



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Estabelecimento do Aleitamento Materno: auto-eficácia e
motivação da mulher**

Marina Isabel Caetano Sanches

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros
Françoise Lopes

Évora 2022



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Estabelecimento do Aleitamento Materno: auto-eficácia e motivação da mulher

Marina Isabel Caetano Sanches

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros
Françoise Lopes

Évora 2022



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

Presidente | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora)

Vogais | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Orientador)
Paula Bilro (Universidade de Évora) (Arguente)

Estabelecimento do Aleitamento Materno: autoeficácia e motivação da mulher

Agradecimentos

Com o término deste trabalho, chega o final de uma fase muito importante de crescimento pessoal e profissional, mas também muito desafiadora e complicada. Não seria possível alcançar esta meta sem a ajuda e colaboração de muitas pessoas que cruzaram o meu caminho e o percorreram comigo, e por isso não podia deixar de agradecer e escrever umas palavras de gratidão às mesmas.

Agradeço à minha orientadora pedagógica, Professora Doutora Maria da Luz Ferreira Barros e à Co-orientadora Professora Doutora Françoise Lopes pela orientação, dedicação, disponibilidade, incentivo e todos os ensinamentos e partilhas durante o meu percurso académico tornando possível terminar o mestrado e acreditar que era possível, sem elas não teria certamente conseguido chegar até aqui com sucesso.

Quero agradecer também a todo o restante corpo docente do Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus que sempre tiveram uma porta aberta e disponibilidade para partilhar e ajudar ao longo do curso contribuindo para a minha formação profissional especializada. Quero destacar a Professora Doutora Maria Otília Zangão enquanto coordenadora do mesmo.

Não posso deixar de agradecer a todas as minhas enfermeiras supervisoras pela paciência, disponibilidade, interajuda, ensinamentos e partilhas tornando-se pilares para o meu crescimento como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, contribuindo para a minha prestação de cuidados especializados, nunca esquecerei o que aprendi convosco. Nomeadamente a Sandra Capucho, a Rita Grilo, a Vera Relvas e a Davina Ferreira. Gostava de destacar em especial, pois além de supervisoras, foram um Ser Humano inigualável tornando-se fontes de inspiração da minha vida futura enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a Lisa Guerrilhas, a Lúcia Eira e a Sandra Pino.

Agradeço a todas as minhas colegas de trabalho, à coordenadora do departamento, à instituição de saúde onde trabalho e às chefes do serviço, pela ajuda, pelo incentivo, disponibilidade de horário e por todas as trocas que precisei, extras inclusive. Obrigada em destaque à Maria, à Alexandra e Marta pela colaboração a nível informático. Aqui, também preciso dizer um especial obrigado à enfermeira Ana Costa, que assume funções de chefia de elevada qualidade, e tudo fez para a realização do estágio e deste relatório, e

também pelas inúmeras vezes que me escutou, incentivou e “deu nas orelhas” quando precisei ou pensava que não conseguia. É um Ser Humano incrível, também uma fonte de inspiração e uma líder que seguiria de olhos fechados, nunca esquecerei este contributo ao longo do mestrado.

Agradeço aos meus colegas de mestrado por partilharem comigo a sua experiência ao longo da jornada, em especial a dois colegas que se tornaram amigos para a vida Milene Lózinho e António Faroleira, que sempre estiveram prontos para me ajudar, apoiar, a levantar quando caia e tornar esta experiência mais gratificante.

Quero agradecer também a todas as mulheres que me permitiram prestar cuidados especializados e adquirir conhecimentos, e partilhar momentos tão especiais e vulneráveis como o parto e a adaptação à parentalidade.

E como não poderia deixar de ser, não tenho nem existem palavras suficientes para agradecer à minha família e alguns amigos próximos que sempre foram o meu porto de abrigo e me apoiaram, nunca deixaram de acreditar que eu conseguia, sempre confiaram em mim e transmitiram força e motivação. Quero destacar os meus pais e irmã, mas também o meu marido e filho, Miguel, pela minha pouca disponibilidade e ausências, paciência, mas que ainda assim tinham sempre um sorriso, uma palavra, um reforço positivo mesmo nos momentos mais complicados. Obrigada!

“Quando uma coisa evolui, também evolui tudo o que está a nossa volta. Quando procuramos ser melhores do que somos, tudo à nossa volta se torna melhor também.”

Paulo Coelho

Resumo

Introdução: O estágio de natureza profissional integrado no mestrado em saúde materna e obstétrica, possibilita a aptidão de competências. A temática é de interesse mundial, pois o aleitamento materno é considerado um dos pilares da saúde e o melhor alimento.

Objetivos: Analisar crítica e reflexivamente as atividades desenvolvidas na aquisição de competências. Descrever a informação pertinente sobre a autoeficácia e motivação materna relativamente ao aleitamento materno. **Metodologia:** Estágio realizado sob metodologia de supervisão clínica. Análise das experiências clínicas. Estudo tipo correlacional, abordagem quantitativa. População foram as puérperas praticantes de aleitamento materno. Recolha de dados através de questionário, tratamento com *Software IBM® SPSS® Statistic*, versão 24.

Resultados: Cumpridas as experiências clínicas. O estudo revelou altos níveis de motivação e autoeficácia. **Conclusões:** Objetivos atingidos. Competências adquiridas, com resultados positivos. O tema explorado demonstrou uma correlação positiva entre o aleitamento materno, motivação e autoeficácia materna.

Descritores DeCS: “Amamentação”; “Motivação”; “Autoeficácia”, “Mulher”, “Enfermeira Obstétrica”

Breastfeeding Establishment: self-efficacy and motivation of women

Abstrac

Introduction: The professional internship integrated in the master's degree in the maternal and obstetric health allows the aptitude of competences. This theme is of global interest once breastfeeding is considered the best food and one of the pillars of health.

Objectives: To critically and reflexively analyze the activities developed in the acquisitions of competences. To describe relevant information about maternal self-efficacy and motivation regarding breastfeeding. **Methodology:** Internship made under clinical supervision methodology. Analysis of clinical experiences. Correlational study, with a quantitative approach. The population were the mothers who breastfed. The data was collected through a questionnaire, treated with *IBM® SPSS® Statistic*, 24th version.

Results: Clinical experiences fulfilled. The study shown high levels of motivation and self-efficacy. **Conclusions:** Objectives accomplished. Skills acquired, with positive results. The explored theme shown a positive correlation between breastfeeding, motivation and maternal self-efficacy.

