dp=9,72).

Q2 – Será que a duração do TP tem influência no estabelecimento da amamentação?

No nosso estudo, observamos que a duração do TP apresenta diferenças entre as médias, no estabelecimento da amamentação, com uma eficácia média da amamentação de 68 nas mulheres que estiveram três horas em TP. Observamos também que as mulheres que referem zero horas de duração do TP apresentam uma média de eficácia mais baixa de 47,96 (dp=10,88), sendo que foi referido anteriormente que as mulheres que registaram zero horas, foram as que tiveram um parto distócico por cesariana. Salientamos que as mulheres mais confiantes na amamentação são as que experienciaram trabalhos de parto com 3 horas de duração.

O parto prolongado é um parto ativo, com contrações uterinas regulares e dilatação cervical progressiva que dura mais de 24 horas, no entanto, esta definição tem limitações, sendo por isso mais correto em termos clínicos falar de prolongamento das diferentes fases do trabalho de parto. Assim, sendo a fase latente o começo das contrações dolorosas regulares com dilatação cervical até 4 cm, não deverá prolongar-se por mais de 8 horas, e, por sua vez, a fase ativa, caracterizada por contrações regulares e dolorosas com dilatação cervical de mais de 4 cm, não deverá prolongar-se por mais de 12 horas (“Parto Prolongado e Paragem na Progressão,” 2005, p.25).

A duração do trabalho de parto varia entre as gestantes. Existe evidência que até um terço primíparas têm um trabalho de parto prolongado (Kenyon et al, 2013). Uma das principais causas do insucesso de um parto vaginal espontâneo é trabalho de parto prolongado possivelmente decorrente da atividade uterina ineficaz (Lopezosa, Maestre, & Borrego, 2016). Segundo os mesmos autores, o trabalho de parto prolongado ou distocia, tem sido descrito como uma das principais indicações de cesariana, em situações em que ocorre a cessação da evolução que levaria a um parto normal e espontâneo. É aqui que entra a utilização da ocitocina, que quando em doses adequadas e sobre uma correta monitorização dos seus efeitos, pode estar na base da resolução destas distócias,

reduzindo assim o número de cesarianas. Contudo, a intervenção com ocitocina, particularmente com doses elevadas, pode ter potenciais efeitos negativos para a mãe e para o feto, tais como taquissístolia uterina e comprometimento da frequência cardíaca fetal (Lopezosa, 2016).

A preparação para a vivência de todo o processo de TP também se manifesta com diferenças na confiança que a mulher apresenta na amamentação, neste caso entramos em contra censo, pois as mulheres que não realizaram cursos de preparação para o parto apresentam um nível de confiança mais elevado com uma média de 50,379 (dp=9,06) do que as que realizaram estes cursos.

Verificamos que uma das variáveis que tem influência é o facto de a mulher ter essa experiência anterior em que apresenta um nível de confiança médio de 52,31 (dp=8,79) superior do que as que não tinham esta experiência anterior com média de 46,96 (dp =9,33). Assim como o facto do número de filhos também influencia em que ter 4 ou mais filhos são as que o nível de confiança em média superior 59,5 (dp=4,94).

Q3 – Será que a realização de episiotomia e da manobra de Kristeller influenciam negativamente o estabelecimento da amamentação?

Mulheres com episiotomia apresentaram níveis de confiança no estabelecimento da amamentação mais elevados, com uma média de 50,62 (dp=8.10). O que contraria a evidência sobre esta temática, pois vários estudos referem a dor do local da episiotomia como sendo prejudicial ao autocuidado materno e à prestação de cuidados ao recém-nascido, podendo também atrasar a recuperação da mulher, abalar sua autoestima e dificultar o processo de adaptação da mesma ao novo contexto familiar (Beleza, Ferreira, Sousa, Nakano, 2012). Assim, conseqüentemente, a episiotomia pode estar na base da dificuldade no estabelecimento da amamentação, quer do ponto de vista físico sendo que acarreta dor associada, quer do ponto de vista do estreitamento do vínculo mãe-filho. Também Lowdermilk e Perry (2008) partilham da opinião de que a dor e o desconforto provocados pela episiotomia podem interferir nas relações mãe-filho, na amamentação, no restabelecimento das relações sexuais dos pais e na recuperação emocional após o parto.

Em relação à realização da manobra de Kristeller, verifica-se que as mulheres a quem não é realizada manobra de Kristeller apresentam mais confiança no estabelecimento da amamentação com uma média de 50,42 (dp=9.46), observando-se

assim diferenças para as mulheres a quem lhe foi realizada a manobra de Kristeller. Sendo que as mulheres às quais não foi realizada esta manobra se mostraram mais confiantes em amamentar. A manobra de Kristeller não pode ser encarada como uma prática inofensiva. Api, et. al, (2009) afirmam que existem diversos relatórios que fazem referência às complicações materno-fetais inerentes a esta manobra, tais como, ruturas uterinas, lacerações perineais graves, fraturas fetais, danos cerebrais, ferimentos da coluna vertebral entre outros. Assim, tal como anteriormente foi referido sobre as repercussões negativas da episiotomia no estabelecimento da amamentação, também a execução da manobra de Kristeller está associada a traumatismos físicos e psicológicos que podem influenciar negativamente a mulher no estabelecimento da amamentação e até no seu abandono precoce.

No entanto para além de responder às questões levantadas, verificámos que outras variáveis podem de alguma forma ter influência no processo de amamentação. Neste sentido também que o momento da decisão se vai amamentar, não apresenta diferenças, no entanto observamos que as que decidiram amamentar durante a gravidez, apresentam maior confiança no estabelecimento da amamentação com uma média de 49,28 (dp=9,49). O que vai ao encontro do que Levy e Bértolo, (2012) defendem como a primeira oportunidade para o sucesso do aleitamento materno, senso que para estes autores, esta se deve iniciar nos primeiros meses da gravidez. No entanto, o último trimestre, é o momento ótimo para abordar as questões sobre a alimentação do RN, avaliando-se a motivação da mulher/casal para amamentar, os conhecimentos que têm, as crenças, e desmistificando-se mitos.

O acompanhamento durante o trabalho de parto por pessoa significativa, também é um fator importante para o nível de confiança, verificamos que as mulheres que tem um acompanhante têm em média mais confiança com 51,47 (dp=9,66) no estabelecimento da amamentação. Nos últimos anos verificou-se um crescente envolvimento do pai no processo de parentalidade, seja por vontade própria, ou por pressão da sociedade. Assim, a figura paterna tende, a envolver-se mais ativamente na gravidez, no parto e nos cuidados diretos ao filho, existindo uma maior preocupação por parte das Instituições de saúde em considerar o pai como um elemento integrante dos cuidados, procurando criar condições que lhe permitam acompanhar a mãe durante todo este processo (Cardoso, 2011). Há que frisar, contudo, que tando o estágio de puerpério, como o último estágio de Bloco de

Partos, foram realizados durante a pandemia por SARS-COV2, pelo que as mulheres se viram privadas do direito a terem um acompanhante.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, verificámos que as mulheres que apresentam como habilitações literárias Ensino secundário – 12º ano de escolaridade são as que apresentam em média um nível de confiança na amamentação mais elevado com 49,67 (dp=8.43) com diferenças relativamente às mulheres que tem outras habilitações literárias. Não se verificando diferenças com as outras variáveis sociodemográficas, observámos que as mulheres que apresentam em média um nível de confiança mais elevado, são as que tem idades entre os 18-20 anos com 55,00 (dp=6,92), as que praticam a religião protestante com uma média de 51,25 (dp=17,11), com estado civil separada/divorciada 53,66 em média (dp=2,30), nacionalidade brasileira 51,75 em média (dp=18,00) e caucasianas com uma média de 49,21 (dp=9,34). Estes resultados de alguma forma contrariam os estudos consultados, pois, tal como refere Frago & Fortes, (2011), mães mais jovens tendem a amamentar menos tempo, na maioria das vezes, devido a um baixo nível de escolaridade, baixos recursos económicos e o fato de não serem casadas, considerando-as assim como grupo de risco para o desmame precoce.

Também verificámos que mulheres com partos realizados por EEESMOS apresentam níveis de confiança na amamentação mais elevados com uma média de 52,43 (dp=7,55). Como tal, o EEESMO é responsável por intervenções autónomas no parto normal e nos cuidados ao RN saudável, devendo estar capacitado para a implementação de intervenções, tendo uma atitude positiva e colocando em prática as suas competências e habilidades direcionadas à prática e promoção do AM (Monte, Leal & Pontes, 2012) sendo o seu discurso determinante no incentivo ao processo de amamentar.

Fazendo referência à teoria de Callista Roy, um exemplo de um estímulo focal é o stress experienciado durante o TP. Altos níveis de stress geram a libertação de corticotropina que vai estimular a glândula pituitária e como tal a hipófise liberta a hormona adrenocorticotrópica que por sua vez estimula a produção das “hormonas do stress”, os glicocorticóides. Com a entrada em circulação destas hormonas, a frequência e a intensidade das contrações diminui, levando assim a um arrastar do trabalho de parto. O cortisol interfere diretamente na secreção de ocitocina diminuindo-a em circulação, do que resulta trabalhos de parto prolongados, causando fadiga física não só na mãe, mas também no bebé, levando a um conseqüente aumento do número de partos instrumentalizados e como conseqüência uma iniciação tardia do aleitamento materno e

a diminuição da frequência da amamentação (Karakoyunlu, Apay, & Gürol, 2019). Neste contexto, a intervenção do EEESMO é fundamental prestando o apoio necessário à parturiente para que esta desenvolva mecanismos de coping positivos e ultrapasse esta fase adaptando-se de forma eficaz as alterações decorrentes do TP.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo é uma análise reflexiva sobre o percurso referente à prática clínica e ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais, na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica. Através da reflexão, o indivíduo pode perceber e criticar os conhecimentos latentes que se formaram em torno das experiências repetitivas de uma prática especializada, e pode atribuir um novo significado às situações de incerteza ou singularidade que a prática permitiu experienciar, tornando-se assim a prática reflexiva um moderador de aprendizagem (Peixoto & Peixoto, 2016).

É através da reflexão que se assume uma premissa para o desenvolvimento de profissionais mais autônomos e críticos, possuindo um caráter indispensável no contexto clínico, fornecendo ferramentas aos estudantes para se tornarem autoconscientes e prestarem cuidados baseados em atitudes reflexivas (Peixoto & Peixoto, 2016).

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República a 6 de fevereiro de 2019, o Enfermeiro Especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p.4744). Seja qual for a sua área de especialização, é suposto que estes partilhem de um conjunto de competências comuns, que sejam aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

A realização do Estágio de Natureza Profissional permitiu a aquisição de competências para concretização da especialidade, tendo sido rico em oportunidades de desenvolvimento do conhecimento, da prática e da reflexão em Enfermagem. Pretendo assim, realizar uma apreciação reflexiva do meu percurso no decorrer do estágio, de forma a tomar consciência das experiências vividas que contribuíram para a aquisição de competências especializadas e conseqüentemente para o crescimento profissional e pessoal.

4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio pretendeu-se ao longo do Estágio de Natureza Profissional desenvolver uma prática profissional e ética, demonstrando um exercício seguro, profissional e ético utilizando habilidades de tomada de decisão éticas e deontológicas.

O respeito pela dignidade humana, a preservação da privacidade da mulher/família, o sigilo profissional, o respeito pela individualidade crenças e valores de cada mulher/família, assim como a responsabilidade dos meus atos, foram os princípios norteadores da minha prestação, no sentido de estabelecer uma relação terapêutica com a mulher/família, de forma assertiva e empática, independentemente do contexto de atuação.

Pela especificidade da Obstetrícia, somos diariamente confrontados com a intimidade feminina, sendo que, no decorrer do Estágio de Natureza Profissional foi um especto ao qual dei grande importância tentando minimizar o desconforto que a minha atuação pudesse causar. A prestação de cuidados em locais privados ou a utilização de barreiras físicas como cortinas ou biombos para proteger o corpo da mulher, o pedido de permissão e explicação de todos os procedimentos a realizar, bem como a utilização de uma postura discreta na abordagem à mulher/família, foram algumas das estratégias utilizadas que contribuíram para que se criasse um ambiente de respeito e confiança.

A prática de cuidados fundamentou-se sempre na segurança, na privacidade da mulher, do RN e do acompanhante evocando-se a proteção dos Direitos Humanos e código deontológico dos enfermeiros. Ao assumir a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código deontológico, foi importante ter-se em consideração a promoção do respeito pelo direito da mulher no acesso à informação; a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral; a privacidade; o respeito à escolha e à autodeterminação; o respeito pelos valores, costumes e as crenças espirituais.

4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

O conceito de qualidade no âmbito das instituições de saúde constitui uma prioridade na assistência prestada aos utentes/famílias, pelos ganhos em saúde que daí advém. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015 do MS), garante e reforça o acesso aos utentes/família a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, considerando como um direito fundamental e legítimo, pelo que os cuidados prestados para o cumprimento

desse requisito devem-se basear, na segurança, eficiência, equidade adequação e na otimização, que corresponda, tanto quanto possível, às necessidades e expectativas dos cidadãos (DGS, 2015).

Cabe ao EEESMO desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte em projetos de melhoria contínua de qualidade e a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade, na prestação de cuidados. Pela sua importância na melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados, a prevenção e o controlo das infeções assume um papel de destaque, ainda mais, quando os dois últimos estágios foram realizados em pleno período de pandemia por SARS-COV2.

As precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) são um conjunto de boas práticas que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada, bem como garantir a segurança dos cidadãos, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde, pelo que deve ser aplicado a todos os doentes independentemente de se conhecer o seu estado infeccioso (DGS, 2018).

A avaliação individual do risco de infeção na admissão do doente, a higienização das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de equipamento de proteção individual, a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies, o manuseamento seguro da roupa, a gestão adequada dos resíduos, as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho, são os dez padrões de qualidade em que se baseiam as PBCI definidas pela DGS (2013) e que devem ser sempre garantidas em todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, o que se mostrou ainda mais importante e desafiador quando vivenciado num período de pandemia, onde todos os cuidados tiveram que ser cautelosamente planeados e implementados com vista à segurança das mulheres a quem prestei cuidados, da equipas onde estive inserida e minha enquanto EEESMO.

Considerando-se como critério de melhoria da qualidade, a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, a criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro é indispensável. Como tal, promoveu-se sempre um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual capaz de gerar segurança e proteção em relação à terapêutica, aos dados e registos.

4.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Quando se fala do domínio da gestão dos cuidados, o EEESMO tem o compromisso de gerir os cuidados que presta otimizando a resposta da equipa de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo assim a segurança e qualidade dos cuidados. Para atingir estes resultados, ao longo do Estágio de Natureza Profissional participou-se na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e colaborou-se na demonstração prática das tarefas, garantindo a segurança e a qualidade.

A adaptação do EEESMO à liderança e à gestão dos recursos, das diferentes instituições e serviços, visando a otimização da qualidade dos cuidados, é fundamental. Como tal, os cuidados prestados enquanto EEESMO foram sempre adequados aos recursos disponíveis e às necessidades da mulher/família.

Reconhecer os diferentes papéis e funções de todos os elementos das equipas, nos diferentes contextos de estágio, foi indispensável para proporcionar um ambiente positivo e favorável à prática de enfermagem, sendo uma competência comum do enfermeiro especialista que adquiri ao longo deste processo de formação.

4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista fundamenta os processos de tomada de decisão e juízo crítico e as suas intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, bem como desenvolve um autoconhecimento e gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda com vista a prestar cuidados de modo assertivo (OE, 2019).

Em particular na enfermagem, a formação adquire um papel incontestável, contribuindo eficazmente para a mudança no desempenho, para o desenvolvimento de competências e conseqüentemente para a melhoria da prática profissional, além de proporcionar maiores sentimentos de realização e valorização profissional e pessoal.

Tendo em conta a diversidade de experiências ao longo deste percurso de aprendizagem, a mobilização de conhecimentos, de habilidades e a reflexão permanente dos cuidados prestados, sustentadas nas mais recentes e credíveis bases científicas, foram aspetos que não só contribuíram para uma assistência diferenciada às mulheres/família, bem como contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal enquanto aluna e futura EEESMO. Neste sentido, foi meu objetivo perceber como é que a vivência da mulher no TP, contribui para o estabelecimento da amamentação e de alguma forma com

os resultados que obtive, contribuir para a melhoria dos cuidados prestados enquanto EEESMO, de forma a que as mulheres tenham a oportunidade de amamentar os eu filho de acordo com o seu desejo e o preconizado pela OMS/UNICEF.

4.2.COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, publicado em Diário da República a 3 de maio de 2019, a Mulher assume-se como a entidade beneficiária de cuidados do EEESMO, devendo ser encarada por numa perspetiva holística, como ser individual, inserida numa família e numa comunidade. Como tal, o mesmo regulamento, assume como áreas de intervenção do EEESMO: o Planeamento familiar e pré-concepcional; a Gravidez; o Parto; o Puerpério; o Climatério; a Ginecologia e a Comunidade.

Tendo por base os objetivos definidos no projeto (Apêndice 4), é importante refletir sobre as atividades que foram desenvolvidas durante o Estágio de Natureza Profissional (Apêndice 5), nas quais tentei sempre aplicar o modelo adaptativo de Callista Roy, pois este permite aos profissionais de saúde identificarem os estímulos e os mecanismos de coping, bem como as respostas ou outputs. Consequentemente a minha intervenção enquanto aluna EEESMO teve sempre como meta a promoção de níveis adaptativos positivos, a fim de capacitar a mulher/casal.

4.2.1. Objetivo 1: Cuidar a mulher/casal no período pré-concepcional

O aumento da qualidade dos cuidados prestados às grávidas e aos RN tem vindo a ser uma das áreas prioritárias do Plano Nacional de Saúde. A Saúde Reprodutiva têm despertado interesse por se tratar de um tema relevante para o delineamento de políticas populacionais e para o desenvolvimento socioeconómico e integra os cuidados pré-concepcionais, pré-natais, de planeamento familiar e de puerpério, bem como o direito à saúde sexual (Martins, 2014).

Os cuidados pré-concepcionais são parte integrante dos cuidados primários em saúde reprodutiva, e apesar do seu principal alvo serem as mulheres em idade fértil, o papel do homem deve ser valorizado, assumindo-se assim o casal como objeto de atenção.

As consultas de planeamento familiar devem assegurar atividades de promoção da saúde tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce

das IST, do cancro do colo do útero e da mama, e no puerpério (DGS, 2008). No decorrer do Estágio de Natureza Profissional, mais precisamente no campo de estágio de cuidados de saúde primários – USF Alcoides em Montemor-o-Novo, foi possível realizar várias consultas de planeamento familiar, onde houve oportunidade de assistir à remoção e colocação de implantes contraceptivos, realizar aconselhamento sobre métodos anticoncepcionais, nomeadamente a contraceção oral combinada. Foram também realizados rastreios do cancro do colo do útero (realizei 13 durante o estágio), tal como é recomendado pela DGS (i.e., Norma 018/2012; Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Colo do Útero) e realizados ensinamentos sobre o autoexame da mama, concebendo, implementando e avaliando assim intervenções de rastreio e de diagnóstico da saúde da mulher.

4.2.2. Objetivo 2: Cuidar a mulher/casal no período pré-natal

A gravidez, maior período de atuação do EEESMO, consiste numa das etapas mais importantes do ciclo vital do casal. É um período de grandes mudanças, um período de transição. A chegada de um novo ser humano ao seio da família desencadeia um conjunto de transformações na vida da mãe e do pai, únicas e irreversíveis (Cardoso, 2011).

A grávida deve ser capacitada para cumprir regras básicas relativas à sua saúde e à do seu filho. Para tal deverá ter acesso a cuidados pré-natais regulares e de qualidade (Néné, Marques, & Batista, 2016).

No decorrer do Estágio de Natureza Profissional houve oportunidade de realizar acompanhamento pré-natal, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários. Esta consulta surgiu como o momento privilegiado para a realização de ensinamentos, de acordo com a idade gestacional, despistando assim algumas situações potencialmente de risco. Nesta, ressalta-se a importância do exame físico que foi desenvolvido a cada consulta, com o principal objetivo de identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem para cada caso específico (Leal et al, 2004).