Descriptors MeSH: Breastfeeding; Motivation; Self-efficacy, Women, Obstetric Nurse

Índice

1	Introdução	13
2	Contexto Clínico Do Estágio De Natureza Profissional	16
	2.1 Centro Hospitalar	17
	2.1.1 Centro Hospitalar, unidade P	18
	2.1.1.1 Serviço de Ginecologia.....	18
	2.1.1.2 Serviço de Bloco de Partos.....	19
	2.1.1.3 Serviço de Obstetrícia	22
	2.1.2 Centro Hospitalar, unidade F	24
	2.1.2.1 Serviço de Bloco de Partos.....	24
	2.1.3 Centro de Saúde do Algarve	26
	2.2 Metodologia	28
	2.2.1 Objetivos	29
	2.2.2 População-Alvo	30
3	Contributos Para A Assistência Em Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica	31
	3.1 Concetualização	32
	3.2 Metodologia	46
	3.2.1 Caraterização da população/amostra	47
	3.3 Resultados e discussão	47
	3.3.1 Caraterização da População-Alvo	48
	3.3.2. Escala “the breastfeeding self-efficacy scale-short form”	48
	3.3.2. "Escala da motivação para a amamentação"	50
4	Análise Reflexiva sobre o Processo de Mobilização de Competências.....	56
	4.1 Competências comuns dos enfermeiros especialistas	56
	4.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	59
	4.2.1 Percurso de aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nos cuidados de saúde primários- centro de saúde do Algarve	61
	4.2.2 Percurso de aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no serviço de ginecologia	66
	4.2.3 Percurso de aquisição de competências específicas de Enfermeiro	

<i>Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no serviço obstetrícia</i>	68
<i>4.2.4 Percurso de aquisição de competências específicas de Enfermeiro</i> <i>Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no bloco de partos</i>	73
5 Considerações Finais	80
6 Referências Bibliográficas	82
6.1 Webgrafia	87
Apêndices	88
Apêndice A - Submissão do projeto aos serviços académicos da Universidade de Évora.....	89
Apêndice B – Experiências/ <i>curriculum</i> total do estágio.....	97
Apêndice C – Instrumento de recolha de dados	99
Apêndice D - Convite a participação com consentimento informado para a recolha de dados.....	103
Apêndice E - Síntese de artigos analisados na revisão da literatura.....	106
Apêndice F - Tabelas de frequências de resultados	111
Apêndice G – Reflexão do estágio do centro de saúde do Algarve.....	132
Apêndice H – Aula de preparação para o Nascimento – Apresentação em <i>power point</i>	136
Apêndice I – Reflexão do estágio no serviço de ginecologia do centro hospitalar a sul de Portugal.....	153
Apêndice J – Reflexão do estágio do bloco de partos durante 6 semanas no centro hospitalar a sul de Portugal.....	158
Apêndice L - Reflexão do estágio do bloco de partos durante 4 semanas no centro hospitalar a sul de Portugal.....	167
Apêndice M - Reflexão do estágio no serviço de obstetrícia no centro hospitalar a sul de Portugal.....	173
Anexos	179
Anexo A – Autorização das autoras para a utilização da escala autoeficácia na amamentação	180
Anexo B - Autorização das autoras para a utilização da escala da motivação para a amamentação	182
Anexo C – Parecer positivo da comissão de ética da Universidade de Évora	184
Anexo D – Parecer positivo da comissão de ética do centro hospitalar a sul de Portugal.....	186
Anexo E - Declaração de Aceitação de Orientação	188

Índice de Figuras

Figura 1- Fluxograma das etapas metodológicas	35
Figura 2 - Gráfico com as Experiências dos estágios segundo as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	60

Índice de Tabelas

Tabela 1- Estatística maior percentagem de resposta a escala breastfeeding self-efficacy short form	49
Tabela 2 - Estatística maior percentagem de resposta da Escala da Motivação para a Amamentação	51
Tabela 3 - Correlações de <i>Pearson</i>	53

1 Introdução

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF) é uma unidade curricular inserida no segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. Este mestrado é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e baseado no seu Regulamento n.º 391/2019 (2019a), onde estão descritas as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), nomeadamente a prestação de cuidados à mulher/família inserida na comunidade em todas as fases da sua saúde sexual, reprodutiva e ginecológica.

O estágio obedece também à diretiva europeia relativamente ao reconhecimento das qualificações profissionais do EEESMO, publicada na Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias de 7 de setembro, transportada para a lei portuguesa n.º 9/2009 de 4 de março, e após várias atualizações, sendo a última a Lei n.º 26/2017 de 30 de maio. Segue ainda as orientações da *International Confederation of Midwives e Nursing and Midwives Council*.

Esta unidade curricular decorreu em seis contextos clínicos diferentes, desde os cuidados de saúde primários até aos diferenciados na região sul de Portugal, com a metodologia de supervisão clínica através dos EEESMO de cada local e pela orientação pedagógica da Professora Doutora Maria da Luz Ferreira Barros e da Professora Doutora Françoise Lopes. Ao longo do mesmo, foram delineados como principais objetivos adquirir conhecimentos e desenvolver competências, bem como solidificar os já existentes obtidos previamente no ano anterior, baseados na evidência.

Paralelamente à prestação de cuidados, explorou-se também um tema para aprofundar e estudar com vista ao contributo na melhoria dos cuidados. O ENPRF tem por base um projeto submetido em novembro de 2019 (Apêndice A). O relatório tem como principais objetivos:

- Analisar crítica e reflexivamente as atividades desenvolvidas na aquisição de competências gerais e específicas na prática clínica ao longo do estágio.

▪ Descrever a informação pertinente sobre a autoeficácia e motivação materna relativamente ao Aleitamento Materno (AM) que possa contribuir para a melhoria da prestação de cuidados dos EEESMO.

A temática escolhida foi o AM pois é um assunto de interesse mundial e tem atualmente uma extrema importância pelos seus inúmeros benefícios, motivo pelo qual se deve fazer o que estiver ao alcance para estudar a melhor forma de aumentar as suas taxas de sucesso. Além da pertinência do tema, é algo onde sempre existiu interesse pessoal e profissional.

O EEESMO tem inerente às suas funções a promoção do AM, e a sua intervenção é essencial e primordial, pois pode ser o responsável pelo primeiro contacto com o mesmo. É dotado de conhecimentos para atuar, planificar e avaliar todas as áreas do AM, prevenir complicações e reforçar, visando sempre tornar uma experiência positiva e gratificante à díade mãe e recém-nascido (RN) e família. Desta forma, contribui para o sucesso da prática e previne o desmame precoce.

Associada a esta prática surgem alguns conceitos como a autoeficácia e a motivação materna, e a forma como estas podem influenciar a mesma. Existem algumas ferramentas fiáveis que avaliam estes aspetos, e podem conduzir e auxiliar a atuação do enfermeiro nas suas intervenções. O AM pode ser influenciado por diversos fatores, embora seja algo que se pode aprender, não obstante à sua fragilidade quanto à falta de informação, apoio, dificuldades, experiências negativas e inexperiência (Zangão & Felismina, 2011).