No que respeita à avaliação da tensão arterial, esta constituiu uma das atividades de vigilância realizadas em todas as consultas, na medida em que a hipertensão arterial pode surgir no decorrer da gravidez, mesmo em mulheres previamente normotensas. De acordo com Oliveira e Graciliano (2015), a causa da hipertensão na gravidez é, ainda, desconhecida, no entanto trata-se de uma patologia que afeta entre 10 a 22% das mulheres

grávidas, caracterizando-se pelo aumento da pressão arterial, que se manifesta apenas durante a gravidez, sendo responsável por elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal.

A realização das manobras de Leopold constituiu uma parte essencial do exame físico realizado à grávida. Estas têm como finalidade a determinação da orientação fetal e trata-se de uma abordagem sistemática que permite obter uma grande quantidade de informações como: o número de fetos, o pólo fetal que ocupa o fundo uterino, a posição, a apresentação e a atitude fetal (Mirghani et al, 2007). A realização destas manobras é útil previamente à avaliação do bem-estar fetal através do CTG ou da auscultação dos batimentos cardio-fetais.

Algumas grávidas viram nas consultas de enfermagem uma oportunidade para esclarecer as suas dúvidas quanto aos resultados de Ecografias e análises clínicas. Como tal, foi proporcionado o espaço e tempo suficiente para se esclarecerem algumas questões, tais como o resultado analítico da Toxoplasmose, sendo esta uma das questões mais frequentes no contexto da consulta de enfermagem em cuidados de saúde primários. Trata-se de uma patologia causada pelo microrganismo *Toxoplasma Gondii* e resulta da ingestão de carne crua ou malcozinhada, do contacto com gatos infetados, da ingestão de leite ou queijo não pasteurizados, de vegetais mal lavados ou do contacto com o solo contaminado (Cook et al, 2000). Nos casos em que se verificou que a grávida não era imune à mesma, foram planeados os cuidados necessários, incidindo na importância dos cuidados a ter na alimentação.

Foi também realizada em todas as consultas a monitorização do peso corporal e o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). As grandes oscilações de peso corporal que se verificaram em algumas mulheres grávidas permitiram detetar alguns problemas que necessitaram de intervenção de enfermagem, sobretudo no âmbito dos hábitos alimentares e relativos à prática de exercício físico. Na verdade, o tipo de alimentação recomendada durante a gravidez não é muito diferente da recomendada para a população em geral, devendo esta ser completa, equilibrada, variada, segura e adaptada às necessidades de cada mulher (WHO, 2001). A hidratação durante a gravidez é de elevada importância, pelo que, foi sempre recomendada a ingestão hídrica. Já o consumo de sal deve ser moderado, incentivando-se a adicionar pouco sal na confeção das refeições e substituindo-o por ervas aromáticas (DGS, 2015). Relativamente ao exercício físico, a ACOG (2002) recomenda o equilíbrio entre a atividade física e os períodos de repouso,

sendo que a primeira deve ser colocada em prática cerca de 30 minutos por dia, em 5 dias da semana.

A realização de teste Combur a cada consulta foi também de extrema importância, uma vez que, as transformações anatómicas e fisiológicas que ocorrem no trato urinário durante a gravidez facilitam o desenvolvimento de infecções urinárias, que podem estar na base do surgimento de outras complicações tais como, o trabalho de parto pré-termo, ruptura prematura de membranas amnióticas e a restrição de crescimento intrauterino (Duarte et al, 2002).

A sintomatologia associada ao estado gravídico foi também tema abordado na consulta de enfermagem, sendo que a educação para a saúde individualizada foi sempre a estratégia escolhida para ajudar a grávida a conviver com alguns destes incómodos.

Após a consulta foi importante realizar os registos no processo de enfermagem do sistema informático SClínico e também no Boletim de Saúde da Grávida.

Tanto na USF Alcades como no contexto de prática clínica no Serviço de Obstetrícia do CHBM, EPE foi possível assistir e participar no curso de preparação para o parto e parentalidade. São vários os benefícios destes cursos para a grávida, pois além de a prepararem física e psicologicamente para o parto, permitindo-lhe vivê-lo de uma forma mais ativa, também lhe permitem desenvolver a confiança e segurança necessárias para desempenhar o seu novo papel, de mãe (Frias e Franco, 2008 citando Vander, 1980; Vellay, 1998 & Couto, 2003). Não só para a grávida estes momentos de partilha são importantes, pois atualmente existe um aumento significativo da intervenção do pai em todo o processo de procriação e de parentalidade, tornando-se indispensável que os serviços se adaptem a esta realidade (DGS, 2020). Contudo, em nenhuma das aulas assistidas se verificou a presença do pai, o que se poderá relacionar talvez pelo facto das sessões se realizarem em horário laboral. Segundo o artigo 46º do Código do trabalho, lei n.º 7/2009, “o pai tem direito a três dispensas do trabalho para acompanhar a trabalhadora às consultas pré-natais”, sendo que, no mesmo documento, “a preparação para o parto é equiparada a consulta pré-natal” (p. 926 - 1029).

Na USF Alcades realizei uma aula de preparação para o parto e parentalidade intitulada “Hipogaláctia – será que não tenho leite?” (Apêndice 6), com a supervisão da orientadora clínica. As grávidas presentes mostraram-se bastante interessadas e participativas, sendo este um tema que lhes gera muitas dúvidas e inseguranças, por estar envolto em mitos que foram abertamente abordados.

Durante o estágio em contexto de Bloco de Partos, foi realizado o acolhimento a grávidas, a colheita de dados, a monitorização de sinais vitais, o exame físico e ginecológico – cervicometria, as manobras de Leopold, a auscultação dos batimentos cardíaco-fetais, a realização de monitorização cardiotocográfica (CTG) externa.

No SUOG do HESE, EPE teve oportunidade de realizar a triagem a grávidas, verificando-se que as situações mais recorrentes, foram metrorragias e menorragias, algias pélvicas, infeções do trato urinário e abortos em evolução. Relativamente a estes últimos, os cuidados que pude prestar relacionam-se com a monitorização do trabalho de parto em situações de abortamento, tais como a vigilância das características das perdas vaginais, a avaliação do estado hemodinâmico, a administração de terapêutica e monitorização do seu efeito, esclarecimento de dúvidas da mulher/casal e o alívio da dor seja através de administração de fármacos ou através de técnicas não farmacológicas. É também fundamental detetar possíveis alterações do bem-estar psicológico e diagnosticar eventual necessidade de intervenção de outros profissionais de saúde.

Já em contexto de internamento em grávidas patológicas, foi possível, planear e prestar cuidados a grávidas com diagnóstico de suspeita de Pré-eclampsia, ameaça de parto pré-termo por colo curto, polihidrâmnios, oligoâmnios, restrições de crescimento intrauterino (RCIU), colestase gravídica, hiperémese gravídica, pielonefrite e para gestão e controlo metabólico

4.2.3. Objetivo 3: Cuidar da mulher/casal no trabalho de parto

Segundo Néné, Marques, & Batista (2016), o Trabalho de Parto é um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem ao apagamento cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e finalmente à sua expulsão para o exterior. Considera-se que se está em trabalho de parto quando se instalam contrações uterinas regulares e dolorosas com efeito de apagamento e dilatação do colo do útero. O trabalho de parto divide-se em quatro estádios: 1º estágio ou apagamento e dilatação do colo; 2º ou período expulsivo; 3º ou dequitação; 4º ou puerpério imediato – as duas horas seguintes ao parto.

O parto é um momento acompanhado por muitas expectativas com origem no início da gravidez, e a sua vivência representa um momento singular na vida da mulher/casal. O trabalho de parto é um dos momentos nos quais o EEESMO tem uma atuação

determinante através do apoio emocional e da capacidade de comunicação, o que favorece a interação efetiva entre a parturiente e o enfermeiro (Lopes et al., 2009).

No contexto do trabalho de parto, tendo por base todo o conhecimento e capacidade que adquiriu ao longo da sua formação, o EEESMO desempenha funções com grande competência e rigor técnico e científico, o que lhe confere um elevado grau de autonomia perante as situações consideradas de baixo risco, assim como face a intervenções onde há patologias associadas.

O parto constitui uma experiência única e multidimensional para a mulher, sendo influenciada pelo seu contexto social. As expectativas e as vivências que as mulheres têm relativamente à gravidez e parto tanto podem ser positivas como negativas, envolvendo sentimentos de alegria e fé, ou, por outro lado, preocupações, ansiedade e medos. O medo do parto pode trazer consequências para o estabelecimento da ligação mãe-filho, para a relação com o seu companheiro e família, e muitas vezes é o motivo pelo qual as mulheres preferem a cesariana como tipo de parto (Nilsson et al, 2018).

Os cuidados prestados à mulher/casal durante o trabalho de parto, foram fundamentados e baseados na Teoria da Adaptação de Callista Roy, pois permite conhecer os estímulos, os mecanismos de coping e as respostas comportamentais diante de várias situações (Roy & Andrews, 1999). A intervenção de Enfermagem no cuidado da mulher/casal no trabalho de parto, esteve assim focada em promover níveis de adaptação positivos, trazendo bem-estar e satisfação aos casais. O que se verificou logo no momento do acolhimento da mulher/casal, aquando da admissão, sendo este um momento propício para conhecer a história da parturiente/casal, através de uma colheita de dados completa e rigorosa. Desta forma é garantido que se elaboram diagnósticos corretos, e conseqüentemente um plano de cuidados o mais individualizado possível. O momento da admissão, assume assim importância por ser o momento ideal para o estabelecimento da relação empática entre o EEESMO e a grávida e o seu acompanhante, de modo a facilitar a expressão de ideias, expectativas, fantasias, sentimentos positivos e/ou negativos e competências inerentes à gravidez, nascimento e parentalidade. Tendo sempre como base a confidencialidade, sem críticas ou juízos de valor (Programa Nacional para vigilância de gravidez de baixo risco – DGS 2015).

No momento da admissão procede-se também à avaliação inicial da grávida, sendo para tal fundamental a consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG), um instrumento de registo e transmissão de informação clínica e de dados relativos à grávida

e ao feto (DGS 2001). Assim, dados como a idade gestacional, a data provável do parto, o número de consultas de vigilância da gravidez e resultados analíticos, foram tidos em conta nesta avaliação. Apesar da Norma n.º 37/2011 emitida pela DGS a 30 de setembro e atualizada a 20/12/2013, com a recomendação das análises a realizar ao longo dos diferentes trimestres da gravidez, o que se verificou durante o Estágio de Natureza Profissional é que muitas vezes havia valores desatualizados ou em falta, pelo que, na admissão era colhido sangue que seguia para análise a fim de regularizar a situação.

Durante o contexto de prática clínica Bloco de Partos, quer no HESE EPE, quer no CHBM, EPE, verificou-se que a grande maioria das admissões do SUOG para o BP ocorrem devido ao início de contratilidade dolorosa, mas também para Indução do Trabalho de Parto (ITP), ou para realização de Cesariana eletiva. No caso de as grávidas apresentarem queixas dolorosas na admissão, realizavam CTG para avaliação não só da atividade uterina, mas também do bem-estar materno-fetal. Segundo Souza e Amorim (2008), o surgimento da cardiocografia, nos anos 70, permitiram o registo da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas concomitantemente, o que contribuiu para a deteção precoce de sinais de hipoxia fetal. Contudo, segundo os mesmos autores, a difusão do CTG originou um aumento exponencial da realização de partos distócicos por sofrimento fetal.

Ao longo do Estágio de Natureza Profissional, a realização da monitorização cardiocográfica externa, foi um aspeto no qual sempre depus bastante da minha atenção enquanto aluna por reconhecer a importância da sua leitura e correta interpretação, face a dados reveladores de aspetos importantes e decisivos do bem-estar materno-fetal. Através da pesquisa científica e da discussão de casos clínicos com as orientadoras, desenvolvi a capacidade de identificação da categoria dos traçados, sendo que estes se podem incluir em categoria I, II e III, de acordo com a classificação do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2009). Em ambas as instituições de saúde nas quais se realizou o Estágio de Natureza Profissional, a monitorização contínua com o CTG ao longo do TP é uma prática comum, o que muitas vezes gera alguma ansiedade na grávida/casal, por ficar confinada ao leito. Contudo, quer no CHBM, EPE, onde existe possibilidade de monitorização por telemetria, quer no HESE EPE, onde não existe esta possibilidade, a monitorização contínua nunca foi impeditiva da liberdade de movimentos da grávida, adequando-a à sua situação clínica e à sua expectativa e vontade. Assim, apesar de monitorizadas continuamente com CTG, o

incentivo à deambulação no quarto, a alternância de decúbitos no leito e a utilização da bola de Pilates fizeram sempre parte do meu discurso como futura EEESMO. A deambulação e a alternância de posições verticais ajudam na progressão do TP, reduzindo as dores e aumentando a satisfação materna, quando comparadas com a posição de litotomia dorsal (Ferrão e Zangão, 2017).

Na grande maioria das situações encontradas durante o Estágio de Natureza Profissional, as grávidas/casal procura os cuidados hospitalares no início do primeiro estágio do TP. Segundo Néné, Marques, & Batista (2016), a fase latente é definida como o apagamento e o início da dilatação entre os 0 e os 4 cm de dilatação, seguindo-se a fase ativa dos 4 cm até aos 10 cm. Segundo as recomendações da OMS, a fase latente dá-se até aos 5 cm de dilatação, considerando-se a fase ativa a partir dos 5 cm, até à dilatação completa (WHO, 2018). Os profissionais de saúde devem alertar as gestantes saudáveis que a duração do trabalho de parto é altamente variável e depende de seu processo fisiológico individual e das características da gravidez.

A realização do exame vaginal é outro aspeto fundamental na vigilância e diagnóstico do TP e enquanto aluna EEESMO, foi das técnicas que mais dúvidas suscitou e como tal, mais precisou de ser exercitado e validado junto das orientadoras de estágio. Apesar de ser uma importante fonte de dados, o exame vaginal é um procedimento que não é encarado da mesma forma por todas as mulheres, podendo ser desconfortável e um fator de ansiedade para a grande maioria. Assim, foi importante explicar a técnica às grávidas, tal como o seu objetivo, bem como pedir a sua colaboração. Relativamente à sua periodicidade, o toque vaginal, não deve ser realizado por rotina no primeiro estágio do trabalho de parto devendo ter pelo menos 4 horas de intervalo (WHO, 2018). Não há evidência científica que comprove que o seu uso traga ganhos para o bem-estar da mãe e nem do RN. Muito pelo contrário, além de interferir diretamente com a intimidade da mulher, pode ser potenciador de desconforto e infeções quando utilizado de forma corriqueira (Downe, Gyte, Dahlen & Singata, 2013).

A rutura espontânea de bolsa de águas (REBA), no final da gestação, foi uma situação comum no decorrer do Estágio de Natureza Profissional, e motivo para internamento em Sala de Partos. Diz-se que estamos perante uma rotura prematura de membranas (RPM) quando esta ocorre antes da 37ª semana de gestação (Patriota, Guerra, & Souza, 2014). Quando a gravidez se encontra perto do termo, é geralmente, seguida pelo desencadeamento do parto (Pierre, Bastos, Oquendo, & Júnior, 2003). Esta situação

requer observação imediata pela equipa de saúde, sendo que nem sempre foi fácil diagnosticá-la com toda a certeza quando não foi presenciada. A rutura de membranas pode ser alta, sendo que a perda de líquido amniótico (LA), é localizada acima do segmento inferior do útero sendo o fluxo menos evidente (Graça 2009). O intervalo entre a rutura das membranas e o início do TP é chamado de período de latência. Quanto mais longo for este período, maior será o risco infeccioso materno e fetal. Através da cervicometria, da observação ao espéculo, ou utilizando o teste de bromotimol, foram os métodos mais utilizados para verificar a integridade das membranas amnióticas. Para o correto diagnóstico de RPM deve ter-se em conta o momento exato em que se verificou a perda, a quantidade de líquido perdido e as suas características, tais como, a cor, a consistência e o odor.

Uma prática comum, realizada nos dois contextos de prática clínica de Bloco de Partos onde o Estágio de Natureza Profissional decorreu, foi a Indução do Trabalho de Parto (ITU). Esta consiste em induzir artificialmente contratilidade uterina, com o objetivo de iniciar o TP antes do que seria suposto espontaneamente (Néné, Marques, & Batista, 2016). As indicações para realização desta prática podem ser de causa materna ou fetal ou associadas, sendo que os casos mais comuns com os quais me deparei durante o estágio foi a indução eletiva do TP por idade gestacional igual ou superior a 41 semanas em grávidas de baixo risco, tal como recomendado pela DGS (2015a).

Os métodos farmacológicos de ITP mais utilizados são a ocitocina e as prostaglandinas, em especial o misoprostol (prostaglandina E1) e a dinoprostona (prostaglandina E2) (Cunha, 2010). Constatei que no CHBM, EPE o fármaco de eleição era o Prostin Gel, enquanto que no HESE, EPE era o Cytotec. Assim, colaborei com bastantes ITP ao longo deste percurso, sendo que a administração destes fármacos era realizada mediante prescrição e/ou administração médica, mas competia ao EEESMO a vigilância e monitorização da sua administração e, caso se justificasse, a sua suspensão.

A ITP torna o parto em algo altamente mediatizado, trazendo riscos para a mulher e para o RN, na medida em que pode originar eventos adversos como a taquissistolia, a hipertonia e a hiperestimulação uterina, podendo até causar rutura uterina. Para o feto, o efeito mais comum é o sofrimento fetal agudo, decorrente da diminuição da perfusão sanguínea placentária aquando da hipertonia uterina (Jonsson, 2015; Mozurkewich et al, 2011). Durante o Estágio de Natureza Profissional pude constatar que de facto uma

grande parte das grávidas submetidas a ITP, apresentaram ao longo do trabalho de parto CTG de categoria II e III, sendo que em muitos casos foi decidida a cesariana emergente.

Ainda referente à indução e progressão do TP, pude realizar Amniotomia, em conjunto com as EEESMO supervisoras, sentindo algumas dificuldades iniciais que se prenderam com a pouca destreza e alguma insegurança da minha parte, mas que ao longo do Estágio de Natureza Profissional foram ultrapassadas com sucesso. Esta prática é indicada pela DGS (2015) como uma alternativa, quando em fase ativa de TP não há a espectral progressão da dilatação cervical, sendo também uma forma de se observar as características do líquido amniótico, como preditivo do bem-estar fetal. Quando é realizada a rotura da bolsa amniótica ocorre a libertação de prostaglandinas que desencadeiam contrações uterinas ou intensificam-nas (ACOG, 2013). No entanto, a amniotomia não deve ser utilizada como método de ITP de forma isolada (WHO, 2011). Segundo Bricker e Luckas (2012) concluíram, através de uma revisão da literatura, não existe evidência suficiente que fundamente esta prática. Defendem, contudo, que, este procedimento, associado à perfusão ocitócica apresenta resultados importantes para o sucesso da indução do parto.

A assistência humanizada ao trabalho de parto pressupõe uma atuação centrada no respeito pelo processo fisiológico feminino, o que implica a não utilização de intervenções desnecessárias e a valorização de aspetos sociais e culturais associados ao parto. O suporte emocional à mulher e familiares, bem como a disponibilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor tornaram-se fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados. Assim, foi fundamental compreender que o recurso a métodos não invasivos de apoio à mulher durante o trabalho de parto tem como finalidade desmistificar a ideia de que este processo consiste em algo patológico e doloroso, ao mesmo tempo em que valoriza o autoconhecimento e domínio do seu próprio corpo (Mouta et al, 2017). Há procedimentos que quando utilizados durante o TP, potenciam a intervenção clínica, pelo que deverão ser evitados sempre não existam motivos clínicos que o justifiquem (OE,2012).

Neste percurso, constatei que o plano de parto pode ser um grande aliado da mulher/casal na vivência do trabalho de parto. Este é um direito legal da mulher e compete aos profissionais de saúde a sua divulgação e promoção. A elaboração do plano de parto promove nas mulheres o pensamento crítico, refletindo sobre as suas necessidades, limites e desejos, transpondo-as para um processo de autoconsciência (Mouta et al, 2017).

Contudo, pelo que verifiquei, não é um instrumento muito utilizado em determinadas instituições. Se no CHBM, EPE este já fazia parte da rotina de cuidados, pelo contrário, no HESE, EPE, a sua utilização é menos comum.