A evolução da enfermagem é baseada em alguns modelos teóricos, sendo a teoria de enfermagem de Kristen Swanson a que sustenta este trabalho. Foi elaborada em 1988, e tem como principal interesse o cuidado ao outro valorizando a relação de compromisso e responsabilidade (Swanson, 1991 citado em Smith & Parker, 2015). Este modelo tem 5 princípios básicos, que consagram e dão mais significado à prestação de cuidados: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter as crenças (Oliveira *et al*, 2018). Os mesmos autores, referem que este modelo considera a pessoa cuidada como um Ser único, sendo importante refletir, conhecer, identificar as necessidades e prioridades de forma a garantir a segurança, a qualidade e o plano de cuidados individual adequado para que seja possível atingir a satisfação da mulher (2018). Igualmente importante que seja dada a

possibilidade da expressão dos direitos sexuais e reprodutivos, o direito de escolha, a autonomia e bem-estar da mulher e família (Oliveira *et al*, 2018).

A filosofia baseada no bem-estar do outro é tão inerente e característica do AM e da profissão de EEESMO. Este deve olhar para a díade mulher-RN como seres únicos, de forma holística e estar disponível para conhecer, ouvir, fazer um plano de cuidados, de forma a educar no que a mulher decidir, garantido a segurança da díade de forma respeitosa, considerando sempre as crenças (Oliveira *et al*, 2018). Podemos influenciar significativamente este processo de adaptação neste momento tão vulnerável, especial e único da vida da díade.

O presente relatório respeita o Regulamento Académico da Universidade de Évora, publicado no Diário da República 2ª série nº 227 de 26 de novembro de 2018. Está organizado por 5 capítulos, inicia-se na presente introdução, seguindo a análise do contexto clínico onde se realizou o estágio. O capítulo seguinte é a parte de aprofundamento sobre a relação entre a autoeficácia e motivação materna em relação ao estabelecimento do AM. Posteriormente, apresenta-se uma análise reflexiva acerca das competências adquiridas comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEESMO. Concluindo-se com as considerações finais e as referências bibliográficas, e por fim os anexos e apêndices. Segue também as normas da *American Psychological Association* 7ª edição em concordância com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

2 Contexto Clínico Do Estágio De Natureza Profissional

O ENPRF é uma unidade curricular de carácter prático do segundo ano do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica, sendo dividido em 2 semestres. É realizado após o primeiro ano de aquisição de conhecimentos teóricos, e tem o objetivo de colocar em prática os mesmos, fomentar e aprofundar conhecimentos e adquirir novos, nos cuidados prestados à mulher/família enquanto futuro EEESMO. Segundo a OE (2019a), o EEESMO presta cuidados especializados à mulher inserida na família/comunidade ao longo do seu ciclo reprodutivo, assumindo intervenções autónomas nas situações de baixo risco, e interdependentes nas situações de médio e alto-risco.

Dada a minha situação pessoal, foi autorizada superiormente a antecipação do estágio, tendo iniciado a 2 de setembro de 2019. Devido à situação pandémica pela Covid-19 e pela minha situação pessoal, retomei o estágio em outubro de 2021. Ainda devido à pandemia pela covid-19, foi impossibilitada a realização de um período de observação com a duração de uma semana no serviço de neonatologia, não permitindo o contato com estes cuidados específicos e diferenciados.

O estágio ocorreu em vários contextos clínicos, no âmbito dos cuidados de saúde primários e diferenciados, de acordo com a seguinte distribuição:

De 2.09.2019 a 12.10.2019 – Centro de Saúde do Algarve (6 semanas)

De 14.10.2019 a 22.11.2019 – Serviço de Ginecologia num Centro Hospitalar, unidade P (6 semanas)

De 25.11.2019 a 10.01.2020 – Serviço de Bloco de Partos num Centro Hospitalar, unidade P (6 semanas)

De 13.01.2020 a 7.02.2020 – Serviço de Bloco de Partos num Centro Hospitalar, unidade F (4 semanas)

De 18.02.2020 a 09.03.2020 – Serviço de Obstetrícia num Centro Hospitalar, unidade P (5 semanas)

De 04.10.2021 a 26.11.2021 – Serviço de Bloco de Partos num Centro Hospitalar, unidade P (8 semanas)

Não obstante a todos os percalços ocorridos, os objetivos para este estágio foram atingidos no que respeita às competências comuns e específicas de EEESMO, segundo o

Diário da República 2^a série, nº26, de 6 de fevereiro de 2019 e o Diário da República 2^a série, nº85, de 3 de maio de 2019, respetivamente. Em relação ao ENPRF, tem um total de 36 semanas e 60 *European credit transfer system*, de acordo com a Diretiva Europeia que preconiza na Lei Portuguesa n.º 9 /2009 de 4 de março, com as várias atualizações, sendo a última a Lei n.º 26/2017 de 30 de maio, respeitando também o regulamento académico da Universidade de Évora. Neste capítulo caracterizarei os contextos em que decorreu o ENPRF bem como identificarei e descreverei os seus recursos humanos, materiais e estrutura física.

2.1 Centro Hospitalar

Integrado no SNS, em 2013, foi criado um Centro Hospitalar (CH), que resultou da fusão entre os 3 principais hospitais da região. Esta unidade de saúde é responsável pela prestação de cuidados de saúde diferenciados, garantindo a equidade e universalidade, na região, bem como pelo apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde, fomentando o desenvolvimento de atividades de formação e ensino pré, pós-graduado e de investigação (CH, 2022).

O CH assegura a prestação de cuidados de saúde em toda a extensão da região, cerca de 16 conselhos, a uma população de cerca de 450.000 habitantes, número que pode triplicar na época alta do turismo. As unidades desta instituição estão separadas por uma distância máxima de 90 km, e têm um total de 995 camas, com mais 30 camas supletivas (CH, 2022). O distrito tem 16 centros de saúde, com 68 extensões, que prestam assistência integral nos cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem em regime de ambulatório ou no domicílio (ARS, 2020).

Em Portugal, no ano de 2020 houve um total de partos de 83.873, sendo 3756 partos eutócicos, 30.412 partos distócicos por cesariana e 15.807 outros partos distócicos (PORDATA, 2020). No CH no ano de 2020, nas duas unidades, houve um total de 3.645 partos, entre os quais 1.014 foram partos distócicos por cesariana e os restantes foram eutócicos ou distócicos outros. Não existem dados publicados referentes a 2021.