Pude verificar que as grávidas/casais com um plano de parto bem definido, apresentaram mais confiança e convicção nas suas escolhas. Contudo, foi importante ir adaptando o plano à realidade quando houve abertura para tal.

Como ou sem plano de parto, tentei sempre compreender quais as expectativas da mulher/casal em relação ao TP e parto, informando sobre as opções e materiais que tinham ao seu dispor. Para que as parturientes exprimam os seus desejos/expectativas, constatei que é necessário estar com elas, mostrando disponibilidade, criando uma relação de confiança e empatia em que a mulher/casal sinta que o seu bem-estar e satisfação são o foco principal dos cuidados. Assim, estabelecida uma relação terapêutica e de confiança, abordei a mulher/casal sobre métodos de alívio da dor, as posições a adotar durante o TP, a clampagem e secção do cordão umbilical, o contacto pele a pele, o aleitamento materno, valorizando-a e envolvendo-a na tomada de decisão, tal como defendido por Barradas et al (2015) e atendendo ao preconizado por Swanson que considera os cuidados de enfermagem como um cuidado informado (Wojnar, 2014).

Pelo que constatei o alívio da dor e a presença de um acompanhante foram os aspetos mais valorizados pelas parturientes em início de TP. Há cerca de 33 anos, que é permitido, em Portugal, a presença do acompanhante da parturiente (i.e., Lei n.º 14/85, de 6 de julho). Em 2014, sublinhou-se este direito (i.e., Lei n.º 15/2014 de 21 de março) e mais recentemente, em 2019 procedeu-se à segunda alteração (i.e., Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro).

Tendo o direito a escolher o acompanhante, na grande maioria das vezes, a mulher escolhe o pai do RN. Há estudos que apoiam e comprovam que a presença do pai transmite uma sensação de confiança, reduzindo os níveis de ansiedade maternos, o que diminui o número de intervenções médicas realizadas, diminuindo também as complicações associadas ao parto (Salehi, Fahami, & Beigi, 2016; Shahshahan, Mehrabian, & Mashoori, 2014). Contudo, o contexto de prática clínica em bloco de partos foi realizado no HESE, EPE, já em contexto de pandemia por SARS-COV-2, pelo que, vários hospitais se viram obrigados a realizar o seu próprio plano de contingência, vendo-se privados de possibilitar este direito à mulher, proibindo a presença de qualquer visita ou acompanhante. O que contraria o parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de

ESMO n.º 09/2020, de 25 de setembro, que refere: “As unidades hospitalares estão obrigadas a permitir a presença de um acompanhante durante o trabalho parto e puerpério, desde que teste para SARS-CoV-2 negativo”.

A dor é ainda uma das grandes preocupações das mulheres associadas ao parto. Apesar de ser um processo fisiológico, a dor do TP provoca respostas neuro-endócrinas, metabólicas e inflamatórias que podem prejudicar o bem-estar materno-fetal. Esta tem uma base somática, aliada a uma componente subjetiva e é influenciada por fatores socioculturais. Assim sendo, os métodos para aliviá-la são aspetos fundamentais para as parturientes, com implicações diretas na evolução do TP, bem como no seu desfecho e nos custos da assistência ao parto (Aveiro & Velosa, 2015).

No que respeita às medidas de conforto e alívio da dor, no decorrer do Estágio de Natureza Profissional, possibilitei às parturientes a utilização do duche, a deambulação, a utilização da bola de Pilates, as massagens, envolvendo o acompanhante nestas. Proporcionei ainda, a par com a musicoterapia, um ambiente calmo e tranquilo através da diminuição da luminosidade, de acordo com a vontade da parturiente. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da OE no seu projeto sobre maternidade com qualidade defende que estas medidas permitem diminuir a duração do TP, aumentar a probabilidade de um parto eutócico, diminuir a necessidade de uso de analgesia epidural e, ainda, aumentar a satisfação da parturiente com a experiência do parto (Santos, Varela e Varela, 2013). Contudo ao longo do meu percurso deparei-me também com alguns aspetos que limitaram a minha ação, nomeadamente a aspetos físicos e estruturais, uma vez que, contrariamente ao que acontece no CHBM, EPE onde cada grávida/casal tem uma, boxe independente, no HESE EPE os quartos de dilatação tem duas camas e logo estão preparados para receber duas mulheres em TP. Tentei, contudo, preservar a privacidade e a vontade individual de cada mulher/casal para assim potenciar ao máximo uma vivência o mais satisfatória possível do TP.

Quanto às medidas farmacológicas de alívio da dor, informei as parturientes sobre as medidas disponíveis (analgesia endovenosa e/ou analgesia epidural) e os procedimentos inerentes a estas, possibilitando assim uma escolha informada. Pelo que verifiquei, a grande maioria das parturientes solicitaram o recurso à analgesia epidural, desde o início do TP assumindo a opção de utilizar este tipo de analgesia, descartando a possibilidade de adoção de técnicas não farmacológicas.

O bloqueio epidural consiste numa técnica que proporciona analgesia durante o trabalho de parto ou anestesia no caso de cesariana, dependendo do tipo, dose e concentração o fármaco administrado. Este bloqueio e a administração de medicação é realizado através de um cateter epidural que é colocado, geralmente, num espaço intervertebral da região lombar, entre a L2 e a L5 (Martins, Marques e Tomé, 2002).

Colaborei na realização de analgesia epidural, preparando a parturiente e dando apoio ao anestesista na realização do procedimento. Durante o procedimento, e com o objetivo de detetar precocemente alguma complicação, está preconizada a monitorização contínua da tensão arterial, oximetria de pulso, monitorização cardíaca materna e frequência cardíaca fetal, sempre que possível. No CHBM, EPE administrei os fármacos através do cateter epidural, de forma autónoma sob protocolo interno. Contrariamente ao que sucede no HESE EPE, onde não existem protocolos que suportem a realização desta técnica pelo EEESMO.

São vários os estudos que relacionam a analgesia epidural com um TP prolongado e o aumento do número de partos instrumentados e de cesarianas. Pelo que, a analgesia epidural não deve ser aplicada antes de o TP estar bem estabelecido, embora se considere que não prolonga a fase de dilatação do colo uterino a epidural parece diminuir o reflexo de expulsão e o bloqueio da musculatura abdominal, pelo que a rotação do polo fetal e a descida do feto podem ser mais demoradas. Contudo a analgesia epidural constitui o método mais eficaz de alívio da dor em todas as fases do TP, apresentando baixo risco tanto para a mulher como para o feto (Martins et al., 2002).

Também a alimentação pode ser um fator importante para a mulher em TP, tal como é preconizado no Projeto Maternidade com Qualidade da OE (2013). Assim tentei sempre que possível e quando o TP decorreu sem sobressaltos, oferecer líquidos e gelatinas às parturientes, o que contribuiu para o aumento da sua satisfação, reduzindo a sensação de fome e mantendo as reservas energéticas que tanta falta fazem à grávida e ao feto no TP e parto. É comum no início do TP a mulher querer ingerir alimentos, mas essa vontade vai desaparecendo com o evoluir do TP (OE, 2015).

Durante o contexto de prática clínica realizado no BP do CHBM, EPE tive oportunidade de trabalhar com o partograma, o que foi para mim uma novidade, uma vez que, no HESE EPE este não está preconizado. O partograma não é apenas um documento de registo, mas sim, um instrumento de diagnóstico essencial para compreensão do TP. A avaliação da evolução do TP e a sua condução são um aspeto fundamental da

assistência da parteira, com interferência direta nos resultados maternos e neonatais (OE, 2015).

Atualmente é um facto que a posição de litotomia é a mais comum nas instituições prestadoras de cuidados. Existem, no entanto, várias outras posições, em alternativa a esta, tais como a posição vertical de pé, posição vertical de cócoras, posição vertical de joelhos, posição semi-sentada e posição lateral. Estas contribuem para a redução do segundo estágio do TP, para a diminuição da dor e da necessidade de analgesia, melhoram a dinâmica uterina, contribuindo assim para a diminuição das percentagens de episiotomias e redução dos partos instrumentados (FAME & APEO, 2009). No primeiro e segundo estádios do TP, as parturientes foram incentivadas a adotar as posições nas quais se sentiam mais confortáveis e foi promovida a deambulação sempre que reunissem condições (NICE, 2014). No período expulsivo a maioria das parturientes adotou a posição de semi-sentada, por sentirem maior controlo e mais eficácia nos esforços expulsivos.

Ao longo do Estágio de Natureza Profissional, o maior dos desafios e o que maior expectativa criei foi a realização do parto eutócico. De facto, com o decorrer do Estágio de Natureza Profissional tomamos consciência de que tão ou mais importante que o período expulsivo propriamente dito, é todo o acompanhamento prestado à mulher/casal ao longo do TP, contudo, enquanto aluna EEESMO, o momento do parto era sempre o mais esperado e ansiado.

Durante o Estágio de Natureza Profissional tive a oportunidade de realizar 43 partos eutócicos. Ocorreram 18 circulares cervicais do cordão (6 destas apertadas). Colaborei, ainda, em 10 partos distócicos, sendo que, para além do apoio à parturiente e colaboração com o obstetra, prestei cuidados imediatos aos RN em colaboração com os pediatras.

Os sinais sugestivos de dilatação completa, tais como refere Bobak *et al* (1999), presença súbita de suor no lábio superior, o aumento da emissão de muco vaginal, o tremor das extremidades, o aumento da ansiedade/inquietude, o aumento das queixas, a necessidade de realizar esforços expulsivos, a referência à sensação de pressão pélvica, nem sempre são tão evidentes, tornando-se um desafio identificá-los e posteriormente confirmar através do toque vaginal.

Um dos grandes ensinamentos que adquiri ao longo do Estágio de Natureza Profissional foi que, apesar de a parturiente apresentar dilatação completa, isto nem

sempre é significado de parto eminente. Pelo que se mostrou fundamental o estar presente, acompanhar e orientar a mulher na fase passiva do segundo estágio do TP. Existindo contratilidade uterina regular, esforços expulsivos maternos adequados e bem-estar materno e fetal, a duração máxima deste período deve ser de 2 horas na nulípara e de 1 hora na múltipara. Porém, com analgesia epidural em curso, estes máximos devem ser acrescidos de 1 hora (i.e., Norma 001/2015 de 19 de janeiro de 2015 da DGS). Incentivei-as sempre a adotar posições promotoras da mobilidade da bacia, de forma a facilitar a descida da apresentação fetal, encurtando, assim, a duração deste período. Nesta fase, foi também importante encorajar e apoiar a parturiente/casal a recorrer às técnicas de respiração e relaxamento entre as contrações uterinas. Quando necessário fui também orientando a mulher relativamente aos esforços expulsivos. Para Barradas *et al* (2015), os esforços expulsivos orientados estão desaconselhados exceto quando a parturiente está sob analgesia epidural, o que ocorreu na grande maioria das vezes.

Após tomada a decisão de levar a mulher para a marquesa ginecológica (no HESE EPE), ou montar a cama (no CHBM, EPE), enquanto a parturiente realizava esforços expulsivos preparava a mesa com o material necessário e procedia à limpeza perineal, cruzando os conhecimentos adquiridos na prática simulada com as normas em vigor no serviço em questão, mantendo a comunicação com a parturiente/casal, incentivava-as a realizarem esforços expulsivos espontâneos. Inicialmente uma das dificuldades sentidas nesta fase foi o conseguir descentralizar-me do períneo, pois estava bastante focada na realização da técnica em si. Com o decorrer do Estágio de Natureza Profissional fui desenvolvendo a capacidade de estar atenta ao parto num todo, realizando a técnica corretamente, mas, também, mantendo a comunicação e identificando precocemente as situações que iam para lá das minhas competências. Para tal foi fundamental o apoio das orientadoras clínicas e da sua vasta experiência.

Com o coroamento do polo cefálico fetal, realizava proteção do períneo pela técnica Hans on, que consiste em exercer pressão com uma mão sobre o períneo e com a outra mão segurar a cabeça fetal, para que esta se exteriorize suavemente (APEO, 2009). A proteção manual do períneo reduz o risco de lacerações, sendo fundamental uma adequada comunicação entre o EEESMO e a parturiente a fim de incentivar ao esforço mais moderado neste momento. Assim o EEESMO com uma mão diminui a velocidade da apresentação cefálica, enquanto que, com a outra suporta o períneo com firmeza em redor do introito vaginal, com o primeiro e segundo dedos (Leenskjold, Høj & Pirhonen,

2015). Este é também o momento de decisão entre realizar ou não episiotomia, sendo que esta é uma prática desaconselhada, que consiste numa incisão no períneo com o objetivo de aumentar o canal de parto e evitar outros traumas perineais (Lowdermilk et al, 2002). Contudo, estudos recentes revelam que não existe evidência que corrobore a necessidade de realizar episiotomia em nenhuma situação (WHO, 2018).

Após a exteriorização da cabeça fetal procedia à pesquisa de circular cervical do cordão e na sua presença tentava implementar intervenções para a sua resolução. Por exemplo, a manobra de Somersault permite a resolução da circular cervical apertada mantendo a integridade do cordão, possibilitando ao RN usufruir dos benefícios da clampagem tardia do cordão (Barradas *et al*, 2015). Contudo, durante o Estágio de Natureza Profissional reconheço que não a consegui colocar em prática dada a minha insegurança. Assim, na presença de uma cervical, procedia à sua redução, quando possível, passando o cordão através da cabeça do RN ou, na sua impossibilidade, procedia à clampagem e secção do cordão, tal como menciona Barradas *et al* (2015). Segue-se a extração dos ombros fetais. Com uma ligeira tração da cabeça fetal procedendi ao desencravamento do ombro anterior, seguida do ombro posterior. Foi fundamental também aqui o apoio das orientadoras clínicas, a fim de identificar precocemente os sinais de distócia de ombros, o que durante o Estágio de Natureza Profissional não se verificou.

Com a extração dos ombros procedia à limpeza de secreções do RN e após a exteriorização deste, colocava-o sobre o abdómen ou peito da mulher, a fim de proporcionar o contacto pele a pele. Para a OMS (2009), os benefícios para o RN do contacto pele a pele são significativos, designadamente, porque permite uma melhor adaptação do RN ao ambiente extrauterino, facilitando os mecanismos fisiológicos, mantém a estabilidade térmica deste, facilita a adaptação metabólica e a estabilização das glicémias, reduz o stress do RN e o seu choro, permite a colonização do intestino do RN com bactérias da flora comensal materna, facilita o vínculo afetivo entre a mãe e o RN e promove, ainda, a amamentação precoce, pois permite ao RN realizar a busca da mama e pega espontânea, pelo que é uma medida a ser promovida nos diversos locais de nascimento. Assim, quando foi necessária alguma intervenção ao RN esta foi realizada, preferencialmente, em contacto pele a pele com a mãe, ou, na sua impossibilidade, foi prestada na mesa de reanimação após a qual o RN regressou ao contacto pele a pele.

Segundo Fatia e Tinoco (2016), a clampagem do cordão umbilical deverá ser prolongada pelo menos até aos três minutos, pois enquanto houver pulsação no cordão

mantém-se o fluxo de sangue para o feto, o que permite reduzir a carência de ferro. Como tal, foi promovida a clampagem tardia do cordão, até deixar de pulsar, ou pelo menos três minutos. Foi também, sempre que possível e o casal assim o desejou, dada a possibilidade de ser o pai ou a mãe a realizar a secção do cordão, de forma a envolvê-los de forma ativa em todo o processo.

Após a secção do cordão, assumi uma conduta ativa no terceiro estágio do TP, a dequitação, identificando os sinais e o mecanismo de descolamento de placenta. Segundo a OMS, a gestão ativa da terceira fase do TP consiste numa atitude profilática que engloba procedimentos tais como, administração de uterotónico, a tração controlada do cordão e a massagem no fundo uterino (WHO, 2012). Esta conduta ativa permite menor índice de hemorragias pós-parto, menor perda de sangue e consequentemente a redução da necessidade de transfusões sanguíneas (APEO, 2009). Após a dequitação, procedia à avaliação do tônus uterino, da integridade da placenta e membranas e observava o cordão umbilical a fim de detetar desvios da normalidade. Confirmava a administração de ocitocina como medida para prevenir a atonia uterina, tal como sugere Barradas *et al* (2015) e, seguidamente, revia o canal de parto identificando lacerações e procedendo à sua reparação, ou, no caso de ter realizado episiotomia procedia à sua episiorrafia. Segundo o mesmo autor, o EEESMO “deve ter competência para proceder à reparação do períneo por forma a melhorar a condição pós-parto da mulher e prevenir problemas físicos, psicológicos, sexuais, sociais e de cuidados ao bebé”. Para tal foi muito importante os ensinamentos prestados pelas orientadoras clínicas, pois, no início do EC, a perineorrafia foi uma das intervenções na qual tive mais dificuldades, por não apresentar destreza técnica para a realizar de forma autónoma, pelo que, necessitei de bastante apoio. Foi também um dos aspetos onde mais foi visível e notório o meu desenvolvimento e aquisição de competências, realizando-a de forma autónoma no final do Estágio de Natureza Profissional.

No decorrer do estágio, realicei 12 episiotomias, identifiquei 16 lacerações, sendo que destas 7 foram de grau I, 8 de grau II e 1 laceração de grau IV (esta suturada pelo obstetra, uma vez que atingiu o esfíncter anal), sendo que 15 parturientes tiveram períneo íntegro. Embora, a OMS (1996) recomende apenas 10% de episiotomias, esta não foi uma intervenção realizada por rotina, mas sim seletiva, tendo sido considerada em situações de sofrimento fetal e em situações de lesão eminente de laceração perineal grave, por rigidez perineal observando-se uma taxa de episiotomias inferior a 30% nos partos em

que participei, sendo um valor admissível para Borges, Serrano e Pereira (2003), como menciona Barradas e Salgueiro (2013). Também a APEO (2009) recomenda o seu uso limitado a situações de perda de bem-estar fetal, parto vaginal complicado e cicatrizes de mutilação dos genitais femininos ou de lacerações anteriores de terceiro/quarto grau mal cicatrizadas. As episiotomias realizadas foram médio-laterais evitando a sua extensão ao esfíncter anal (Bobak *et al*, 1999). Nas reparações perineais realizei a sutura contínua na mucosa vaginal, pontos simples no músculo e Donatti na pele, contudo tive a oportunidade de observar e realizar diversos tipos de sutura, efetuado pelos diferentes EEESMO. Após verificação da integridade do períneo, seguia-se a sua limpeza, aproveitando este momento para realizar alguns ensinamentos, nomeadamente relativos aos cuidados a ter com a higiene perineal e a importância da amamentação na primeira hora de vida.

De seguida era realizada a transferência da puérpera/casal e do RN para a sala de puerpério imediato, não antes sem avaliar os sinais vitais da mulher. Procedia depois aos registos no processo clínico da parturiente, no sistema informático, no boletim de gravida e no partograma (este último apenas no CHBM).

Este objetivo revelou-se de fato ser o mais complexo e desafiante enquanto EEESMO devido ao seu elevado grau de exigência. Considero, contudo, que foi atingido com sucesso, pois adquiri competência técnica, científica e relacional para a prestação de cuidados à parturiente. Durante os cuidados prestados tive sempre presente o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica, sabendo que o EEESMO tem o dever de conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e acompanhante (OE, 2010).

4.2.4. Objetivo 4: Cuidar da mulher/casal no período pós-natal

O período pós-parto, ou puerpério, consiste no intervalo entre o nascimento da criança e o retorno dos órgãos reprodutivos da mulher ao estado pré-gravídico. Este período tem a duração de 6 semanas, contudo, é variável, dependendo de cada mulher (Alden, 2014). O puerpério pode ser dividido em três períodos: o puerpério imediato que compreende as primeiras duas horas após o parto, o puerpério precoce que vai até ao final da primeira semana e por fim, o puerpério tardio que vai até ao final da sexta semana (Barradas, et al., 2015).

Durante o EC foi prestei cuidados a 120 puérperas e seus RN no período de puerpério, tendo sempre presente que os EEESMO “possuem conhecimentos acerca da anatomia e fisiologia da mulher, das alterações emocionais vivenciadas, da fase de recuperação, das características físicas e comportamentais do recém-nascido e assim sabem identificar quais os cuidados mais adequados a cada situação” (Ferreira, 2016).

Nesta fase, os cuidados de enfermagem centram-se na avaliação e no apoio à adaptação fisiológica e emocional da mulher após o parto. Numa fase precoce do puerpério, importou prevenir e detetar atempadamente possíveis complicações, ensinar sobre o autocuidado, bem como sobre os primeiros cuidados ao recém-nascido.

A puérpera e o RN permaneciam duas horas no bloco de partos, na sala de puerpério imediato, onde se prestei cuidados á díade/tríade. Logo á chegada adaptava o RN à mama, promovendo assim o aleitamento materno na primeira hora de vida, sendo este o momento ideal para realizar ensinios sobre os seus benefícios, nomeadamente, a estimulação de ocitocina natural favorecendo a contratilidade uterina, o favorecimento do vínculo afetivo entre mãe/filho e na maior facilidade do estabelecimento de uma amamentação eficaz, pelo facto de o RN estar mais desperto para a amamentação neste período (OMS, 2009). Incentivei também o contacto pele a pele durante este período, tendo presente que a perda de calor do RN é uma preocupação dos pais, sabe-se que este estímulo sensorial promove a libertação de ocitocina materna, que induz um aumento da temperatura do tórax materno e é responsável pela ejeção de leite materno, sendo importante também para a amamentação (APEO, 2009).

Relativamente a complicações que podem surgir neste período, a hemorragia pós-parto é das principais causas de morbimortalidade materno-fetal, sendo a atonia uterina a sua principal causa (Periard, et al., 2011). Assim, nestas duas primeiras horas pós-parto, fiquei atenta aos sinais vitais, bem como à colocação da pele e mucosas, por constituírem importantes indicadores relativamente à perda sanguínea. A avaliação do Globo de segurança de Pinard foi realizada e foram observados os lóquios, a fim de despistar hemorragia (OE, 2015). Outras causas de hemorragia no pós-parto imediato, pode ser devido a hematomas vaginais ou lacerações não reparadas da vagina ou colo do útero (Alden, 2014).

É de extrema importância a vigilância e estimulação da eliminação vesical, uma vez que existe um aumento da diurese, que pode levar à distensão da bexiga o que pode provocar hemorragia (Néné, Marques, & Batista, 2016). É comum neste período as

puérperas apresentarem dificuldades em urinar, devido a traumatismo causado durante o parto e aos possíveis efeitos da anestesia, pelo que, quando demonstrada esta incapacidade, foi realizado esvaziamento urinário, ou até mesmo algaliação.

Terminado o puerpério imediato, as puérperas e o RN são transferidos para o serviço de puerpério, sendo que no HESE EPE, este se situa no mesmo piso, no CHBM, EPE, enquanto o BP se situa no rés-do-chão, o Serviço de puerpério situa-se no 5º piso.

A deambulação precoce foi promovida sempre que possível, na medida em que diminui o risco de complicações tromboembólicas e melhora o trânsito intestinal (Centeno, 2010). O primeiro levante foi executado quando se encontravam reunidas as condições necessárias para o fazer em segurança, sendo que, no HESE EPE o que está preconizado é, no caso do parto vaginal, o primeiro levante é realizado cerca de 4 a 6 horas após o parto e no caso de cesariana, este decorre após as primeiras 8 a 12 horas. Já no CHBM, EPE, sempre que o estado hemodinâmico das puérperas o permitia, o levante era, regra geral mais precoce.

No caso de puérperas submetidas a cesariana, procedeu-se à monitorização do penso cirúrgico, sendo desalgaliadas aquando do primeiro levante e mantidas sob soroterapia até apresentarem micção espontânea. Foram realizados os ensinamentos pós-cirúrgicos, a fim de prevenir complicações pós-operatórias. Outro aspeto fundamental na prestação de cuidados a puérperas, é a observação dos lóquios que ao longo do tempo podem assumir características diferentes, sendo que numa fase inicial, os lóquios hemáticos, se caracterizam pela sua cor vermelha evoluindo para lóquios sero-hemáticos, ao final de quatro/cinco dias após o parto, compostos por sangue envelhecido, soro, leucócitos e restos tecidulares, e por fim, os lóquios serosos, a partir do decimo dia após o parto, tornando-se mais amarelados e com aspeto de muco, podendo estender-se entre duas a seis semanas (Néné, Marques, & Batista, 2016). É fundamental instruir a mulher sobre estas alterações, a fim de as capacitar para facilmente detetarem desvios à normalidade.

Não só a puérpera é alvo de cuidados durante o período do puerpério, mas também o RN assume destaque na prestação de cuidados. Assim, durante o EC tive oportunidade de participar e partos distócicos, recebendo o RN e prestando-lhe os primeiros cuidados de adaptação à vida extrauterina. Procedi, assim, à avaliação geral do RN, nomeadamente a observação da pele e mucosas, os reflexos presentes e a eliminação, avalei o índice de apgar (frequência cardíaca, esforço respiratório, tónus muscular, resposta a estímulos e

colocação da pele). Realizei também profilaxia hemorrágica no RN através da administração de vitamina K. Já na enfermaria do puerpério, os ensinamentos sobre a mudança da fralda, o banho, os cuidados a ter com o coto umbilical, o aleitamento materno, o alívio das cólicas, o vestuário adequado, são aspectos abordados para otimizar a atuação da puérpera/casal neste processo de transição que vivencia. Neste sentido, o EEESMO, pela relação que estabelece com a puérpera, tem um papel fundamental na transmissão de informação, atuando de acordo com o regulamento que orienta o exercício do EEESMO da OE (2010, p. 6) que refere que este “informa, orienta e apoia a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho”. Realizei a vacinação Anti-VHB quando da alta do RN e relativamente à promoção da saúde infantil no pós-alta, frisei a importância da realização do rastreio das doenças metabólicas dentro do prazo estipulado, bem como a importância de cumprir o plano nacional de vacinação, a consulta infantil e controle de peso semanalmente. Abordei também temas sobre a segurança do RN e a prevenção de acidentes.

Talvez o maior desafio no puerpério seja a amamentação. No decorrer do Estágio de Natureza Profissional a grande maioria das puérperas optou por amamentar o seu filho. São cada vez mais divulgados os benefícios do aleitamento materno, quer para a mãe, quer para o RN. Contudo, trata-se de um processo complexo que apesar de natural, exige o desenvolvimento de competências e acompanhamento profissional desde o início. Sendo esta a temática que me propus estudar no presente relatório, a amamentação foi um dos focos de enfermagem sobre os quais mais investi e dediquei a minha atenção a fim de me tornar um elemento facilitador deste processo, junto das puérperas que acompanhei.

O abandono precoce da amamentação relaciona-se muitas vezes com a introdução de outros alimentos na dieta do RN que está em aleitamento materno exclusivo, nomeadamente os leites de fórmula. Trata-se de um fenómeno complexo e que é fortemente influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Muitas das causas relatadas para o abandono da amamentação é a dor, o baixo suprimento de leite e problemas com a pega do recém-nascido e incapacidade deste se adaptar à mama (Stuebe et al., 2014). Neste sentido, foi realizada uma avaliação e gestão de problemas relacionados com a amamentação, de forma a providenciar um apoio ao casal para alcançar o sucesso da mesma.

Em contexto de estágio, verificou-se que, no geral, existia unanimidade entre os profissionais de saúde relativamente às informações transmitidas às mulheres/casais, no âmbito da amamentação. Nomeadamente no CHBM, EPE por ser um hospital acreditado como Hospital Amigo dos Bebés, todos os profissionais estavam bem treinados e sensibilizados para esta temática, prestando cuidados de excelência ao nível do apoio e incentivo do aleitamento materno. No decorrer do Estágio de Natureza Profissional nesta instituição tive oportunidade de assistir à Consulta do Puerpério, a qual é realizada por um EEESMO, 48h após a alta hospitalar e tem como finalidade melhorar a rede de apoio da puérpera/casal no pós-parto, aumentando a taxa de manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida. Revelou-se ser também um momento ótimo para o despiste de algumas complicações tardias quer da puérpera quer do RN, realizando-se o seu correto e atempado encaminhamento.

Também a nível dos cuidados de saúde primários, na USF Alcaides, a consulta de puerpério se revelou um momento de grandes aprendizagens enquanto EEESMO, pois realizei o acompanhamento a puérperas com 5/6 dias de pós-parto, tendo oportunidade de verificar quais as dificuldades e problemáticas vividas neste período. Destaco as situações de ingurgitamento mamário, realidade esta que é cada vez mais rara de encontrar em contexto hospitalar devido às altas hospitalares cada vez mais precoces. Como tal é fundamental os cuidados prestados pelos EEESMOS ao nível dos cuidados de saúde primários, que conseqüentemente tem que estar mais despertos a agir em situações agudas.

Por fim, há que referir que o local onde se realizou o estágio de puerpério, Serviço de Obstetrícia do HESE EPE, é o local onde exerço funções como enfermeira generalista, o que me confrontou com uma reflexão constante diante da minha prática diária a par das competências de especialista.

Ao longo do Estágio de Natureza Profissional identifiquei alterações do estado de saúde da puérpera e RN, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação, nomeadamente em contextos sociais e psicológicas.

4.2.5. Objetivo 5: Cuidar da mulher/casal no período pós-concepcional

Os cuidados à mulher em situação de saúde/doença ginecológica inserida na família e comunidade foram realizados em contexto de cuidados de saúde primários. Nas consultas de enfermagem na USF alcaides, foram identificadas áreas de atenção

relevantes para a enfermagem, no que respeita ao atendimento à mulher não grávida e também à mulher em processo de transição à menopausa. Embora a fertilidade diminua significativamente até à menopausa, enquanto houver ovulação o risco de gravidez existe, pelo que é fundamental o aconselhamento contraceutivo nestas mulheres/casais (Consenso sobre Contraceção, 2011).

Estas consultas para além de serem um momento privilegiado para a promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher/casal, foram também uma oportunidade de dar ênfase à saúde ginecológica da mulher. Assim, tive oportunidade de realizar para além do exame físico, exame pélvico (observação externa da vulva, visualização da vagina e colo do útero), exame citopatológico do colo do útero e ensinamentos sobre o autoexame da mama.

Foi realizado acompanhamento de algumas mulheres na fase de climatério, sendo este um período em que a função dos ovários diminui de forma gradual até cessar completamente – menopausa. Este não ocorre de forma súbita, pois sendo um processo fisiológico, acarreta mudanças que duram anos, caracterizando-se pelo fim da fase reprodutora da mulher (BRASIL, 2008).

Segundo a OMS, o climatério corresponde ao período de vida da mulher compreendido entre o final da fase reprodutora até a senilidade. Em geral, varia dos 40 aos 65 anos. Nesse período ocorre a menopausa definida como a interrupção permanente da menstruação e reconhecida após 12 meses consecutivos de amenorreia. A promoção de estilos de vida saudáveis é mais uma vez um foco de enfermagem a desenvolver no cuidar da mulher/casal no período pós-concepcional. Estudos mostram que modificações alimentares e a prática de exercício físico funcionam como forma de amenizar os sinais e sintomas percebidos neste período (BRASIL, 2008).

A sexualidade é frequentemente apontada tanto por homens como por mulheres como uma das preocupações no processo de envelhecimento, sendo por isso, um dos focos de atuação dos cuidados de enfermagem durante o período de climatério de forma a promover e educar para a saúde, contribuindo para a promoção da saúde e do bem-estar feminino (Lucena et al, 2014).

4.2.6. Objetivo 6: Identificar a relação entre a vivência do trabalho de parto e o estabelecimento da amamentação

No que respeita às competências adquiridas na temática em estudo, o estabelecimento da amamentação, nomeadamente na vivência do TP e a sua influência

no processo de amamentar, esta foi aprofundada, de modo a desenvolver competências especializadas na área da Obstetrícia, utilizando a investigação como metodologia, refletindo sobre a evidência científica e transpondo-a para a minha prática enquanto futura EEESMO.

A aplicação do instrumento de recolha de dados às puérperas que preenchiam os critérios de inclusão no estudo: a) compreender a língua portuguesa falado e escrita; b) puérpera em situação de gravidez de feto único e c) dados recolhidos cerca das 24-72h pós-parto no hospital, foi uma etapa fundamental para a realização do estudo, sendo que todas as puérperas se mostraram interessadas e motivadas em participar.

Foi também importante demonstrar-me sempre disponível para esclarecer alguma dúvida que pudesse surgir no preenchimento do instrumento de recolha de dados, sendo este também um momento oportuno para realizar algumas sessões informativas informais às puérperas/casais. O suporte informativo proporcionado pelos profissionais de saúde até às 48 horas tem efeito na diminuição das dificuldades com a amamentação (Galvão, 2006).

Fazendo referência ao modelo de Callista Roy, o processo de amamentar ativa os dois mecanismos de coping do modelo adaptativo: o regulador, trazendo como resposta a lactogénese (produção de leite) e, o cognoscente, que ativa na mãe o processamento de informações sobre a amamentação; o julgamento de amamentar ou não, e a emoção diante deste momento pode desencadear respostas adaptativas, como a aceitação e o prazer em amamentar, ou, pelo contrário, respostas ineficazes, que interrompem, ou dificultam processo de amamentar.

Como tal, foi perceptível durante a realização do estágio que, o papel do EEESMO relativamente ao AM vai muito para além de explicar procedimentos ou intervenções técnicas, devendo ser um cuidado holístico da mulher/casal, tentando apreender todos os fatores que interferem com o estabelecimento da amamentação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O término da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional proporcionou o desenvolvimento de competências no cuidar em enfermagem especializada em saúde materna e obstétrica a: grávidas com patologia, parturientes, puérperas, recém-nascidos, mulheres em processo de abortamento e mulheres com patologia ginecológica. Ao longo deste percurso tive oportunidade de experienciar momentos muito compensadores e alguns menos bons também. Contudo, todos eles mereceram a minha reflexão à luz da evidência científica, de forma a promover o desenvolvimento das minhas competências profissionais e pessoais.

A formação é um processo que se constrói através de um trabalho de reflexão sobre as práticas e uma permanente construção da identidade pessoal (Botelho, 1993). Neste sentido pretendeu-se com a elaboração deste relatório o crescimento e o desenvolvimento não só profissional, mas também, inevitavelmente, o crescimento pessoal. Meleis et al., (2010) aborda as diversas transições que os enfermeiros vivem no seu processo de formação, quer a nível educacional quer a nível profissional, como é o caso da transição de enfermeiro de cuidados gerais a enfermeiro especialista, sendo para tal necessária a definição de novos papéis e aquisição de novas competências.

Ao longo do estágio desenvolvi então competências comuns do enfermeiro especialista e específicas de EEESMO, tal como relatado anteriormente no processo de aquisição de competências, que permitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher no decurso do ciclo vital. Para tal, foi necessária uma constante interação da prática e dos conhecimentos teóricos. De salientar, a importância do papel das enfermeiras supervisoras e da professora orientadora, quer na supervisão, quer como agentes esclarecedores de dúvidas, acompanhamento, demonstração prática e suporte neste processo de transição de aprendizagem.

A prática baseada na evidência assumiu particular destaque neste percurso, com o intuito de melhorar cada vez mais, tanto a qualidade dos cuidados prestados, como a análise crítico-reflexiva acerca das práticas em contexto clínico. O pensamento crítico constitui uma importante ferramenta do processo de tomada de decisão e, por essa razão deve acompanhar, em todos os momentos, a prática. Como tal houve uma busca constante em encontrar as melhores e mais atuais evidências para sustentar a prática.

A influência da Teoria de Callista Roy como referência na prática de cuidados e na elaboração do presente relatório permitiu reconhecer que as pessoas, mediante estímulos, podem desencadear respostas, positivas ou negativas, em situações de stress. Este que está muitas vezes presente no trabalho de parto, conforme se concluiu aquando da realização da revisão da literatura, sendo o stress apontado em vários estudos como prejudicial no decorrer do TP e conseqüentemente fator inibidor do aleitamento materno, (Dimitraki et al, 2015).

A realização de um estudo baseado na metodologia de investigação, sobre a temática da amamentação, relacionando-a diretamente com o TP e o parto e com todos os intervenientes deste processo, permitiu-me consolidar conceitos, refletindo sobre esta dinâmica. Com este trabalho pretendeu-se sensibilizar os EEESMO para o papel fundamental que desempenham no estabelecimento e sucesso do aleitamento materno, ao longo de toda a prestação de cuidados à grávida/casal, sendo que todas as suas intervenções se podem repercutir no processo de amamentar. Os profissionais de saúde são os principais responsáveis pela promoção do aleitamento materno e pela sua manutenção, uma vez que são estes que dão apoio e informação durante a gestação e no período de puerpério, assim, como no regresso a casa, (Henriques e Martins, 2011)

Segundo o livro de bolso do ESMO, da OE, o EEESMO é o profissional de referência, e o mais especializado em atendimento ao parto natural mostrando a evidência científica que uma maior satisfação da mulher com a sua experiência de parto está associada ao parto natural e, sobretudo, ao tipo de assistência que lhe é prestada.

O estudo demonstrou haver diferença estatisticamente significativa entre o tipo de parto e o nível de confiança da puérpera em amamentar, verificando-se que, mulheres que tiveram partos eutócicos, apresentaram níveis mais elevados de confiança no estabelecimento da amamentação, o que vai de encontro à literatura consultada. O mesmo se verificou em relação ao momento em que tomaram decisão de amamentar, sendo que, as mulheres que decidiram amamentar durante a gravidez apresentaram níveis mais elevados de confiança. Também as mulheres que tiveram um acompanhante durante o TP e que o parto foi realizado por EEESMO, apresentam diferenças estatisticamente significativas numa autoconfiança em amamentar.

Há que referir as limitações do estudo, nomeadamente no que diz respeito à dimensão da amostra, ao facto de ser um estudo retrospectivo e do instrumento ser aplicado durante as primeiras 24 a 72 após o parto, podendo algumas alterações físicas,

psicológicas, emocionais e sociais, não isoladas no estudo, influenciar no momento do preenchimento do questionário.

Os resultados obtidos podem e devem ser disponibilizados à grávida/puérpera/casal, de forma a capacitá-la com ferramentas que a conduzam a uma tomada de decisão consciente e esclarecida sobre a forma como querem vivenciar o seu TP e posteriormente o processo de amamentação.