2.1.1 Centro Hospitalar, unidade P

Esta unidade P do CH (CHP) está organizada por 8 pisos e pelos seguintes departamentos médicos: Cirurgia, Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, Materno-Infantil, Medicina, Psiquiatria e Saúde Mental e Serviços Clínicos não departamentalizados, Serviço de Apoio, Comissões Técnicas e Órgãos Consultivos.

O serviço de Materno-Infantil encontra-se no 2º piso, e é constituído pelos serviços de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Bloco de Partos, Serviço de Obstetrícia, Serviço de Ginecologia, Serviço de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Hospital de dia de Pediatria (consultas externas). Estão todos no mesmo piso e alguns interligados, para dar uma melhor resposta em caso de necessidade.

Neste momento com a pandemia provocada pela covid-19, houve necessidade de abrir unidades como parte integrantes dos serviços de urgência quer geral quer pediátrico, bem como reorganizar e adaptar alguns serviços e instalações/espacos físicos e mobilizar profissionais de saúde. Foram necessárias estas adaptações de forma a dar resposta às necessidades existentes para conseguir isolar e prestar cuidados adequados e seguros a estes doentes e a todos os que recorrem a esta unidade.

2.1.1.1 Serviço de Ginecologia

O serviço de Ginecologia tem duas enfermarias com três camas e duas enfermarias com duas camas, todas com casa de banho, um gabinete da enfermeira chefe, uma sala de trabalho de enfermagem, um balcão onde são realizados os registos, uma sala de tratamentos e de armazenamento de material clínico, uma copa, uma sala de sujios e uma casa de banho. A sala de tratamentos está equipada também com todo o material necessário para o armazenamento e registo fetal para estudo, bem como o frigorífico utilizado só para tal. Tem ainda um gabinete administrativo, que fica externo ao serviço em si e comum com o serviço de obstetrícia.

A nível de recursos humanos, a equipa tem 12 enfermeiras entre as quais uma enfermeira chefe que é EEESMO e 2 enfermeiras especialistas (1 EEESMO e 1 enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica), as restantes enfermeiras são generalistas. Tem 8 assistentes operacionais. A equipa médica é partilhada pelo bloco de partos e serviço de obstetrícia.

As utentes internadas neste serviço podem vir diretamente do domicílio, com uma cirurgia agendada/eletiva ou numa situação aguda, que fazem a triagem no serviço de urgência geral, sendo encaminhadas para o serviço de urgência obstétrica e ginecológica, onde são avaliadas pelo EEESMO e médico. Após a avaliação e/ou intervenção cirúrgica, é transferida para o serviço de ginecologia. Podem ser provenientes também da consulta de diagnóstico pré-natal. Neste serviço são internadas grávidas até às 22 semanas, mulheres em situação de aborto ou interrupção médica da gravidez e utentes do foro ginecológico/cirurgia ginecológica, e exceccionalmente, estão internadas outras utentes com outras patologias. Normalmente existem dois dias por semana com entradas de utentes para cirurgias eletivas no dia seguinte. As cirurgias podem ser realizadas no bloco operatório do bloco de partos ou no bloco central. No bloco operatório central são todas as cirurgias eletivas, após as 20 horas ou aos fins de semana, e no bloco de partos as restantes.

2.1.1.2 Serviço de Bloco de Partos

O bloco de partos é constituído pelo serviço de urgência obstétrica e ginecológica, pelas salas de partos, bloco operatório e salas de recobro. Podemos enumerar detalhadamente a seguinte organização geral: uma sala de administrativas, dois gabinetes médico, uma sala da enfermeira gestora, uma sala de trabalho de enfermagem, uma sala de registos/enfermagem, um total de sete casas de banho, uma sala de sujios, uma sala de roupa, dois vestiários para funcionários, uma área de transfere, uma área de lavagem e desinfeção de mãos, uma sala cirúrgica, uma sala de apoio e reanimação de RN, uma sala de arrumos, cinco salas de parto, duas salas de recobro para vigilância pós-parto e pós-cirurgia com espaço para 2 pessoas cada e uma copa. Durante a pandemia uma das salas de parto está preparada para fazer isolamento se necessário. Tem acesso direto ao serviço de neonatologia.

A nível de recursos humanos, a equipa de enfermagem é composta por 35 enfermeiros, sendo uma enfermeira gestora que é EEESMO, 22 EEESMO e 12 generalistas. Tem 13 assistentes operacionais. A equipa médica é a mesma para os serviços todos, e a equipa de enfermagem é repartida pelo serviço de urgência obstétrica e ginecológica e bloco de partos. Atualmente, no turno da manhã, um dos EEESMO é

destacado para o serviço de obstetrícia, e nos restantes turnos sempre que é necessário apoia e presta cuidados a grávidas internadas no mesmo e no serviço de ginecologia. Além disso, 2 elementos EEESMO estão nas consultas externas de Saúde Materna e Obstétrica.

A sala operatória é utilizada na realização de cesarianas eletivas ou urgentes/emergentes, até às 20 horas, de segunda a sexta, e algumas cirurgias ginecológicas. Esta sala é equipada com material e equipamento cirúrgico necessário para cada cirurgia, marquesa operatória, carro de medicação e material de enfermagem e cirúrgico, carro de anestesiologia, bisturi elétrico, rampa de oxigénio, ventilador e aspiração por vácuo. Na sala ao lado, é o local onde se prestam os cuidados imediatos ao RN após o nascimento por cesariana. Esta tem um berço aquecido com rampa de oxigénio, aspiração por vácuo, uma banheira, uma balança e todo o material necessário para prestar os cuidados.

A sala de recobro pós cirurgia está reservada e equipada para o recobro das cesarianas ou cirurgias ginecológicas, onde são prestados os cuidados imediatos pós cirúrgicos. Esta outra sala de recobro está reservada e equipada com o material necessário na prestação de cuidados pós-parto em partos vaginais e tem uma incubadora. Ambas as salas têm a possibilidade de aquecer o berço.

As cinco salas de parto individuais do bloco de partos, são usadas durante a indução do trabalho de parto (ITP), o trabalho de parto (TP) e o parto vaginal, na prestação de cuidados imediatos ao RN e à puérpera. Todas estas salas têm iluminação com os focos de luz, uma marquesa de parto articulada que se consegue adaptar para algumas posições de parto que a grávida pode escolher, uma ou duas bombas infusoras, um cardiotocógrafo (duas das sala têm wireless) com monitor de avaliação de sinais vitais, uma mesa de apoio, o kit de parto que tem o material necessário à realização de um parto vaginal, um armário com material clínico necessário para a prestação de cuidados, uma rampa de oxigénio e de aspiração por vácuo, um cadeirão para o acompanhante e um balcão de apoio com banheira e balança onde se prestam os cuidados imediatos ao RN. As salas de partos estão ainda equipadas com material de gestão do controlo da dor com métodos não farmacológicos como a bola de *pilates*, kit de massagem, saco de água quente e musicoterapia. Para entrar no serviço é necessário um código ou a utilização da

campanha. O serviço tem um sistema de alarmes anti rapto, sendo colocada uma pulseira com um chip único após o nascimento.