Sendo que os EEESMOS são os profissionais de excelência para apoiarem a mulher/casal no processo de amamentação, é importante a sensibilização destes para esta temática.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA. (2010). *American Psychological Association*. Obtido de APA Style. Publication Manual: <http://www.apastyle.org/index.aspx>
- Alden, K. (2013). Transição para a parentalidade. In Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, K., & Alden, K. *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica*. 503- 52
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras. (2009). *Iniciativa Parto Normal*. Documento de consenso. Loures: Lusociência.
- Aveiro, C., & Velosa, T., (2015). A Dor em Obstetrícia. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetricia_Madeira.pdf
- Bai, D., Wu, K., & Tarrant, M. (2013) Association between Intrapartum Interventions and Breastfeeding Duration. *American College of Nurse-Midwives*. 58, (1), 25-32. Doi: 10.1111/j.1542-2011.2012.00254.x
- Barradas, A. & Salgueiro, E.; (2013). Episiotomia: realização seletiva ou rotineira – Indicador de evidência. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica -Ordem dos Enfermeiros. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Barradas, A., Torgal A. L., Gaudêncio, A. P., Prates, A., Madruga, C., & Clara, E. (2015). Livro de bolso – enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia/parteiras. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf.
- Beleza, A., Ferreira, J., Sousa, L., & Nakano, A. (2012). Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Revista Brasileira Enfermagem*, 65(2), 264-268. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a10.pdf>

- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na maternidade* (4a ed.). Loures: Lusociência
- Borges, B., Serrano, F., & Pereira, E. (2003). Episiotomia - Uso Generalizado Versus Seletivo. *Acta Médica Portuguesa*. 16, (1), 447-454
- Bourdillon, K., McCausland, T., & Jones, S. (2020). The impact of birth-related injury and pain on breastfeeding outcomes. *British Journal of Midwifery*. 28, (1), 52-61. Doi: <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.1.52>
- Bricker, L., & Luckas, M., (2000). Amniotomy alone for induction of Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD002862/PREG_amniotomy-alone-for-induction-of-labour
- Cadwell, K., & Brimdyr, K. (2017). Intrapartum Administration of Synthetic Oxytocin and Downstream Effects on Breastfeeding: Elucidating Physiologic Pathways. *Ann Nurs Res Pract*. 2, (3), 2-8. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/322211922>
- Casás, S., Alonso, M., Rochela, E., Varela, L., Lluva, N., Nieves, Martínez, I., Insua, M., Cabeleiro, M., González, M. & Reglero, C. (2019). Influencia de las intervenciones realizadas durante el parto en la duración de la lactancia materna. *Matronas Prof*. 20, (3), 96-104. Disponível em: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/10/96-ORIGINAL-INFLUENCIA INTERVENCIONES.pdf>
- Cardoso, A. (2011). Tornar-se Mãe, Tornar-se Pai – Estudo sobre a Avaliação das Competências Parentais. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Teste de Doutoramento. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-se%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20competências%20parentais.pdf
- Chen, C., Yan, Y., Gao, X., Xiang, S., He, Q., Zeng, G., Liu, S., Sha, T., & Li, L. (2018) Effects of Cesarean Delivery on Breastfeeding Practices and Duration: A Prospective Cohort Study. *Journal of Human Lactation*. 1-9. Doi: 10.1177/089033441771434
- Centeno, M., (2010). Puerpério e lactação. In: GRAÇA, Luís M. Medicina Materno-Fetal. 4a Edição. Lisboa: Lidel, Capítulo 34.
- Cook, A., Gilbert, R., Buffolano, W., Zufferey, J., Petersen, E., Jennum, P., Foulon, W., Semprini, A., & Dunn, D. (2000). Sources of toxoplasma infection in pregnant

- women: European multicentre case-control study. *BMJ*. 321, (7254), 142-147. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27431/>.
- Couto, G. (2003). Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural – Lusociência: Loures.
- Dewey, K. (2001). Maternal and Fetal Stress Are Associated with Impaired Lactogenesis in Humans. *Symposium: Human Lactogenesis II: Mechanisms, Determinants and Consequences*. Doi: <https://doi.org/10.1093/jn/131.11.3012s>
- Dimitraki, M., Tsikouras, P., Manav, B., Gioka, T., Koutlaki, N., Zervoudis, S., & Galazios, G. (2016) Evaluation of the effect of natural and emotional stress of labor on lactation and breast-feeding. *Arch Gynecol Obstet* 293, 317–328. Doi:<https://doi.org/10.1007/s00404-015-3783-1>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Orientação número: 001/2015. Trabalho de parto estacionário*. Disponível em: https://www.google.pt/search?q=dgs+2015+trabalho+de+parto+estacionario&ie=utf8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=wmZqV-y2Ksu0eryTm_gP
- Direção Geral da Saúde. (2015a). *Orientação número: 002/2015. Indução do trabalho de parto*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da...e.../orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>
- Downe, S., Gyte, G., Dahlen, H., & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 15, (7). Doi: 10.1002/14651858.CD010088.pub2. PMID: 23857468.
- Dozier, A., Howard, C., Brownell, E., Wissler, R., Glantz, J., Ternullo, S., Morrison, K., Childs, C., & Lawrence, R. (2012) Labor Epidural Anesthesia, Obstetric Factors and Breastfeeding Cessation. *Matern Child Health J*. Doi: 10.1007/s10995-012-1045-4
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In Néné, M.; Marques, R.; Batista, M.; (Coord). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp.308-320). Lisboa: Lidel
- Ferrão, A., & Zangão, M. (2017). Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto. *RIASE*. 3(1), 886-900. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/179
- Ferreira, A. (2016). Fisiologia do puerpério. In Néné, M.; Marques, R.; Batista, M.; (Coord). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp.438-442). Lisboa: Lidel

- Fragoso, R., & Fortes, C. (2011). Fatores associados à prática do aleitamento materno entre nutrizes de um hospital público do Distrito Federal. *J Health Sci Inst.* 29, (2), 114-8.
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Frias, A., & Franco, V. (2008). A Preparação Psicoprofilática para o Parto e o Nascimento do Bebê: Estudo Comparativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1, 47-54
- Frias, A. (2011). Preparação Psicoprofilática e a Percepção da Experiência do Nascimento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 409-416.
- Gil, A. (2008). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. (4a ed). São Paulo: Atlas.
- Galvão, D.M. (2006). Amamentação Bem-sucedida: alguns Factores Determinantes. Loures: Lusociência.
- Graça, L. (2010). *Medicina Materno Fetal*. (4aed). Lisboa: Lidel.
- Henriques, S., & Martins, R. (2011) Aleitamento Materno: O Porquê do Abandono. *Millenium*. 40, 39-51
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*, (2.a ed. rev. e corrigida). Lisboa: Edições Sílabo
- Hobbs, A., Mannion, C., McDonald, S., Brockway, M., & Tough, S. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 16, (90), 1-9. Doi: 10.1186/s12884-016-0876-1
- Hoddinot, P., Pill, R. & Chalmers, M. (2007). Health professionals, implementation and outcomes: Reflections on a complex intervention to improve breastfeeding rates in primary care. *Family practice*, 24, 84–91.
- Jonsson, M. (2015). Induction of twin pregnancy and the risk of caesarean delivery: a cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 15, (136), 1-7. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=ad5f43e3-f2f4-4df6-9482-6cecad74fb69%40sessionmgr102>.
- Karakoyunlu, O., Apay, S., & Gurol, A. (2019) The effect of pain, stress, and cortisol during labor on breastfeeding success. *Developmental Psychobiology*. Doi: 10.1002/dev.21873

- Krejcie, R., & Morgan, D. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30, (3), 607–6
- Leenskjold, S., Høj, L., & Pirhonen, J. (2015). Manual protection of the perineum reduces the risk of obstetric anal sphincter ruptures. *Danish Medical Journal*. 62(5). 1-5. Disponível em http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/danmedj.dk/dmj_forside/PAST_ISSUE/2015/DMJ_2015_05/A5075
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF & Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés: Lisboa.
- Lopes, C., Meincke, K., Maria, S., Carraro, T., Correa, M., Pieren, S., & Hech, R. (2009). Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. *Cogitare Enfermagem*. 14, (3), 484-490. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648976011.pdf>
- Lopezosa, P., Maestre, M., & Borrego, M. (2016) Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 24 Doi: 10.1590/1518-8345.0765.2744
- Lowdermilk, D., Perry, S., & Bobak, I. (2002). *O cuidado em Enfermagem Materna*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2007). *Enfermagem na Maternidade*. (7a ed). Lisboa: Lusodidacta.
- Lucena, C., Soares, M., Alves, E., Ramos, D., Moura, J., Santos, R., & Dias, M. Percepção de mulheres no climatério sobre a sua sexualidade. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 2, (1), 28-37
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (6a ed). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, M. (2014). O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 6, 1008-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670621>
- Martins, E., Marques, M., & Tomé, J. (2002) Analgesia Epidural Obstétrica. *Rev Port Clin Geral*. 18, 163-8
- Mauri, P., Contini, N., Giliberti, S., Barreta, F., Consonni, D., Negri, M., & Benedetto, I. (2015). Intrapartum Epidural Analgesia and Onset of Lactation: A Prospective

- Study in an Italian Birth Centre. *Matern Child Health J.* 19, 511-518. Doi: 10.1007/s10995-014-1532-x
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mirghani, H., Khair, H., & Ahmed, B. (2007) Leopold's maneuvers: how common is it in our daily practice? *Gynaecol. Perinatol.* 16, (2), 79-82. Disponível em: <https://hrcak.srce.hr/file/36896>.
- Monte, G., Leal, L. & Pontes, C. (2012). Avaliação do 4º passo para promoção do aleitamento materno em hospital amigo da criança. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza*, 13, (4), 861-867
- Mouta, R., Silva, T., Melo, P., Lopes, N., & Moreira, V. (2017) Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista Baiana de enfermagem*. 31, (4), 1-10. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>.
- Mozurkewich, E., Chilimigras, J., Berman, D., Perni, U., Romero, V., King, V., & Keeton, K. (2011) Methods of induction of labour: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 11, (84), 1-19. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=ad5f43e3-f2f4-4df6-9482-6cecad74fb69%40sessionmgr102>.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Oliveira, A., & Graciliano, N. (2015) Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. *Epidemiologia e Serviços da Saúde*. 24, (3), 441-451. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00441.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-8
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt

- Pagliuca, L., Rodrigues, D. & Silva, R. (2004). Modelo de Roy na Enfermagem Obstétrica: análise sob a óptica de Meleis. *Gaúcha Enfermagem*, 25 (2), 165-175.
- Patrota, A., Guerra, C., & Souza, A. (2014) Ruptura prematura das membranas antes da 35ª semana: resultados perinatais. *IMIP*. 36, (7), 296-302
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. 11,121-132
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. (3.a ed. ver.rev. e aumentada). Lisboa: Edições Sílabo, 727
- Periard, A., Rezende, B., Segund, E., Cosso, F., Lopes, J., França, M., Silva, R., Valadares, R., Lima, S., & Junior, M. (2011). Atonia Uterina e Hemorragia Pós-parto. *Rev Med Minas Gerais*. 21, 22-26
- Pierre, A., Bastos, G., Oquendo, R., & Júnior, C., (2003) Repercussões Maternas e Perinatais da Ruptura Prematura das Membranas até a 26ª Semana Gestacional. *RBGO*. 25, (2), 109-114. Doi: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n2/v25n2a06.pdf>
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. *Artmed*. (5ª ed)
- Romano, A., & Lothian J. (2008) Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 37(1)
- Roy, C. & Andrews, H. (1999). *The Roy adaptation model* (2ª ed.). Appleton & Lange: Connecticut.
- Sá-Chaves, I. (2011). Formação, conhecimento e supervisão: Contributos nas áreas de formação de professores e de outros profissionais. Estudos temáticos 1, Universidade de Aveiro.
- Shahshahan, Z., Mehrabian, F., & Mashoori, S. (2014). Effect of the presence of support person and routine intervention for women during childbirth in Isfahan, Iran: A randomized controlled trial. *Adv Biomed Res*. 31, (3), 155. Doi: 10.4103/2277-9175.137865. PMID: 25221758; PMCID: PMC4162082
- Salehi, A., Fahami, F., & Beigi, M. (2016). The effect of presence of trained husbands beside their wives during childbirth on women's anxiety. *Iranian J Nursing Midwifery Res*. 21, 611-5. Doi: 10.4103/1735-9066.197672

- Santos, V., & Bácia, S. (2009). Contributo para a adaptação transcultural e validação da «Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form» – versão portuguesa. *Rev Port Clin Geral*. 25, 363-369. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10633/10369>
- Santos, E., Varela, J., & Varela, V. (2013). Promover e aplicar medidas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto – Indicador de evidência. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica -Ordem dos Enfermeiros. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidad/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Souza, A., Alexandre, N., & Guirardello, E. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Secretaria de Vigilância em Saúde: Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 26, (3), 649-659. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00649.pdf>
- Stuebe, A., Horton, B., Chetwynd, E., Watkins, S., Grewen, K., & Brody, S. (2014). Prevalence and risk factors for early, undesired weaning attributed to lactation dysfunction. *J Womens Health (Larchmt)*. 23, 404–412. Doi: <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4506>
- Tokat, M., Serçekus, P., Yenal, K., & Okumus, H. (2015). Early Postpartum Breast-Feeding Outcomes and Breast-Feeding Self-Efficacy in Turkish Mothers Undergoing Vaginal Birth or Cesarean Birth With Different Types of Anesthesia. *International Journal of Nursing Knowledge*. 26, (2), 73-79. Doi:10.1111/2047-3095.12037
- Vellay, P. (1998). A vida sexual da mulher: o método psicoprofilático do parto sem dor. (8aed). Lisboa: Editorial Estampa.
- Vieira, F., Costa, E., Sousa, G., Oliveira, T., & Neiva, M. (2019). Influência do Parto Sobre o Desmame no Puerpério. *Rev Fund Care Online*. 11, 425-431. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.425-431>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Wojnar, D., Kristen, M. (2014). Theory of Caring. In Alligood M. (Ed.). *Nursing Theorists and Their Work*. 8, 688-696.

World Health Organization. (1996). *Care on normal Birth: practical guide*. Geneva: WHO. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

World Health Organization. (2017). *Sexual health*. Geneva: WHO. Disponível em https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/en/

World Health Organization. (2019). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=B20FF0635300EFB06541D88B8C888995?sequence=1>

ANEXOS

Anexo 1 - Autorização das Excelentíssimas Senhoras Vanessa Santos e Sónia Bárca, para utilização da versão Portuguesa da “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form”(BSES-SF)

The image shows a screenshot of an email client window. The top window is an email from Ana Margarida Ferreira to nexasantos@gmail.com, dated 28 de novembro de 2019, 12:36. The subject is 'Pedido de permissão para utilização da Escala'. The body of the email is in Portuguese and discusses a request for permission to use a translated version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) for a research project. The sender, Ana Margarida Caldeira Salas Ferreira, is a nursing student at the University of Évora. She mentions her supervisor, Professor Otilia Zangão, and the project's focus on breastfeeding establishment. She expresses gratitude and offers to provide further clarification if needed. Her contact information is provided at the bottom.

28 de novembro de 2019, 12:36 AF

Ana Margarida Ferreira
Pedido de permissão para utilização da Escala
Para: nexasantos@gmail.com

Siri encontrou nova informação de contacto neste e-mail: Ana Margarida nokas_ferreira@hotmail.com [adicionar a Contactos..](#)

Ex.ª Sr.ª Vanessa Santos e Ex.ª Sr.ª Sónia Bárca

Chamo-me Ana Margarida Caldeira Salas Ferreira e sou enfermeira no Hospital Espírito Santo de Évora – EPE, e aluna do Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetria da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora.

Encontro-me sob orientação da Sr.ª Professora Otilia Zangão, a frequentar o 1.º semestre do 2.º ano e no âmbito do desenvolvimento do relatório final/trabalho de investigação, cujo tema é: “Estabelecimento da amamentação. Vivência no Trabalho de Parto”, venho por este meio pedir permissão para utilizar a vossa versão traduzida da «Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form».

Agradeço desde já a atenção encontrando-me disponível para qualquer esclarecimento que achem necessário.

Atenciosamente,
Ana Margarida Caldeira Salas Ferreira
Telemóvel: 964591336
E-mail: nokas_ferreira@hotmail.com

☆ **vanessa santos** 1 de dezembro de 2019, 14:52 VS

Re: Pedido de permissão para utilização da Escala
Para: Ana Margarida

Boa tarde Ex.ª. Sr.ª. Ana Margarida Ferreira,

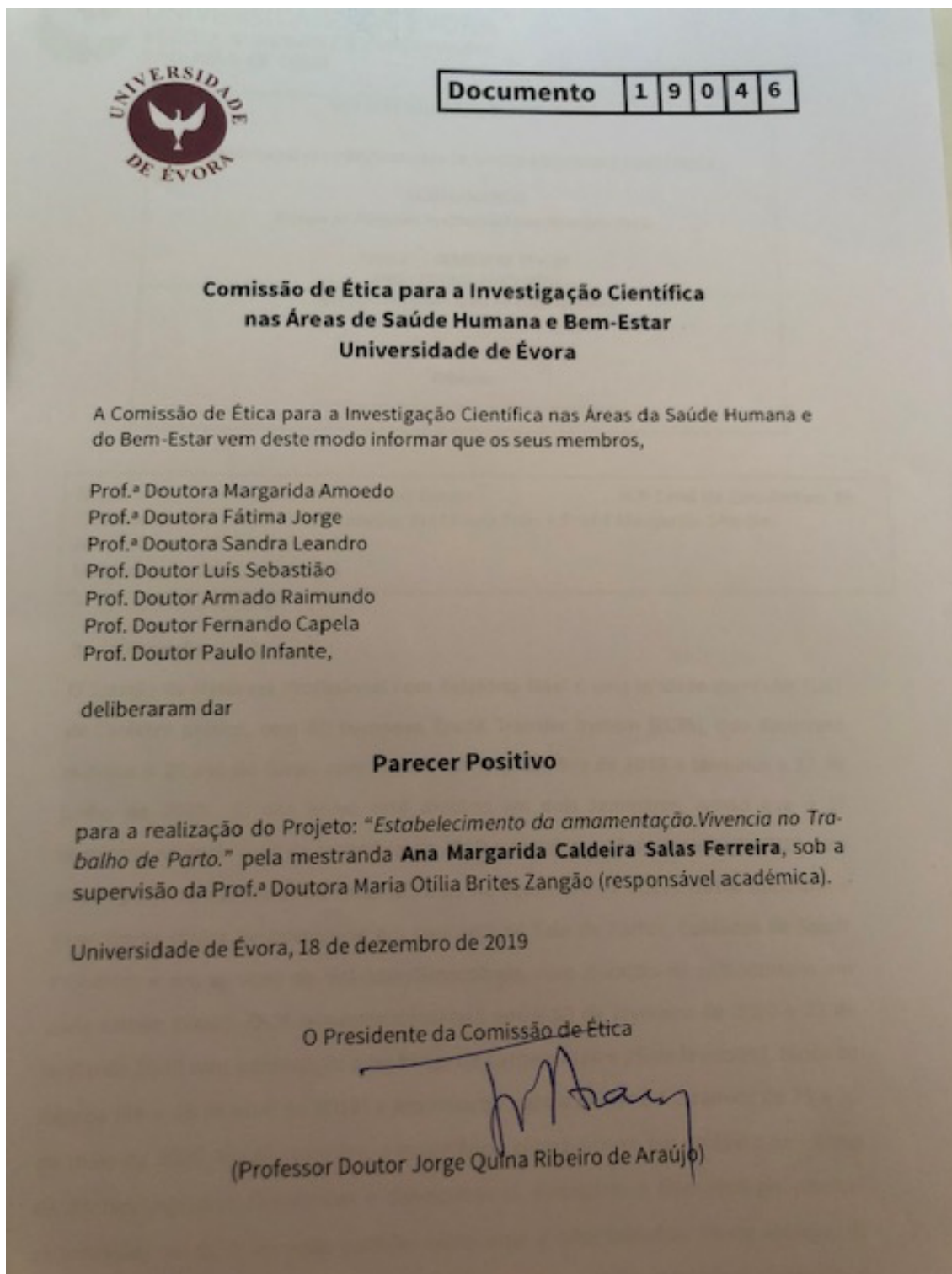
Agradecemos o seu interesse nesta temática e a escolha do instrumento a utilizar no estudo. Está autorizada a usar o instrumento.

No final do estudo gostaríamos de receber os resultados.

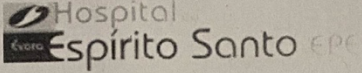
Felicidades para a realização do estudo.

Cumprimentos,
Vanessa Santos e Sónia Bárca

Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora para Aplicação do Estudo



Anexo 3 - Autorização Institucional para Aplicação do Estudo e respetivo Parecer da Comissão de Ética do CHBM, EPE



COMISSÃO DE ÉTICA

Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE, EPE)

Título do Projeto: Estabelecimento da amamentação: vivência no trabalho de parto

Identificação do Proponente

Nome: Ana Margarida Ferreira

Instituição: Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

Investigador Responsável/Orientador: Otilia Zangão

Enquadramento Académico: Mestrado

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão Sim Não

- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados Sim Não

- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos Sim Não

- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes Sim Não

Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:

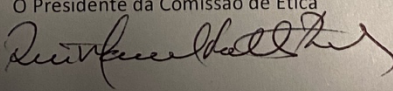
Favorável X

Condicional

NOTAS:

Data: 08/10/20

O Presidente da Comissão de Ética



APÊNDICES

Apêndice 1 - Revisão da Literatura

Influência do Trabalho de Parto no estabelecimento da amamentação: Revisão Integrativa

Resumo

Objetivo: Determinar em que medida a as vivencias do trabalho de parto influencia o estabelecimento da amamentação e conseqüentemente a autoconfiança da mulher.

Metodologia: Definida a pergunta de partida, “Qual a influencia das vivencias do Trabalho de parto no estabelecimento da amamentação?” Utilizaram-se as bases de dados EBSCO e na biblioteca do conhecimento B-On. Dos artigos encontrados, foram selecionados 8 por terem como tema principal a relação entre parto e aleitamento materno.

Resultados: Nos artigos analisados destacaram-se quatro aspetos que podem influenciar o estabelecimento da amamentação: o nível de stress vivido pela grávida em trabalho de parto, o parto programado (Cesariana), a utilização de analgesia epidural e o impacto da dor sentida no trabalho de parto.

Conclusão: Quanto menos intervenções realizadas no decorrer do trabalho de parto, menos complicações poderão surgir no bem-estar da mãe-filho.

Descritores (DeCs ou MeSH): Aleitamento Materno, Trabalho de Parto, Autoeficácia e Período pós-parto.

Introdução

O aleitamento materno é “uma das maneiras mais eficazes de garantir a saúde e a sobrevivência da criança” (WHO). É do conhecimento da comunidade científica e da população em geral, que o leite materno consiste num alimento vivo, completo e natural, que se adequa a quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções (Levy e Bértolo, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a prática do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, contudo, segundo a mesma, “quase 2 em

cada 3 bebês não são exclusivamente amamentados”. Como tal urge tentar encontrar as razões que estarão na base do desmame precoce ou até mesmo na substituição deste por leites de fórmula. Neste contexto é fundamental abordar o parto e a vivência do trabalho de parto para melhor entendermos o estabelecimento da amamentação.

O trabalho de parto e o parto podem ser momentos de empoderamento da mulher, nos quais esta se sente plena e confiante das suas capacidades, ou então, pelo contrário, podem ser geradores de frustrações que limitam a vivência do puerpério, da vinculação mãe-filho e conseqüentemente do estabelecimento do aleitamento materno. Segundo Dimitraki et. al. (2016), mulheres que experimentaram sentimentos negativos, altos níveis de stress e diminuição do vínculo com o recém-nascido, terão baixos índices de aleitamento materno.

Embora a gravidez e o parto sejam um evento fisiológico, a medicalização do parto transformou-o num momento de grande stress e de medo para a grande maioria das mulheres. As taxas de intervenções intraparto aumentaram substancialmente na maioria dos países desenvolvidos nas últimas décadas. Mulheres que experimentaram elevados níveis de stress na fase ativa do trabalho de parto veiem comprometido o comportamento de lactação e sucção do lactente (Karakoyunlu, Apay, & Gurol, 2019).

A analgesia epidural não pode também ser afastada desta equação, uma vez que há vários estudos que a associam a dificuldades na amamentação na primeira semana de vida e até mesmo à precoce interrupção da amamentação (Mauri et al., 2015). O estudo refere também que as dificuldades de amamentar estão correlacionadas com a estreita associação de partos instrumentados e a realização da analgesia epidural. As mulheres têm dificuldades em estabelecer um relacionamento com o recém-nascido após um parto vaginal distócico, pelo medo sentido e a dor relacionada com o procedimento em si. Também a medicação utilizada na analgesia epidural pode sedar parcialmente o recém-nascido, o que leva a dificuldades na sucção nas primeiras horas de vida.

O crescente número de partos por Cesariana também merece atenção especial pela sua repercussão no processo de aleitamento materno. A assistência humanizada ao trabalho de parto e parto pressupõe uma atuação centrada no respeito pelo processo fisiológico feminino e também no estabelecimento da amamentação este processo

deverá ser respeitado. Daí o papel fundamental do ESMO, no esclarecimento de dúvidas e apoio prestado às mães.

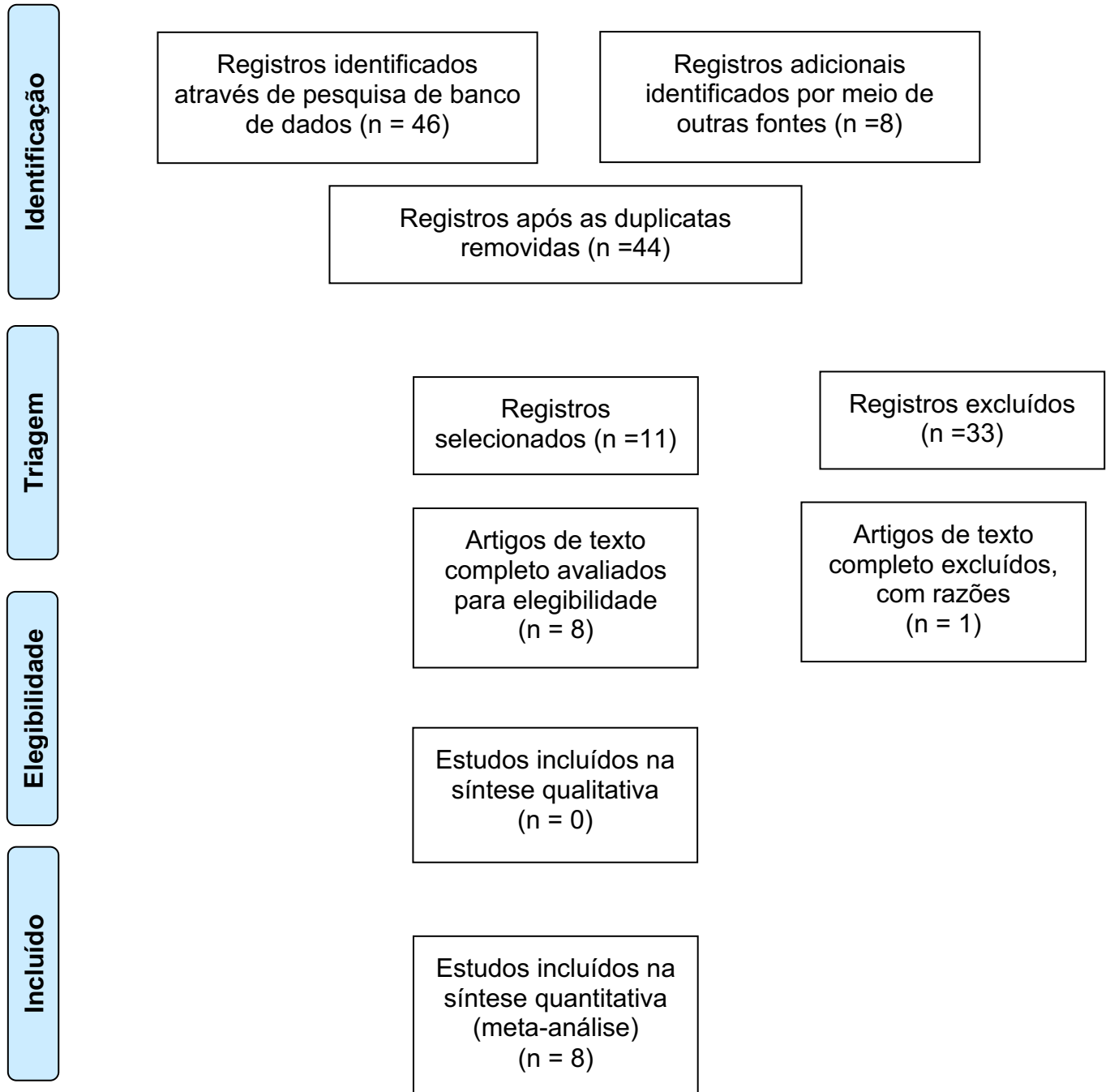
A presente revisão tem como objetivo avaliar de que forma a vivência da mulher no trabalho de parto a pode influenciar no estabelecimento do Aleitamento Materno.

Metodologia

Para a realização da revisão da literatura, foi feita pesquisa na base de dados EBSCO e na biblioteca do conhecimento B-On.

Os descritores utilizados foram: Breast Feeding, Self Efficacy, Postpartum Period e Labor. Foi utilizado o booleano AND. Obtiveram-se um total de 46 artigos, contudo, foram definidos como critérios de inclusão: 1) artigos publicados entre 2015 e 2020 para a B-On e entre 2015 e 2020 na EBSCO a fim de limitar o número de artigos; 2) nos idiomas português ou espanhol 3) estarem disponíveis na íntegra; 4) ter como temática principal a relação entre o parto e o aleitamento materno.

Dos 46 artigos encontrados inicialmente, foram descartados 38 artigos por não terem como tema principal a relação entre parto e aleitamento materno. Sendo assim, foram utilizados 8 artigos para a realização da revisão da literatura.



Resultados

A organização e análise dos artigos será apresentada na tabela 1, de forma a sistematizar a informação pertinente recolhida em cada um dos artigos incluídos na revisão.

Tabela 1 –Análise dos artigos

Estabelecimento da Amamentação. Vivência no Trabalho de Parto

Artigo	Autores Ano País Palavra Chave	Objetivo	Participantes	Métodos ou Intervenções	Resultados
“The effect of pain, stress, and cortisol during labor on breastfeeding success”	Autores: Özge Karakoyunlu; Serap Ejder Apay; Ayşe Gürol. Ano: 2019 País: Turquia Palavras-Chave: breastfeeding success, cortisol, LATCH, midwife, pain, stress.	O objetivo do estudo é identificar e comparar o efeito da dor, stress e níveis de cortisol durante o trabalho de parto no sucesso da amamentação.	O estudo foi realizado com 51 grávidas na sala de parto da Maternidade de Nenehatun.	Estudo descritivo correlacional de abordagem quantitativa. Com recurso a um formulário de informações pessoais, escala visual analógica, escala de categoria verbal, escala de stress percebido e escala de diagnóstico e avaliação da amamentação.	Foi determinado que as mães que apresentavam mais stress na fase ativa do trabalho de parto, afetaram negativamente o comportamento de lactação e a sucção do bebê.
“Early Postpartum Breast-Feeding Outcomes and Breast-Feeding Self-Efficacy in Turkish Mothers Undergoing Vaginal Birth or Cesarean Birth With Different Types of Anesthesia”	Autores: Merlinda Alus Tokat, Pinar Serçekus, Kerziban Yenil, Hülya Okumus. Ano: 2015 País: Turquia Palavras – Chave: Breast-feeding, nursing care, type of birth.	Comparar os resultados da amamentação e a autoeficácia da amamentação, nas primeiras 24 horas pós-parto, de mães que foram submetidas a parto vaginal, cesariana com anestesia epidural e cesariana com anestesia geral.	Participaram 334 mães.	Estudo descritivo comparativo, de abordagem quantitativa, com recurso a formulário descritivo, formulário de resultados e Escala de Autoeficácia em Amamentação.	Observou-se que as mães que tiveram cesariana com anestesia geral apresentaram mais problemas de amamentação.
“Effects of Cesarean Delivery on Breastfeeding Practices and Duration: A Prospective Cohort Study”	Autores: Cheng Chen, Yan Yan, Xiao Gao, Shiting Xiang, Qiong He, Guangyu Zeng, Shiping Liu, Tingting Sha, Ling Li. Ano: 2018 País: China Palavas- Chave: amamentação, duração da amamentação, início da amamentação, práticas de amamentação, cesariana, fórmula infantil.	Determinar os efeitos potenciais do parto por cesariana nas práticas de amamentação e na duração da amamentação.	Participaram 954 mães em três comunidades de Hunan, China.	Estudo de coorte prospetivo, de abordagem quantitativa, com recurso a questionário autoaplicável dentro de 30 dias após o parto, e contacto telefónico 3 e 6 meses após o nascimento.	As mulheres submetidas a cesariana mostraram uma taxa mais baixa de aleitamento materno exclusivo do que aquelas que tiveram parto vaginal. O parto por cesariana relacionou-se ao uso de leite de fórmula no hospital e ao atraso no início da amamentação. Este tipo de parto diminuiu também a duração da amamentação.
“Evaluation of the effect of natural and emotional stress of labor on lactation and breast-feeding”	Autores: Marina Dimitraki; Panagiotis Tsikouras; Bachar Manav; Theodora Gioka; Nikoletta Koutlaki; Stefanos Zervoudis; Georgios Galazios. Ano: 2015 País: Grécia Palavra-Chave: Stress; Labor Breastfeeding; Stress hormones; Cortisol; Glucose.	O objetivo do estudo é explorar a relação entre o nível de stress durante o nascimento e a lactogénese.	Participaram 100 mulheres que tiveram parto eutócico.	Estudo de coorte prospetivo, de abordagem quantitativa, com recurso a questionários a fim de aferir o grau de exaustão materna durante o trabalho de parto, o stress pós-traumático e o estabelecimento do vínculo mãe-bebé.	Mães que experimentaram dor, exaustão e sentimentos negativos num trabalho de parto e parto stressante e prolongado iniciaram a lactação mais tardiamente. Estes resultados indicam que primiparidade, trabalho de parto prolongado, stresse para a mãe e o feto durante o trabalho de parto e parto, são efeitos negativos e fatores de risco para uma lactogénese tardia.
“The impact of birth-related injury and pain on breastfeeding outcomes”	Autores: Katie Bourdillon, Tom McCausland, Stephanie Jones. Ano: 2020 País: Reino Unido Palavras – chave: Breastfeeding	O objetivo é investigar como as experiências reais de nascimento e amamentação diferem das intenções pré-natais da mãe e qualquer	Participaram 1000 mães.	Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, com recurso a pesquisa on-line a mulheres do Reino Unido, que foram mães nos últimos 24 meses, e tinham amamentado.	As recém-mães enfrentam uma série de problemas nas semanas após o nascimento, o que afetou a sua capacidade de amamentar. As lesões e dores de partos vaginais instrumentados

	Childbirth, Midwifery, Postnatal pain, Birth injury	impacto percebido subsequente na experiência de amamentar.			e cesarianas podem dificultar a amamentação e contribuir para a interrupção precoce da mesma.
“Intrapartum Epidural Analgesia and Onset of Lactation: A Prospective Study in an Italian Birth Centre”	Autores: Paola Agnese Mauri, Norma Nilde Guerrini Contini, Simona Giliberti, Francesco Barretta, Dario Consonni, Mariangela Negri, Irene Di Benedetto. Ano: 2014 País: Itália Palavra – Chave: Onset of lactation, Epidural analgesia, Initiation of lactation, Breastfeeding	O objetivo deste estudo é investigar a relação entre analgesia epidural no trabalho de parto e o início da lactação em mulheres saudáveis após o nascimento.	Foram recrutadas 366 mulheres que tiveram um parto vaginal, por amostragem por conveniência. Das quais 209 mulheres receberam analgesia epidural e 157 mulheres não receberam qualquer outra analgesia farmacológica.	Estudo prospectivo, de abordagem quantitativa, com recurso a entrevista telefónica 5 e 10 dias pós-parto.	O momento do início da lactação no grupo que fez analgesia epidural não diferiu estatisticamente do grupo que não obteve qualquer analgesia farmacológica, embora o grupo que não recebeu analgesia tenha maior probabilidade de iniciar a amamentação mais precocemente.
“The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum”	Autores: Amy J. Hobbs, Cynthia A. Mannion, Sheila W. McDonald, Meredith Brockway and Suzanne C. Tough Ano: 2016 País: Canadá Palavras-Chave: Caesarean section, Mode of birth, Vaginal delivery, Breastfeeding, Postpartum	O estudo relacionou o tipo de parto e início da amamentação, a duração e as dificuldades relatadas pelas mães aos 4 meses após o parto.	Amostra composta por 3021 mulheres que tiveram partos com feto único.	Estudo de Coorte prospectivo, de abordagem quantitativa, com recurso a questionários antes das 25 semanas de gestação, às 34–36 semanas de gestação e aproximadamente 12–16 semanas após o parto.	Maior número de mulheres com cesariana eletiva não tinha intenção de amamentar ou não iniciaram a amamentação quando comparadas às mulheres com partos vaginais e cesariana de emergência.
“Influencia de las intervenciones realizadas durante el parto en la duración de la lactancia materna”	Autores: Susana Iglesias-Casás, M.ª Sol Montenegro-Alonso, Esperanza Barro-Rochela, Lucía Varela-Varela, Natalia Castillo Lluva, M.ªInés Blanco-Nieves, Irene Garay-Martínez, María Vilariño-Insua, M.ªEsther Parada-Cabaleiro, M.ªConcepción González-González, Cristina Martínez-Regler Ano: 2019 País: Espanha Palavra-Chave: Lactancia materna, analgesia epidural, cesárea, trabajo de parto.	Analisar a influência de diferentes intervenções clínicas realizadas durante o trabalho de parto no início e manutenção da lactação materna aos 4, 6 e 12 meses pós-parto.	Participaram 189 mulheres que pariram entre março e dezembro de 2016 com a intenção de amamentar.	Estudo observacional descritivo e prospectivo, de abordagem quantitativa, com recurso a questionário.	Mulheres que precisam de múltiplas intervenções durante o trabalho de parto podem precisar de ajuda suplementar para melhorar os resultados na amamentação.

Após a leitura integral dos artigos, procedemos a análise dos resultados e conclusões dos estudos com o apoio do Software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) 0.7 alpha 2, de forma a

uma organização independente dos autores, deixando assim interferência na organização das temáticas. Neste sentido organizámos o texto dos artigos de acordo com o protocolo do software, o corpus analisado foi constituído por 8 Unidades de Contexto Iniciais (UCIs), cada artigo é considerado uma UCI. Cada UCI iniciou-se com uma linha de comando definida: **** *artigo_01. Os artigos analisados originaram 542 Segmentos de Texto destas o software classificou 395 segmentos de texto com um aproveitamento de riqueza de vocabulário de 72,88%, de onde emergiram 4 classes por Classificação Hierárquica Descendente (Figura 2), as quais nomeamos por temática 1, temática 2, temática 3 e temática 4. As quais foram nomeadas de acordo com o vocabulário mais evocado em cada uma.

Temática 1 – Nível de stress

Temática 2 – Parto Programado (Cesariana)

Temática 3 – Utilização de analgesia epidural

Temática 4 - Impacto da dor

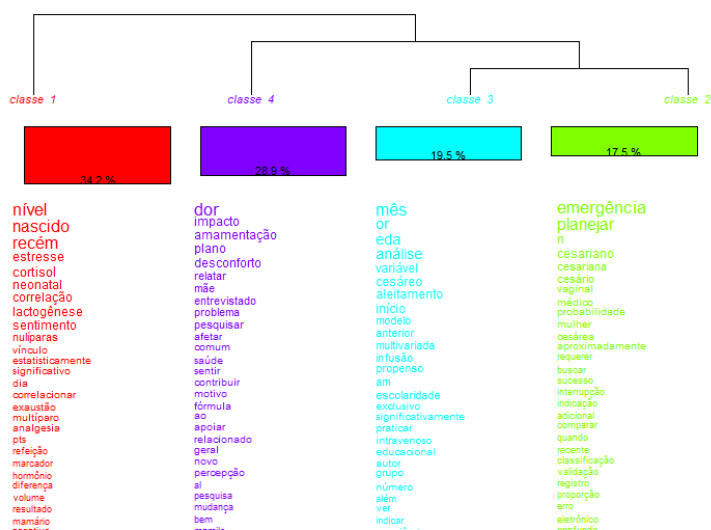


Figura 2 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente

Verificamos que a temática 1 encontra-se mais independente das restantes e a que tem maior peso (34,2%) nos resultados dos artigos consultados, seguindo-se a temática 4 com 28,9%, por outro lado a temática 2 e 3 são as que estão mais próximas e cada uma delas tem 17,5% e 19,5% dos resultados dos artigos.

Discussão

38 artigos por não terem como tema principal a relação entre parto e aleitamento materno do trabalho de parto na amamentação, verificámos que o nível de stress vivenciado no decurso do trabalho de parto tem uma grande influencia na amamentação, por outro lado o impacto da dor também tem muita influência, seguindo-se a utilização da analgesia epidural e por fim o facto do parto ser programado por cesariana, poderão de alguma forma influenciar o estabelecimento da amamentação. Passamos agora á análise de cada uma das temáticas.

Temática 1 – Nível de stress

A dor, o medo e o stress vividos no parto, são denominadores comuns na grande maioria dos artigos analisados e a sua relação causa-efeito com o estabelecimento e sucesso da amamentação. Altos níveis de stress geram a libertação de corticotropina que vai estimular a glândula pituitária e como tal a hipófise liberta a hormona adrenocorticotrópica que por sua vez estimula a produção das “hormonas do stress”, os glicocorticóides. Com a entrada em circulação destas hormonas, a frequência e a intensidade das contrações diminui, levando assim a um arrastar do trabalho de parto. O cortisol interfere diretamente na secreção de ocitocina diminuindo-a em circulação, do que resulta trabalhos de parto prolongados, causando fadiga física não só na mãe, mas também no bebé, levando a um conseqüente aumento do número de partos instrumentalizados e como conseqüência uma iniciação tardia do aleitamento materno e a diminuição da frequência da amamentação (Karakoyunlu, Apay, & Gurol, 2019).

O mesmo estudo revela que os bebês de mães que experimentam stress excessivo na fase ativa do trabalho de parto tiveram mais tempo de adaptação à mama, o reflexo de busca ficou diminuído e manifestaram dificuldades acrescidas em realizar uma boa pega.