As utentes que chegam ao serviço de urgência obstétrica e ginecológica, foram primeiramente avaliadas e triadas pelo serviço de urgência geral e posteriormente encaminhadas. Na admissão é realizada uma nova avaliação e colheita de dados pessoal, obstétrica e familiar pelo EEESMO. Se for grávida tem prioridade, e é realizada a avaliação do bem-estar fetal com a realização de cardiotocografia (CTG), durante 20 a 30 minutos, avaliação dos parâmetros vitais e a seguir é avaliada pela equipa médica. Se estiver em TP em fase latente, mas com critérios de vigilância pode ficar internada no serviço de obstetrícia e se estiver em TP em fase ativa fica internada no bloco de partos.

Na sala de partos, é realizado o acolhimento à grávida, são avaliados os sinais vitais e iniciada a monitorização do bem-estar fetal com o CTG contínuo em registo em central *omniview*. Antes do internamento, são realizados testes à covid-19, e se negativos, a grávida tem direito a um acompanhante durante todo o tempo do TP, parto e o puerpério imediato, até à transferência para o serviço de obstetrícia. É questionada a grávida se deseja fazer analgesia epidural e/ou se a mesma a solicitar, é contactada a equipa de anestesia e preparada a grávida, até às 24:00 horas, durante a noite não é possível realizar a mesma. A vigilância e o acompanhamento do TP são da responsabilidade do EEESMO, e sendo uma gravidez de termo, este acompanha a grávida até ao momento do parto. Se houver intercorrências ou se houver necessidade de um parto distócico será realizado pelo médico obstetra.

Após o parto, a puérpera é transferida para a sala de recobro junto do seu RN, onde permanecem em vigilância durante as 2 horas do puerpério imediato, onde é necessário uma vigilância mais apertada e prevenção/resolução de possíveis complicações de ambos. Neste período são prestados todos os cuidados de enfermagem necessários ao bem-estar materno e do RN, podendo destacar a avaliação dos sinais vitais, a avaliação do globo de segurança de *Pinard*, dos lóquios/perdas hemáticas, do períneo e queixas maternas, adaptação extrauterina e se for o caso a amamentação ou alimentação do RN. Se for cesariana, os procedimentos são os mesmos, adicionando os cuidados pós-anestésicos.

Se durante o recobro não houver intercorrências, a puérpera e o seu RN, são transferidos para o serviço de obstetrícia. Sempre que houver um plano de parto, é discutido entre o EEESMO e a grávida, de forma a conciliar os desejos da mesma, a sua segurança e do RN, e que o serviço comporte. O CHSP é certificado como “Hospital Amigo dos Bebés” pela *United Nations International Children’s Emergency Fund* (UNICEF) desde 2008, o que significa que cumpre as 10 medidas nomeadas por este órgão para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, sendo que em todos os partos tenta-se cumprir o contacto pele a pele na primeira meia hora de vida e amamentação precoce, se assim a mulher desejar. Segundo dados fornecidos pela instituição de saúde onde foi realizado a recolha de dados: no período: 01/01/2020 e 31/12/2020 ocorreram 1253 partos, e a nível de amamentação: exclusiva 1104; mista 585; alimentação com leite artificial 104; no período de 01/01/2021 e 25/12/2020 ocorreram 1222 partos, sendo que a nível de amamentação: exclusiva 989; mista 468; alimentação com leite artificial 99.

2.1.1.3 Serviço de Obstetrícia

O serviço de obstetrícia é constituído por 7 enfermarias, cada uma delas com 3 camas perfazendo um total de 21 camas e os respetivos berços; cada enfermaria tem uma casa de banho com duche e chuveiro para higiene perineal; uma sala de enfermagem; uma sala de tratamentos e armazenamento e reanimação do RN; uma sala de sujos; uma casa de banho para funcionários; uma copa; um gabinete da enfermeira gestora; um balcão onde se realizam os registos; um gabinete de administrativa que é comum à administrativa do serviço de ginecologia.

Todas as enfermarias têm janelas com luz natural, uma rampa de oxigénio e de aspiração por vácuo, relógio, um cadeirão, armários, mesa e cadeiras, algumas televisões, 2 monitores, 1 aparelho de Rastreios Auditivos, 2 cardiocógrafos. Tem ainda um sistema de alarme para os RN, através de uma pulseira com chip único que é colocada imediatamente após o nascimento, sempre que possível e com o consentimento dos pais. O cantinho do AM faz parte do serviço, mas fica numa sala externa ao mesmo, bem como a sala do “nascido cidadão”, que é um projeto que dá oportunidade aos pais puderem registar logo o seu RN durante o internamento, é feito por um funcionário do registo civil

e funciona de segunda a sexta. Para entrar no serviço é necessário um código ou a utilização da campainha.

A nível de recursos humanos é constituído por 23 enfermeiras generalistas, 2 EEESMO, 8 assistentes operacionais. A equipa médica, pediatras ou obstetras, é comum ao bloco de partos, serviço de ginecologia, serviço de pediatria e neonatologia. Destas enfermeiras, diariamente, temos uma que está no cantinho de amamentação via telefónica e presencial sempre que necessário. Quando não há no turno um EEESMO, um do bloco de partos é destacado para o serviço de obstetrícia para dar apoio se houver grávidas internadas que necessitem de cuidados específicos. A assistente social é comum ao hospital.

Este serviço recebe grávidas de risco ou com patologias que necessitam de cuidados ou vigilância a partir das 22 semanas de gestação, todas as puérperas e RN estáveis após o pós-parto imediato, todas as mulheres que estejam estáveis e a amamentar em exclusivo e que necessitem de internamento em conjunto com o seu bebé. São previamente triadas no serviço de urgência geral, posteriormente no serviço de urgência obstétrica (mesmo que venham referenciadas da consulta de bem-estar fetal do hospital ou centro de saúde) e só depois para este serviço. Todas as grávidas com tempo de gestação inferior a 35 semanas que tenham risco de parto pré-termo, são transferidas para um hospital com cuidados intensivos neonatais, uma vez que o serviço de neonatologia só tem capacidade de receber RN com idade gestacional igual ou superior à anteriormente referida.

No serviço de obstetrícia são realizados rastreios auditivos e de cardiopatias congénitas, bem como a administração da vacina anti hepatite B. Os registos são realizados na plataforma digital clínica, o *Sclínico*, e na aplicação digital para requisição de medicação, o *GAHF*.