Outro estudo refere que tanto o nível de exaustão materna durante o trabalho de parto quanto os níveis de glicose do cordão umbilical (que refletem o stress neonatal) estão correlacionados com os sentimentos maternos pelo trabalho de parto e pelo recém-nascido, sendo que, o trabalho de parto prolongado, os altos níveis de exaustão e a presença de sentimentos negativos, dificultaram o vínculo materno-neonatal e estão

relacionados com menor frequência de amamentação no quarto dia após o parto. (Dimitraki et al., 2016).

Autores relatam a existência de diferentes níveis de stress no trabalho de parto e exaustão entre as mulheres que receberam analgesia epidural e as que não receberam. Aquelas que receberam analgesia amamentaram o recém-nascido pela primeira vez logo após o parto, mas a diferença não foi estatisticamente significativa.

Temática 2 – Parto Programado (Cesariana)

Considerando o crescente número de partos distócico por cesariana, são muitos os estudos que relatam as suas consequências para a mulher e o RN.

O parto por cesariana está associado a uma maior probabilidade de utilização de leites de fórmula ainda no internamento hospitalar e até nas primeiras horas de vida do RN, o que vai retardar o estabelecimento da amamentação. Uma possível interpretação poderá ser que a cesariana geralmente está associada às rotinas de cuidados pós-operatórios, o que pode atrasar ou interromper o contato entre a mãe e o bebê no período pós-parto inicial. (Chen et al., 2018).

Apesar de ser do conhecimento geral de que o aleitamento materno deverá ser iniciado o mais breve possível, na primeira meia hora após o nascimento, como preconiza a OMS e a UNICEF nos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, isto não se verifica na grande maioria das maternidades aquando da realização de cesarianas, muito pelas limitações físicas dos blocos de partos e da falta de condições das salas operatórias o que se reflete numa separação física entre a mãe e o RN, que pode chegar a demorar algumas horas, o que, conseqüentemente irá atrasar o início da amamentação.

Temática 3 – Utilização de analgesia epidural

O crescente aumento da utilização da analgesia epidural pode ser encarado de forma positiva para a mulher, diminuindo os níveis de medo e stress relacionados com o parto, contudo, a medicação utilizada pode influenciar o aleitamento materno, repercutindo-se na capacidade de sucção infantil, em particular no estado de alerta e capacidade de orientação da criança (Dewey, 2001).

A utilização da analgesia epidural está associada a um bloqueio motor excessivo, prolongando o segundo estágio do trabalho de parto e, portanto, aumentando a frequência dos partos instrumentais. (Mauri et al., 2015).

O trauma tecidual causado por episiotomias e lacerações devido ao parto instrumental pode levar tempo a reparar, o que pode atrasar o contato imediato pele a pele entre o bebê e a mãe. Durante o contato pele a pele no pós-parto, o recém-nascido inicia a amamentação, induzindo a liberação de ocitocina materna necessária para a produção de leite. Quando o parto é difícil, o bebê pode precisar de avaliação médica, atrasando assim o contato imediato com a pele materna durante este período crucial. Estar com dor pode impedir a pré-disposição da mãe para iniciar a amamentação. Também o recém-nascido pode ter dores de contusões e lesões causadas pelo fórceps ou ventosa, que lhe inibe os movimentos da cabeça e do pescoço, tornando-se difícil para este assumir uma posição correta para adaptar corretamente à mama (Dozier et al., 2012).

Outro possível efeito negativo da analgesia epidural na amamentação, relatado num estudo é, segundo a hipótese de Smith, L. J. (2007) haver uma super-hidratação da mãe com o edema mamário resultante da administração de fluidos intravenosos aquando da realização do procedimento, a fim de manter valores tensionais estáveis. Este edema mamário poderia criar dificuldades para o recém-nascido em abocanhar a mama e realizar uma correta pega. Contudo os autores do estudo não confirmam esta hipótese e referem que não se verificou uma relação direta da analgesia epidural com o insucesso da amamentação, mas sim que as mães com analgesia epidural eram significativamente mais propensas a interromper a amamentação em um mês após o parto. (Mauri et al., 2015).

Estudos sobre amamentação descrevem possíveis relações fisiológicas relacionadas ao uso intraparto de ocitocina sintética para indução do trabalho de parto, nos resultados da amamentação. A desregulação do sistema de ocitocina materno, o cruzamento da barreira hematoencefálica fetal e a hiperestimulação uterina foram relacionados à utilização de ocitocina sintética. Os efeitos negativos a jusante relacionados à amamentação incluem diminuição da ocitocina endógena materna, aumento do risco de resultados neonatais negativos, diminuição do repouso neonatal

durante a primeira hora com o potencial de diminuir a consolidação da memória, diminuição dos sinais de pré-alimentação neonatal, diminuição dos reflexos neonatais associados à amamentação, depressão materna, sintomas somáticos e transtornos de ansiedade (Cadwell, & Brimdyr, 2017).

Temática 4 - Impacto da dor

Fatores como a dor, o stress, a fadiga e a tardia recuperação da mobilidade física devido à instalação de bloqueio motor a nível dos membros inferiores devido à anestesia epidural, influenciam negativamente o estabelecimento de vinculação mãe-recém-nascido em mães submetidas a cesarianas, logo, estas mulheres acabam por estar muito focadas na sua própria recuperação, descurando o próprio recém-nascido, o que afeta negativamente o estabelecimento do aleitamento materno.

Para finalizar apresentamos a nuvem de palavras (Fig.3), na qual pudemos verificar que a palavra central é o parto, ou seja, tudo o que está relacionado com o parto pode ter influência na manutenção do aleitamento materno.

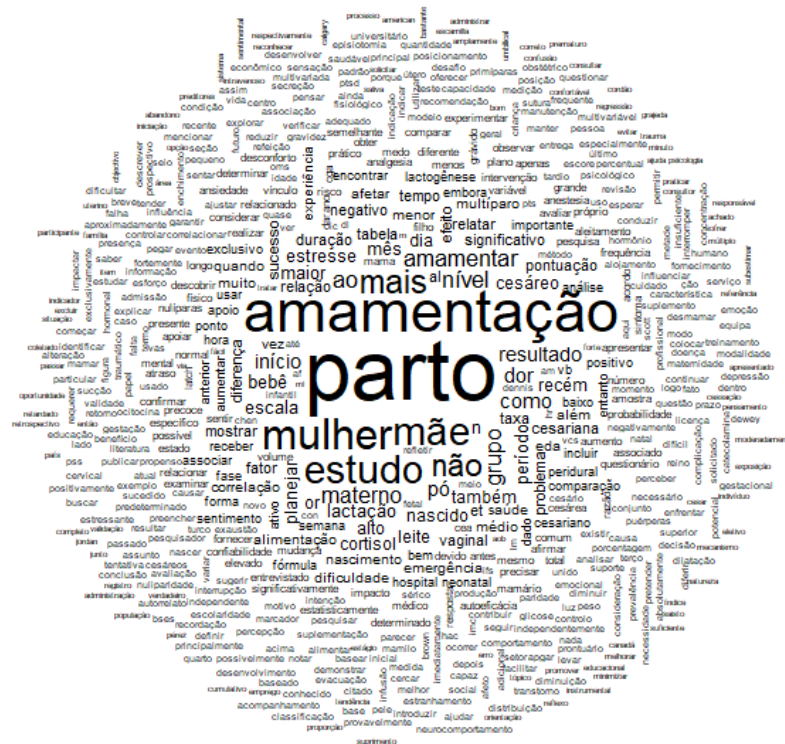


Figura 3 – Nuvem de palavras

Conclusão

Em suma, o processo de amamentar não se resume só a um ato fisiológico, mas sim a um fenômeno complexo, fortemente influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

A maioria dos artigos analisados são unânimes em estabelecer uma relação de causa efeito entre as diferentes intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto, e o sucesso da amamentação. Contudo, o desempenho prudente e justificado, com base em evidências científicas, destas intervenções parece não ter efeito decisivo sobre o início ou manutenção do aleitamento materno, em mães com gravidez saudável e sem complicações (Casás et al., 2019).

O número de intervenções intraparto aumentaram substancialmente na maioria dos países desenvolvidos nas últimas décadas.

Uma série de intervenções durante o parto foram estudadas em diversos contextos em países desenvolvidos para avaliar seu impacto sobre a amamentação. Quatro das intervenções mais comuns experimentadas por mulheres no período intraparto são: indução do trabalho de parto, administração de analgesia epidural, administração de analgésicos opioides para alívio da dor do parto e partos assistidos (instrumentais ou operatórios). (Bai, Wu, & Tarrant, 2013). Muitos outros estudos confirmaram que todas as quatro intervenções identificadas no artigo impedem o início da amamentação precoce e aumentam a quantidade de utilização de leite de fórmula que os recém-nascidos recebem enquanto estão no hospital.

Outros artigos, no entanto, não foram capazes de mostrar qualquer impacto ou tiveram resultados mistos ou não conclusivos. Contudo, todos eles concordam que o apoio dado às mães por profissionais de saúde é um fator biomédico fundamental para o sucesso da amamentação (Mauri, 2015)

Embora a maioria das dificuldades com a amamentação possa ser resolvida com motivação suficiente da mãe e com o apoio adequado, muitas mães não têm acesso a essas orientações. Por esse motivo, os problemas encontrados durante a fase inicial da amamentação podem resultar no uso prolongado de leites de fórmula como suplemento ou no abandono completo da amamentação. (Dewey, 2001).

Após a alta hospitalar, muitos novos fatores podem confundir o quadro de sucesso da amamentação, por exemplo, falta de apoio social, presença de irmãos ou necessidade da mãe de retornar ao trabalho ou escola. Além disso, os estudos nem sempre levaram em consideração os fatores maternos que podem influenciar a amamentação, como a intenção da mãe de amamentar, nível de escolaridade, estado civil, entre outros.

Referências Bibliográficas

- Bourdillon, K., McCausland, T., & Jones, S. (2020). The impact of birth-related injury and pain on breastfeeding outcomes. *British Journal of Midwifery*. 28, (1), 52-61. Doi: <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.1.52>
- Casás, S., Alonso, M., Rochela, E., Varela, L., Lluva, N., Nieves, Martínez, I., Insua, M., Cabeleiro, M., González, M. & Reglero, C. (2019). Influencia de las intervenciones realizadas durante el parto en la duración de la lactancia materna. *Matronas Prof.* 20, (3), 96-104. Disponível em: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/10/96-ORIGINAL-INFLUENCIA INTERVENCIONES.pdf>
- Chen, C., Yan, Y., Gao, X., Xiang, S., He, Q., Zeng, G., Liu, S., Sha, T., & Li, L. (2018) Effects of Cesarean Delivery on Breastfeeding Practices and Duration: A Prospective Cohort Study. *Journal of Human Lactation*. 1-9. Doi: 10.1177/089033441771434
- Dimitraki, M., Tsikouras, P., Manav, B., Gioka, T., Koutlaki, N., Zervoudis, S., & Galazios, G. (2016) Evaluation of the effect of natural and emotional stress of labor on lactation and breast-feeding. *Arch Gynecol Obstet* 293, 317–328. Doi:<https://doi.org/10.1007/s00404-015-3783-1>
- Hobbs, A., Mannion, C., McDonald, S., Brockway, M., & Tough, S. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 16, (90), 1-9. Doi: 10.1186/s12884-016-0876-1

- Karakoyunlu, O., Apay, S., & Gurol, A. (2019) The effect of pain, stress, and cortisol during labor on breastfeeding success. *Developmental Psychobiology*. Doi: 10.1002/dev.21873
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF & Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés: Lisboa.
- Mauri, P., Contini, N., Giliberti, S., Barreta, F., Consonni, D., Negri, M., & Benedetto, I. (2015). Intrapartum Epidural Analgesia and Onset of Lactation: A Prospective Study in an Italian Birth Centre. *Matern Child Health J.* 19, 511-518. Doi: 10.1007/s10995-014-1532-x
- Tokat, M., Serçekus, P., Yenal, K., & Okumus, H. (2015). Early Postpartum Breast-Feeding Outcomes and Breast-Feeding Self-Efficacy in Turkish Mothers Undergoing Vaginal Birth or Cesarean Birth With Different Types of Anesthesia. *International Journal of Nursing Knowledge.* 26, (2), 73-79. Doi:10.1111/2047-3095.12037

Apêndice 2 - Questionário Aplicado às Puérperas

Questionário nº _____

<p>Questionário</p> <p>“Estabelecimento da amamentação. Vivência no Trabalho de Parto”</p>
--

O presente questionário surge como parte de um estudo de investigação intitulado “Estabelecimento da amamentação. Vivência no Trabalho de Parto”. desenvolvido no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, sob orientação da Professora Doutora Otilia Zangão.

O questionário é anónimo, de resposta rápida e os dados recolhidos destinam-se apenas e exclusivamente a serem tratados para os fins apresentados no respeito pelos princípios éticos e deontológicos que enquadram este tipo de estudo.

Assinale, por favor, com um X a opção correta e os restantes dados solicitados.

Obrigado pela sua colaboração!


Ana Ferreira

Secção 1: Dados sociodemográficos

<p>1. Idade</p> <p>1. <input type="radio"/> 18-20 anos</p> <p>2. <input type="radio"/> 21-25 anos</p> <p>3. <input type="radio"/> 26-30 anos</p> <p>4. <input type="radio"/> 31-35 anos</p> <p>5. <input type="radio"/> 36-40 anos</p> <p>6. <input type="radio"/> 41-45 anos</p> <p>7. <input type="radio"/> 46-50 anos</p>	<p>1. Estado civil</p> <p>1. <input type="radio"/> Solteira</p> <p>2. <input type="radio"/> Casada/União de facto</p> <p>3. <input type="radio"/> Separada/Divorciada</p> <p>4. <input type="radio"/> Viúva</p>
<p>2. Religião</p> <p>1. <input type="radio"/> Católica</p> <p>2. <input type="radio"/> Protestante</p> <p>3. <input type="radio"/> Ortodoxa</p> <p>4. <input type="radio"/> Islâmica</p> <p>5. <input type="radio"/> Hindu</p> <p>6. <input type="radio"/> Budista</p> <p>7. <input type="radio"/> Judaica</p> <p>8. <input type="radio"/> Religião tradicional chinesa</p> <p>9. <input type="radio"/> Agnóstico, Ateu, Sem religião</p> <p>10. <input type="radio"/> Outro _____</p>	<p>3. Nacionalidade</p> <p>1. <input type="radio"/> Portuguesa</p> <p>2. <input type="radio"/> Outra _____</p> <p>4. Raça</p> <p>1. <input type="radio"/> Caucasiana</p> <p>2. <input type="radio"/> Negra</p> <p>3. <input type="radio"/> Outra _____</p>

<p>5. Habilitações literárias</p> <p>1. <input type="radio"/> Ensino básico 1.º ciclo</p> <p>2. <input type="radio"/> Ensino básico 2.º ciclo - 6.º ano (antigo 2.º ano liceal / ciclo preparatório)</p> <p>3. <input type="radio"/> Ensino básico 3.º ciclo - 9.º ano (antigo 5.º ano liceal ou ensino técnico)</p> <p>4. <input type="radio"/> Ensino secundário - 12.º ano ou equivalente</p> <p>5. <input type="radio"/> Ensino médio / pós-secundário – curso de especialização tecnológica</p> <p>6. <input type="radio"/> Ensino superior – bacharelato</p> <p>7. <input type="radio"/> Ensino superior – licenciatura</p> <p>8. <input type="radio"/> Ensino superior – mestrado</p> <p>9. <input type="radio"/> Ensino superior – doutoramento</p>	<p>6. Profissão</p> <p>_____</p> <p>7. Quantos partos já teve?</p> <p>1. <input type="radio"/> Nenhum</p> <p>2. <input type="radio"/> 1</p> <p>3. <input type="radio"/> 2</p> <p>4. <input type="radio"/> 3</p> <p>5. <input type="radio"/> 4 ou mais</p> <p>8. Amamentou anteriormente?</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p>
---	--

Secção 2: Dados da história obstétrica, da gravidez e do parto

<p>9. Gravidez planeada/desejada</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p>	<p>10. Gravidez vigiada</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p>
<p>11. Local de Vigilância da gravidez</p> <p>1. <input type="radio"/> Centro de Saúde</p> <p>2. <input type="radio"/> Hospital Publico</p> <p>3. <input type="radio"/> Hospital Privado</p> <p>4. <input type="radio"/> Centro de Saúde e Hospital Público</p> <p>5. <input type="radio"/> Centro de Saúde e Hospital Privado</p>	<p>12. Número de consultas realizadas na gravidez</p> <p>_____</p>
<p>13. Realização do curso de preparação para o parto</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim. Local? _____</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p>	<p>14. Trouxe Plano de Parto</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p>
<p>15. Tempo de Gestação</p> <p>_____ semanas + _____ dias</p>	<p>16. Método de Analgesia Utilizado</p> <p>1. <input type="radio"/> Não farmacológico – Qual _____</p> <p>2. <input type="radio"/> Farmacológico – Qual _____</p>
<p>17. Trabalho de parto espontâneo</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p>	<p>18. Tipo de parto de Parto</p> <p>1. <input type="radio"/> Eutócico</p> <p>2. <input type="radio"/> Distócico _____</p>
<p>19. Duração do TP _____</p> <p>20. Nível de Dor _____</p> 	<p>21. Teve acompanhante durante o Trabalho de parto</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p> <p>3. Se sim. Quem? _____</p>

<p>22. Quem realizou o parto</p> <p>1. <input type="radio"/> Enfermeira(o) Especialista</p> <p>2. <input type="radio"/> Médica (o)</p>	<p>23. Foi-lhe realizada a manobra de Kristeller (aplicação de força em cima da barriga para ajudar a expulsão do bebé)?</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p>
<p>24. Foi-lhe realizada Episiotomia (corte na vagina para ajudar a expulsar o bebé)?</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p>	<p>25. Realizaram corte tardio do cordão umbilical (o profissional de saúde esperou pelo menos 1 minuto após o bebé nascer para cortar o cordão)?</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p>
<p>26. Após o nascimento realizou contacto pele a pele com o bebé?</p> <p>1. <input type="radio"/> Sim</p> <p>2. <input type="radio"/> Não</p>	<p>27. Quando decidiu amamentar?</p> <p>1. <input type="radio"/> Durante a Gravidez</p> <p>2. <input type="radio"/> Após o parto</p>

Secção 3: Escala Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (Dennis, 2003), versão portuguesa (Santos & Bárcia, 2009)

Itens	Nada confiante	Pouco Confiante	Às vezes confiante	Confiante	Muito Confiante
1. Eu consigo sempre perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente	1	2	3	4	5
2. Eu consigo sempre lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes	1	2	3	4	5
3. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento	1	2	3	4	5
4. Eu consigo sempre garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	1	2	3	4	5
5. Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação	1	2	3	4	5
6. Eu consigo sempre gerir a amamentação mesmo que o meu bebé esteja a chorar	1	2	3	4	5
7. Eu posso sempre continuar a desejar amamentar	1	2	3	4	5
8. Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão presentes outros membros da família.	1	2	3	4	5
9. Eu consigo sempre sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar	1	2	3	4	5
10. Eu consigo sempre lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo	1	2	3	4	5
11. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra mama.	1	2	3	4	5
12. Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas.	1	2	3	4	5
13. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede.	1	2	3	4	5
14. Eu consigo sempre identificar quando é que o meu bebé acabou de mamar.	1	2	3	4	5

Apêndice 3 - Consentimento Informado Livre e Esclarecido



Convite à Participação com Consentimento

Exma. Senhora:

Convido-a a participar numa investigação desenvolvida no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, que tem como objetivo **avaliar de que forma a vivência do trabalho de parto e parto pode ou não influenciar positivamente ou negativamente a mulher no processo de aleitamento materno**. O estudo em causa decorre sob orientação da Sra. Prof.^a Doutora Maria Otilia Brites Zangão, docente da Universidade de Évora.

Assim, através deste documento, convido-a a participar, dado que os resultados obtidos, poderão trazer informações valiosas, para melhorar o conhecimento em esta área de saúde.

Não há riscos na sua participação, ao responder a este questionário. Esclareço que não existe compensação financeira, sendo a sua participação é de carácter voluntário. Caso não deseje participar, não será tratado de maneira diferente, nem terá qualquer penalização ou prejuízo. Esclareço que é livre de desistir a qualquer momento, sem que isso o(a) prejudique.

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

As informações que nos oferece são tratadas de forma sigilosa, protegendo a identidade da pessoa que participa. Em nenhum momento será referido o seu nome ou qualquer dado que a possa identificar.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Informo ainda que estarei disponível para qualquer esclarecimento necessário, durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto: En^h Ana Margarida Caldeira Salas Ferreira - m43310@alunos.uevora.pt Este consentimento é assinado por mim em duplicado, ficando em minha posse um exemplar.

Declaração Expressa de Consentimento:

“Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.”

Évora, ____ de _____ de 2019/20


Mestranda

Participante

En^h Ana Ferreira (Lic. OE 73849)

Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Apêndice 4 - Proposta de Projeto do Estágio Final

 <p>Serviços Académicos</p>	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	MODELO T-005 Ano Letivo: 2019 / 2020	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA <i>(A ser emitido apenas em GesDOC)</i></td> <td style="width: 50%;">2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO <i>(A ser emitido apenas em GesDOC)</i></td> </tr> </table>		1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA <i>(A ser emitido apenas em GesDOC)</i>
1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA <i>(A ser emitido apenas em GesDOC)</i>	2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO <i>(A ser emitido apenas em GesDOC)</i>		
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE Nome Completo: <u>Ana Margarida Caldeira Salas Ferreira</u> Número: <u>43310</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</u> Especialidade/Plano Alternativo: <u>Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</u>			
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE Telef.: <u>964591336</u> E-mail: <u>nokas_ferreira@hotmail.com</u>			
5. PROPOSTA <input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto <small>Neste caso, assinalar os quadros de este formulário em que propõe alterações (só deve preencher os respectivos quadros)</small> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.			
6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO <i>(A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</i> 			
7. TIPO DE TRABALHO <i>(de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</i> <small>AVISAR NO CASO DE PROGRAMA DE DESVIO/AVIAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes) <small>EM CASO DE MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____	
9. TÍTULO DO TRABALHO Título (na língua de redação): Estabelecimento da amamentação. Vivência no Trabalho de Parto. Título em Inglês: Establishment of breastfeeding Living Labor.			

mailto:nokas_ferreira@hotmail.com

Modelo T-005 (18/02/2020)

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria Otília Brites Zangão</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>09294982 -7ZY3</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: <u>963543933</u> E-mail: <u>otilizaz@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-2899-8768</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dpaec.mec.pt/np4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ";"): <u>Alimentação materna; Trabalho de parto; Aumento da lactação; Período Pós-parto.</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
Estabelecimento do aleito materno.	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA (Se necessário submeter como anexo a este impresso)	
Em anexo.	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano de Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento <small>(Deve existir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que orientar(em) se encontra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo</small> <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) proceder ci nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/DE/TP.</p>

13.	RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA
	<p>No âmbito do segundo ano do Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica, propõe-se a realização de um Estágio de Natureza Profissional com o objetivo de adquirir conhecimentos e competências na área da Saúde Materna e Obstétrica e também a realização de um trabalho de investigação a fim de desenvolver competências a este nível. Como tal, no contexto da saúde materna e obstétrica, a mestranda irá dedicar o seu estudo a dois dos grandes marcos na história obstétrica da mulher – o parto e o aleitamento materno, pretendendo assim relacioná-los e entendê-los como parte integrante da individualidade de cada uma destas.</p> <p>Ao longo da história e evolução social a amamentação foi sofrendo modificações. Até ao início do século XX o normal era os bebés serem amamentados com leite materno, contudo, a globalização industrial e a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho durante a primeira metade do século XX criaram a janela de oportunidade para se começarem a comercializar os leites de fórmula para alimentar os bebés. O abandono da prática de aleitamento materno foi de tal ordem que em outubro de 1979 a OMS juntamente com a UNICEF (United Nations Children’s Fund) recomendou, entre outras medidas, o incentivo e o apoio ao aleitamento materno pelo maior tempo possível e a criação de um código internacional de marketing de substitutos do leite materno.</p> <p>Atualmente, a OMS (2001) recomenda e incentiva o aleitamento materno em exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida, altura a partir da qual, está indicada a introdução de alimentos complementares, dada a incapacidade do leite materno em exclusivo suprir todas as necessidades nutricionais da criança a partir do segundo semestre de vida. E como complemento pelo menos até aos dois anos de vida.</p> <p>Levy e Bértolo (2008) afirmam que estudos portugueses apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, com mais de 90% das mães portuguesas a iniciá-lo. Contudo, esses mesmos estudos revelam que quase metade destas mães desiste precocemente, ainda durante o primeiro mês. Como tal, é urgente reconhecer quais as questões que estão na base do seu insucesso e que levam à interrupção precoce.</p> <p>As mesmas autoras reconhecem a existência de três “pontos de viragem” para o sucesso do aleitamento materno: A decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação, sendo que como “pontos de viragem” consideram oportunidades de excelência para a intervenção em saúde.</p> <p>O presente estudo irá recair sobre o estabelecimento da lactação, que segundo Levy e Bértolo (2012), para tal, são decisivas todas as práticas hospitalares relacionadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto.</p> <p>Também na perspetiva de Galvão (2006) as experiências com o aleitamento materno encontram-se intimamente associadas à percepção das vivências das mães durante o trabalho de parto, às reações e atitudes da equipa de saúde às suas necessidades, incluindo-se aqui o respeito pela sua dignidade e privacidade, que contribuem para o seu conforto e bem-estar, afetando a sua motivação relativamente ao aleitamento materno e à receptividade com que a mãe o inicia.</p> <p>Justifica-se assim a opção desta temática com a premência de se perceber se as vivências no trabalho de parto e parto se relacionam ou não com o estabelecimento do aleitamento materno.</p> <p>O parto é um evento na vida da mulher, carregado de significados construídos a partir da sua singularidade. Segundo Carneiro (2003) o parto inscreve-se na vida da mulher como uma etapa problemática. No entanto, este nem sempre foi vivido tal qual o conhecemos. Nas décadas de 40 a 60 a maior parte dos partos realizava-se por parteiras sem formação, no domicílio, muitas vezes sem condições de higiene, sendo que os procedimentos por estas desempenhados se baseavam na sabedoria popular, transmitida de geração em geração. (Cunha et al 2016) Contudo, no domicílio os cuidados prestados pelas parteiras ou “curiosas” eram personalizados e respeitavam acima de tudo a individualidade da mulher, o seu tempo e a sua intimidade.</p> <p>Com o surgimento do parto institucionalizado surge o parto medicalizado, com foco em procedimentos rotineiros, nos quais a mulher em trabalho de parto fica entregue aos cuidados de uma equipa de profissionais de saúde com todas as condicionantes que daí advêm.</p> <p>Também o tipo de parto tem influência direta sobre o a vivência do puerpério, afetando a relação da diade e comprometendo o estabelecimento da amamentação.</p> <p>Segundo Graça (2010), citado por Cunha et al 2016, o parto eutócico é aquele que acontece no final da gestação, sem necessidade de intervenção instrumental, sendo que para estas situações encontramos o parto distócico por fórceps ou por ventosa como resposta, ou ainda o parto distócico por cesariana como intervenção cirúrgica. Ainda segundo o mesmo autor, entende-se por trabalho de parto o conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.</p> <p>O parto eutócico favorece o contato imediato entre mãe-filho, sendo este um fator facilitador da amamentação. Por sua vez a cesariana requer um maior espaço de tempo para o estabelecer do contato entre o binómio, devido à incisão e aos efeitos da anestesia no pós-parto. (Vieira FS, Costa ES, Sousa GC, et al. 2019).</p> <p>Pretende-se então com a realização deste estudo avaliar de que forma a vivência do trabalho de parto influencia a mulher no processo de estabelecimento do aleitamento materno.</p> <p>E como finalidade, pretende-se contribuir para a sensibilização dos profissionais de saúde, do impacto das suas ações durante o trabalho de parto, no estabelecimento do aleitamento materno.</p> <p>No atual projeto, definindo-se como meta a aquisição de competências específicas na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e de competências comuns dos Enfermeiros Especialistas (OE, 2018) e na sequência dos campos de estágios a realizar, entende-se como objetivos: a aquisição de competências específicas na área da saúde materna e obstétrica que permitam cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade, no âmbito do período pré-natal; nos vários estádios do trabalho de</p>

parto em situação de saúde/desvio de saúde; no período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde; durante o período pós-natal e vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; de mostrar aquisição de conhecimentos, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência; desenvolver competências de investigação através de um projeto de investigação que pretende relacionar o estabelecimento do aleitamento materno com o trabalho de parto; pretende-se por fim defender, através de um relatório apresentado em provas públicas, a sua atuação no Estágio de Natureza Profissional.

Conforme os objetivos definidos, seguem-se as atividades planeadas, onde as unidades de competência definidas pela Ordem dos Enfermeiros, correspondem aos resultados esperados para o desenvolvimento e aquisição de grau académico.

Plano de Atividades:

Local	Objetivos	Atividades	Resultados Esperados	Processo de Avaliação
VERTENTE CLÍNICA PARA COMPETÊNCIAS INSTRUMENTAIS E RELACIONAIS	Objetivo 1: Cuidar/casal a mulher no período pré-concepcional	Assistência em consulta de normal-rotina da mulher/casal para Saúde Sexual e Reprodutiva	Promoção da saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar.	Registos validados por supervisor: - Boletins da DGS - Sistema computacional - Protocolos próprios
		Reconhecimento de ocorrências de risco em Saúde Sexual e Reprodutiva.	Diagnostico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar	
		Reconhecimento de desvios da Saúde Sexual e Reprodutiva.	Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis	
	Objetivo 2: Cuidar a mulher/casal Período pré-natal	Assistência em consulta de rotina de Saúde Materna	Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	Registos validados por supervisor: - Boletim de SR/PF - Boletim da Grávida - Sistema computacional - Protocolos próprios
		Reconhecimento de ocorrências de risco em Saúde Materna	Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	
		Reconhecimento de desvios da Saúde Materna	Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.	
VERTENTE CLÍNICA PARA COMPETÊNCIAS INSTRUMENTAIS E RELACIONAIS NO PERÍODO PERIPARTO	Objetivo 3: Cuidar a mulher/casal No trabalho de parto	Assistência no trabalho de parto e adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.	Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina	Registos validados por supervisor: - Boletim da Grávida - Sistema computacional - Protocolos próprios
		Reconhecimento de ocorrências de risco da saúde da mulher e do recém-nascido.	Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	
		Reconhecimento de desvios da Saúde Materna	Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.	
VERTENTE CLÍNICA PARA COMPETÊNCIAS INSTRUMENTAIS E RELACIONAIS NO PERÍODO	Objetivo 4: Cuidar a mulher/casal período peri-natal	Assistência no período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da mulher e do recém-nascido.	Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	
		Reconhecimento de ocorrências de risco da saúde da mulher e do recém-nascido.	Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.	
		Reconhecimento de desvios da Saúde Materna e do recém-nascido.	Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	
VERTENTE CLÍNICA PARA COMPETÊNCIAS INSTRUMENTAIS E RELACIONAIS NO	Objetivo 5: Cuidar a mulher/casal período pós-concepcional	Assistência em consulta de normal-rotina da mulher, durante o processo de transição à menopausa	Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	Registos validados por supervisor: - Boletins da DGS - Sistema computacional - Protocolos próprios
		Reconhecimento de ocorrências de risco na Saúde da mulher na menopausa.	Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.	

		Reconhecimento de desvios da Saúde da Mulher na menopausa	Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.	
		Atendimento e educação para a saúde da mulher não-grávida	Promoção da saúde ginecológica da mulher.	
		Assistência à mulher sujeita a cirurgia gínito-urinária e da mama	Diagnóstico e Cuidados à mulher com afecções do aparelho geniturinário e ou mama e facilitação da adaptação.	
VERTENTE DE PESQUISA PARA COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO	Objetivo 6: Identificar a relação entre o parto e o estabelecimento do aleitamento materno	Revisão da literatura Aplicação de instrumento de recolha de dados Análise e tratamentos dos dados recolhidos. Elaboração das conclusões no relatório	Identificação da relação entre o parto e o estabelecimento do aleitamento materno	Validação com supervisor clínico • Casos, contexto de recolha de dados Validação com professor Tratamento estatístico
		Realização de sessões informativas às puérperas	Bom estabelecimento do aleitamento materno	

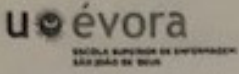
Cronograma de Atividades

	Ano 2019		Ano 2020									
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out
Realização de Reuniões												
Submissão do projeto de investigação à comissão de curso e comissão de ética da Universidade de Évora.												
Realização de pesquisa bibliográfica;												
Aplicação questionários às puérperas nos serviços onde a mestrandia irá realizar os ensinos clínicos.												
Análise e tratamento dos dados colhidos.												
Elaboração do relatório final.												
Entrega do relatório final.												

Referências bibliográficas:

- Bértolo, H. & Levy, L. (2012) Manual do Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê. Lisboa.
- Carneiro, M. (2003) *Ajudar a nascer – parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação*. Porto: Dissertação de Doutoramento em ciências da educação, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Cunha, M., Ferreira, M., Aparício, G. & Bica, I. (2016) Parto no Domicílio em Portugal: Vivências das décadas de 40 a 60 do século XX às recomendações atuais. *Revista Servir*, 59, 55-66.
- Galvão, D.M. (2006). *Amamentação bem-sucedida: Alguns fatores determinantes*. Loures: Lusociência;
- Graça, L.M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 4a Edição, Lisboa: Lidel.
- WHO. (2001). The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation. Geneva. Acedido em 11/10/2019. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf;
- OE. (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. In. Lisboa.
- Vieira, F.S., Costa, E.S., Sousa, G.C., Oliveira, T.M.P. & Neiva, M.J.L.M. (2019) Influência do Parto Sobre o Desmame no Puerpério. *Cuidado é Fundamental*, 11, 425-431

Apêndice 5 – Experiências decorrentes do Estágio de Natureza Profissional



 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

 Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria

 Estágio Final

 Ano Lectivo 2019 / 2020

Nome do Aluno: Ana Margarida Caldeira Salas Ferreira Nº _____

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) _____	43
• Participação activa em partos pélvicos _____	4
• Participação activa em partos gemelares _____	2
• Participação activa noutros partos _____	10
• Episiotomia _____	12
• Episiorrafia / perineorrafia _____	27
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez _____	60
• Trabalho de parto _____	10
• Puerpério _____	28
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	340
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	280
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	15
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	125

Apêndice 6 – Sessão de Educação para a Saúde



Hipogaláctia: "Será que não tenho Leite?!"

Mestrado ESMO – Estágio de Natureza Profissional

USF Alcoides

2º Ano – 1º Semestre
Ana Margarida Ferreira

Objetivos da sessão:

Pretende-se:

1. Informar sobre o que é a baixa produção de leite;
2. Capacitar as grávidas para ficarem alerta e identificarem precocemente possíveis oscilações da normalidade no processo de aleitamento materno;
3. Habilitar as grávidas a agir corretamente em situações de desvio da normalidade, procurando apoio do profissional de saúde capacitado para tal.
4. Promover o debate e esclarecimento de dúvidas.

Página 2 de 9

1. O que é normal no aleitamento materno.
2. Posso não ter leite suficiente?
3. Quais as causas da produção insuficiente de leite.
4. Como posso aumentar a produção de leite.



Página 3 de 9

A background image of a woman breastfeeding her baby, similar to the one above but with a different crop and a semi-transparent overlay.

**OMS –
Amamentação
exclusiva 6
meses**

- Em Portugal - apenas 55-64% das mães amamentam aos 3 meses, e 34% aos 6 meses

O que é Normal no Aleitamento Materno

Aleitamento Materno Bem Sucedido =
Boa transferência de leite entre a mãe e o bebê

↓

A atuação do **BEBÉ** é fundamental!!

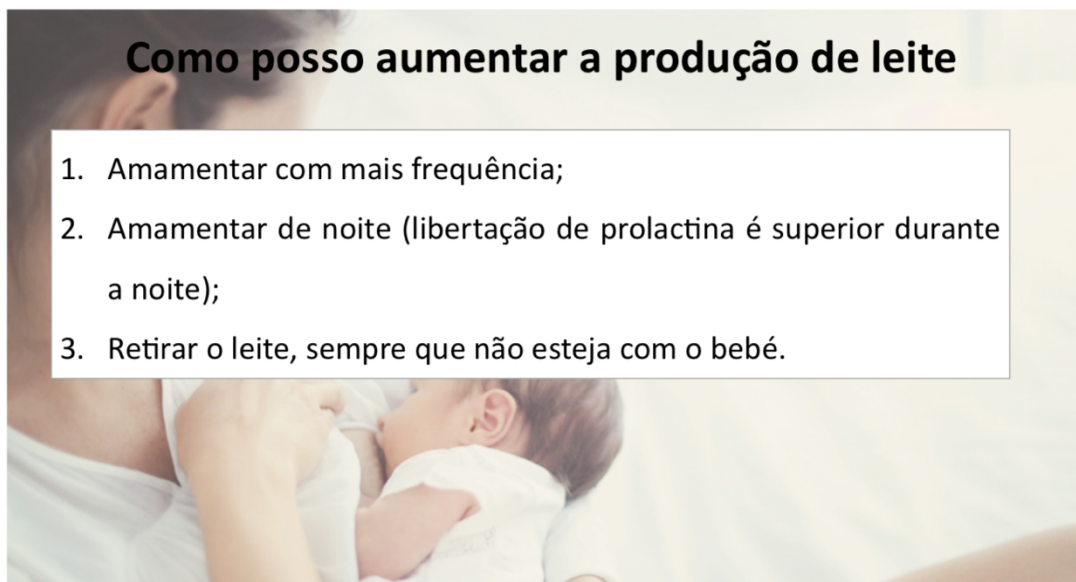
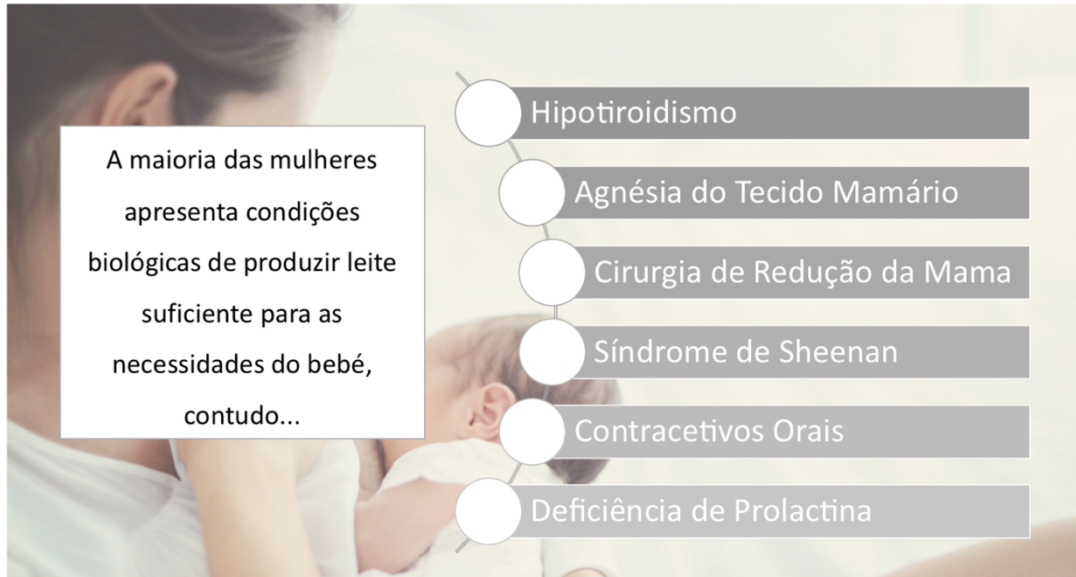
```
graph TD; A[Produção de Leite] --> B[Sucção Eficaz]; B --> C[Bebê alimenta-se]; C --> D[Mama vazia]; D --> A;
```

Posso não ter leite suficiente?

“Pouco Leite” ou “Leite Fraco”

- Percepção de Hipogalactia (pouco leite)
- Introdução de Leite de Fórmula
- Desmame Precoce

Apoio do profissional de saúde



Questões...



Página 9 de 9