As puérperas com partos eutócicos ou distócicos vaginais têm alta após 48 horas, mas se as 48 horas forem após as 18 horas, só têm alta no dia seguinte. Partos distócicos por cesarina têm alta ao 3º ou 4º dia. Quando os RN clinicamente não estão estáveis e estão internados no serviço de neonatologia, as mães têm várias opções de internamento, entre as quais: ficar em alojamento na neonatologia, que tem um quarto com 2 camas; pode ir para casa e durante o dia visitar o RN ou pode ficar na obstetrícia até que seja

possível após a sua alta prevista. Além das 21 camas, o serviço de obstetrícia recebe tantas mulheres quanto houver necessidade, ou seja, podem ir ficando em macas.

Sempre que houver um plano de parto, é discutido entre a enfermeira e a puérpera, de forma a conciliar os desejos da mesma, a sua segurança e do RN, e o que o serviço comporte. Tal como já supracitado, este é um hospital amigo dos bebês, e por esse motivo neste serviço também se cumprem normas implementadas de forma a promover o AM.

2.1.2 Centro Hospitalar, unidade F

Esta unidade está organizada por 3 edifícios, o edifício principal composto por oito pisos, o edifício novo composto por cinco pisos e outro edifício onde está o Serviço de Psiquiatria, noutra sítio da cidade. Está organizado pelos seguintes departamentos médicos: Cirurgia, Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, Materno-infantil, Medicina, Psiquiatria e Saúde Mental e Serviços Clínicos não departamentalizados, Serviço de Apoio, Comissões Técnicas e Órgãos Consultivos.

O serviço de Materno-infantil encontra-se localizado no edifício principal, no 5º piso, e é constituído pelos serviços de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Bloco de Partos, Serviço de Obstetrícia, Serviço de Grávidas, Serviço de Neonatologia e Serviço de Ginecologia.

2.1.2.1 Serviço de Bloco de Partos

O Bloco de Partos tem 4 salas de parto individuais, um bloco operatório com uma Unidade de Cuidados Pós-anestésicos, uma sala de recobro que pode receber 3 pessoas, uma sala de observação, uma sala de cuidados imediatos ao RN com acesso direto ao serviço de neonatologia. Além disso, tem ainda o gabinete da enfermeira gestora, uma sala de enfermagem, uma sala de material clínico, uma copa, uma casa de banho dos profissionais, uma sala de sujos e uma sala das máquinas. A equipa médica é a mesma que assegura os restantes serviços, e a equipa de enfermagem é partilhada pela unidade das grávidas, serviço de urgência obstétrica e ginecológica e bloco de partos.

A sala operatória é utilizada na realização de cesarianas eletivas ou urgentes/emergentes e algumas cirurgias ginecológicas em que seja preciso intervir rapidamente. Esta sala é equipada com material e equipamento cirúrgico necessário para

cada cirurgia, marquesa operatória, carro de medicação e material de enfermagem e cirúrgico, carro de anestesiologia, bisturi elétrico, rampa de oxigênio, ventilador e aspiração por vácuo. A sala de reanimação do RN que se encontra ao lado da anterior e que dá acesso direto ao serviço de neonatologia, é onde se prestam os cuidados imediatos ao mesmo após o nascimento por cesariana e em caso de reanimação. Esta sala tem um berço aquecido com rampa de oxigênio, aspiração por vácuo, todo o material de reanimação necessário, uma banheira e uma balança. Para entrar no serviço é necessário um código ou a utilização da campainha.

A unidade de cuidados pós-anestésicos está reservada e equipada para o recobro das cesarianas, onde são prestados os cuidados imediatos pós cirúrgicos. A sala de recobro está reservada e equipada com o material necessário na prestação de cuidados pós-parto em partos vaginais.

As quatro salas de parto individuais do bloco de partos, são usadas durante o trabalho de parto e parto vaginal, na prestação de cuidados imediatos ao RN e à puérpera. Todas estas salas têm iluminação natural através das janelas além dos focos de luz presentes na sala, um sistema de rádio, uma marquesa de parto eletrónica que se consegue adaptar a várias posições de parto que a grávida pode escolher, uma seringa infusora, um cardiocógrafa, um monitor de avaliação de sinais vitais, uma mesa de apoio, o kit de parto que tem o material necessário à realização de um parto vaginal, um armário com material clínico necessário para a prestação de cuidados, uma rampa de oxigênio e de aspiração por vácuo, um cadeirão para o acompanhante e um balcão de apoio com banheira e balança onde se prestam os cuidados imediatos ao RN.

As utentes que chegam ao serviço de urgência obstétrica e ginecológica, foram primeiramente avaliadas e triadas pelo serviço de urgência geral e posteriormente encaminhadas. Na admissão é realizada uma nova avaliação pelo EEESMO. Se for grávida tem prioridade, e é realizada a avaliação do bem-estar fetal com CTG, durante 20 a 30 minutos, avaliação dos parâmetros vitais e a seguir é avaliada pela equipa médica. Se estiver em TP em fase latente fica internada na unidade de grávidas, se estiver em TP em fase ativa fica internada no bloco de partos.

Na unidade de grávidas, é realizado o acolhimento à grávida e prestados os cuidados de enfermagem necessários, nomeadamente a avaliação e vigilância do bem-

estar fetal e dinâmica uterina através da realização do CTG, evolução do trabalho de parto, eventual administração de medicação. Assim, que a grávida entrar em TP ativo, é transferida para o bloco de partos.

No bloco de partos, na sala de partos, é realizado o acolhimento à grávida, recolhida história pessoal, obstétrica e familiar, são avaliados os sinais vitais e iniciada a monitorização do bem-estar fetal com o CTG contínuo em registo em central *omniview*, onde ficam registados. Sempre que houver um plano de parto, é discutido entre o EEESMO e a grávida, de forma a conciliar os desejos da mesma, a sua segurança e do RN, e o que o serviço possa facultar. A grávida tem direito a um acompanhante durante todo o tempo do TP, parto e o puerpério imediato, até à transferência para o serviço de obstetrícia. É promovido o conforto e alívio da dor pelo que a parturiente é sempre questionada se deseja fazer analgesia epidural ou se a mesma a solicitar, é contactada a equipa de anestesia e preparada a mesma. A vigilância e o acompanhamento do TP são da responsabilidade do EEESMO, e no caso de ser uma gravidez de termo o acompanhamento é feito desde a admissão até ao parto. Se houver intercorrências ou se houver necessidade de um parto distócico será realizado pelo médico obstetra.

Após o parto, a puérpera é transferida para a sala de recobro junto do seu RN, onde permanecem em vigilância durante as 2 horas do puerpério imediato, onde é necessário uma vigilância mais apertada e prevenção/resolução de possíveis complicações de ambos. Neste período são prestados todos os cuidados de enfermagem necessários à puérpera e ao RN, podendo destacar a avaliação dos sinais vitais, a avaliação do globo de segurança de *Pinard*, dos lóquios/perdas hemáticas, do períneo e queixas maternas, adaptação extrauterina e se for o caso a amamentação ou alimentação do RN. Se for cesariana, vão para a unidade de cuidados pós-anestésicos, e os procedimentos são os mesmos, adicionando os cuidados pós-anestésicos.

Se durante o recobro não acontecerem intercorrências, a puérpera e o seu RN, são transferidos para o serviço de obstetrícia.

2.1.3 Centro de Saúde do Algarve

O centro de saúde tem uma sede principal e duas extensões de saúde noutras localidades próximas. Esta instituição, a nível de recursos físicos, tem 4 pisos, sendo um

deles uma garagem acessível a todos os funcionários. O primeiro piso do edifício é composto por: 2 entradas para os utentes, pois são Módulos diferentes, o I e o II; uma sala de raio X, uma sala de fisioterapia, uma sala de arrumos, uma sala de saúde do adulto, uma sala de terapia da fala, uma sala de sujos, uma sala de observações, salas de técnicas, uma sala de tratamento de roupa, gabinetes médicos e de enfermagem, uma sala de limpos, uma sala de material descontaminado e material clínico, uma sala de psicologia, uma sala de reuniões, uma sala de pequena cirurgia, uma sala de tratamentos, uma sala de emergência, arquivo, casa de banho de funcionários, uma sala para a equipa de cuidados integrados, vestiários feminino/masculino, uma sala de eletrocardiograma, uma sala para o delegado de informação médica, um gabinete para a telefonista, gabinetes de coordenação de enfermagem, uma sala de auxiliares e uma sala de sujos (Grupos I, II e III, IV).

O centro de saúde é composto por uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, psicólogos, terapeuta da fala, assistente social, uma higienista oral, administrativas e fisioterapeutas.

Este centro de saúde tem várias valências, e o estágio decorreu no piso 1, na unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e nas consultas de saúde materna e planeamento familiar. A mesma unidade, segundo o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, art.º 10º, define-se: “(...) presta cuidados de saúde personalizados aos seus utentes garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.”.

Relativamente aos recursos humanos, esta unidade de saúde conta com uma equipa multidisciplinar composta por seis médicos, seis enfermeiros, a enfermeira chefe, três administrativas, uma telefonista comum ao centro de saúde e duas assistentes operacionais por turno. A enfermeira chefe e outra enfermeira são EEESMO e há outra enfermeira especialista em saúde infantil.

O centro de saúde funciona de segunda-feira a domingo, e os enfermeiros, especialistas ou não, prestam cuidados gerais à população como por exemplo a realização de consultas adulto, saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar, rastreios, domicílios e todos os cuidados que forem necessários. Estão organizadas por equipas, constituídas por médico e enfermeiro. Ao longo do estágio, não fiz outras consultas além de saúde materna e infantil uma vez que todas as equipas cederam as suas consultas, de

forma a enriquecer a minha experiência. Foram também realizadas aulas de preparação para o parto, que ocorrem uma vez por semana e nas quais colaboravam vários profissionais de saúde, na promoção da educação para a saúde ao longo da gravidez. De uma forma geral, as consultas de saúde materna englobam a avaliação em todos os trimestres da gravidez, a avaliação física e auscultação cardíaca fetal; as consultas de planeamento familiar são consultas de aconselhamento do método contraceptivo, onde se dá ou administra ou se retira, se for o caso, e a realização de rastreios; nas consultas de saúde infantil avalia-se a alimentação, dá-se apoio a amamentação se for o caso, avaliação do desenvolvimento, cumprimento do plano nacional de vacinação (PNV) bem como a realização do teste de diagnóstico precoce.

2.2 Metodologia

O ENPRF é uma unidade curricular de carácter prático que visa a aquisição e desenvolvimento de competências da especialidade de EEESMO através das experiências ao longo do mesmo. Além destas competências, é pressuposto a aquisição e o desenvolvimento de competências na área da investigação através da escolha de uma temática para aprofundar e da realização do relatório final de estágio, que contribui para a melhoria dos cuidados em saúde materna e obstétrica.

O estágio realizou-se em regime de supervisão clínica, com um EEESMO e sob a orientação pedagógica das docentes da escola superior de enfermagem de São João de Deus de Évora, responsáveis pelo mestrado. A OE (2020) considera que o exercício de enfermagem em supervisão clínica é decisivo para assegurar a qualidade na aquisição e desenvolvimento de competências, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Este tipo de metodologia é de alguma forma privilegiada pois estimula o desenvolvimento e crescimento profissional através da reflexão crítica, análises e partilha de todas as experiências, conhecimentos, capacidades, competências e boas práticas.

Ao longo dos vários campos de estágio, após a integração, houve sempre momentos de reflexão crítica acerca do processo de aprendizagem, da prática clínica, da aquisição e desenvolvimento de competências, incluindo nos momentos das reuniões de avaliação intermédia e final e nos trabalhos realizados, afim de melhorar e evoluir, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados.

2.2.1 Objetivos

Para o ENPRF foram traçados os objetivos de acordo com os contextos clínicos nos quais se realizou o mesmo e em conformidade das competências comuns e específicas para os EEESMO, definidas pela OE (2019a,2019b). A definição destes objetivos é de extrema importância na realização do relatório e apresentação de resultados, estando também de acordo com o regulamento da unidade curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna. Estes objetivos começaram por ser delineados durante a realização do projeto no primeiro semestre do mestrado, e podemos evidenciar os seguintes (Apêndice A):

- Promover a prestação de cuidados de enfermagem especializados e diferenciados em saúde materna e obstétrica à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-concepcional, pré-natal, planeamento familiar e saúde reprodutiva e sexual, de forma a adquirir e desenvolver estas competências;

- Promover a prestação de cuidados de enfermagem especializados e diferenciados em saúde materna e obstétrica à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, parto, puerpério e pós-natal e adaptação do RN à vida extrauterina, de forma a adquirir e desenvolver estas competências;

- Promover a prestação de cuidados de enfermagem especializados e diferenciados em saúde materna e obstétrica à mulher inserida na família e comunidade durante o período climatério e saúde/doença ginecológica, de forma a adquirir e desenvolver estas competências;

- Identificar situações de desvio da saúde e saber como atuar ou encaminhar o mais precocemente de forma a evitar complicações;

- Adquirir, desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências em saúde materna e obstétrica, defendendo intervenções profissionais autónomas e interdependentes, demonstrando sempre responsabilidade ética e deontológica, melhoria da qualidade e gestão eficaz dos cuidados.

- Aplicar conhecimentos e capacidades de resolução de problemas em situações novas e não familiares, revelando capacidade para integrar os conhecimentos e competências, lidar com questões complexas, desenvolver soluções;

- Conhecer área científica de enfermagem, baseada na evidência, especializando o seu conhecimento nas vertentes aplicadas da investigação, da intervenção e da formação;
- Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências na área de investigação, permitindo aprendizagem contínua;
- Perceber a relação da autoeficácia e da motivação da mulher no estabelecimento do AM;
- Defender, através de um Relatório apresentado em provas públicas, a atuação no estágio.

2.2.2 População-Alvo

Relativamente à população alvo, foram todas as mulheres e família inseridas na comunidade que recorreram aos locais onde decorreu o ENPRF e às quais tive a ocasião de prestar cuidados de enfermagem especializados, desde os cuidados de saúde primários no centro de saúde até aos cuidados diferenciados no serviço de ginecologia, bloco de partos e obstetrícia.

Tive a oportunidade de prestar cuidados a uma grande variedade de mulheres, com diversas patologias e nacionalidades. A atual multiculturalidade comporta vários desafios pois cada mulher tem as suas culturas, costumes, valores e etnias características, que devemos respeitar de forma a garantir os melhores e mais seguros cuidados. A barreira linguística por vezes torna a colaboração destas mulheres nos cuidados a si e ao seu RN e os ensinamentos mais desafiadores.

Ao longo do ENPRF tive várias experiências cumprindo o exigido no regulamento académico do mesmo e da diretiva europeia para os EEESMO transportada para a Lei portuguesa nº9/2009 de 4 de março, que sofreu alterações, sendo a última através da Lei nº 26/2017 de 30 de maio (Apêndice B).

3 Contributos Para A Assistência Em Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica

Ao longo da formação de EEESMO, é pressuposto que este adquira competências a nível da investigação, desenvolvendo um trabalho com uma temática à sua escolha e a realização de um relatório de estágio.

É considerado um enfermeiro especialista alguém habilitado com competências científicas, além da prestação de cuidados e das competências técnicas (REPE, 2015). A OE (2006, p.1) vem reforçar a importância dos conhecimentos científicos referindo que a investigação é “...um processo sistemático, científico e rigoroso...respondendo a questões ou resolvendo problemas ... o conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.” Desta forma, a prestação de cuidados de enfermagem deve ser sempre baseada na evidência associada com a experiência anterior, partilha das mesmas e de ideias e recursos disponíveis (OE, 2006)

De forma a contribuir para o conhecimento de enfermagem de saúde materna e obstétrica exploramos uma temática relacionada com o AM, pois considero um tema de extrema importância no que respeita à saúde e obtenção de ganhos na mesma. Dever-se-ia investir mais nesta área para melhorar as suas taxas, uma vez que a evidência refere ter inúmeros benefícios quando praticada o máximo de tempo, de preferência até aos 6 meses de forma exclusiva e até pelo menos aos 2 anos como complemento. Além de todas estas razões, o AM e a amamentação sempre foram temas de muito interesse pessoal e profissional, tornando-se desafiador e estimulante, e proporcionando muita realização pessoal quando colocado em prática.

A Semana Mundial do AM é realizada em cerca de 170 países, com o intuito de incentivar a prática do mesmo e promover a saúde infantil, este ano foi na primeira semana de fevereiro (SNS – Sistema nacional de Saúde, 2021). Esta iniciativa visa responsabilizar todos na proteção da amamentação, contribuindo assim para a saúde, bem-estar e sobrevivência de mulheres, crianças e nações (SNS,2021).

Neste relatório, pelos motivos já elencados anteriormente, explorou-se a forma como a autoeficácia e a motivação materna podem influenciar o estabelecimento do AM. O AM e a amamentação, de acordo com a (OE, 2021, p.2) têm discretas diferenças nas suas definições, sendo que o mais importante é ser considerado “...o leite da mãe, que

pode ser dado diretamente da mama (amamentação) ou extraído artificialmente e administrado com recurso a um utensílio como um copo, seringa ou biberão.”. Nesta linha de pensamento, a OMS citado pelo mesmo autor, (2021, p2), destaca que a “... amamentação é um dos alicerces da saúde, desenvolvimento e sobrevivência infantil ...” e deverá ser iniciada o mais precocemente possível. O EEESMO tem um papel fundamental nesta área, pois tem as ferramentas, conhecimentos e competências específicas que contribuem de forma positiva para a amamentação, se não houver contraindicação.

Os cuidados prestados pelo EEESMO, as suas intervenções e apoio em relação ao AM/amamentação são essenciais, sendo responsabilidade do mesmo a identificação de aspetos onde é necessária maior intervenção junto da grávida e puérpera. Este fato, permite diminuir as dificuldades e ansiedade associada a esta fase de vida tão importante, única e delicada da mulher e RN, prevenindo complicações, o desmame precoce e promovendo a autonomia. Pretende-se, desta forma, apresentar contributos na cooperação na melhoria da qualidade dos cuidados prestados nesta área.

3.1 Concetualização

A amamentação e o AM atualmente surgem como muito importantes na saúde da mulher e da criança, e embora sejam diferentes ações, mas estão interligadas uma vez que o objetivo de ambas é são a melhor fonte de alimento para a criança.

Assim, pode-se dizer que a amamentação ou ato de amamentar é um processo natural que consiste na mulher nutrir o seu RN diretamente do seu peito (infopedia,2022). A amamentação é muito importante pois tem inúmeros benefícios para a saúde da mãe-filho, seja a curto ou a longo prazo, e estimula também a vinculação entre a díade. O AM é outra forma de alimentar o RN não diretamente ao peito da mulher, mas igualmente importante e a OMS (1989) vem reforçar mencionando que o mesmo é “(...) um modo insubstituível de fornecer o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudável dos lactentes (...)”. É recomendado que ambas as formas de alimentação do RN sejam práticas até aos 6 meses de forma exclusiva e como complemento até aos 2 anos ou mais ou até ser exequível pela mulher e criança (OMS, 1989).

O AM é iniciado por quase 90% das mulheres em Portugal mas cerca de metade desiste no primeiro mês, tornando-se por isso, muito importante a criação de medidas que promovam maior sucesso do mesmo (Levy & Bértolo,2012).

O AM é visto como um dos pilares essenciais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo, no entanto existem muitas mulheres que o abandonam, sendo necessário identificar os fatores associados e intervir no sentido de melhorar. Tem-se visto um esforço da OMS e de outras entidades para estudar e analisar formas de promoção do aleitamento materno.

Manter a amamentação depende de vários fatores como a dificuldade na pega, mamilos fissurados ou dolorosos, produção insuficiente de leite bem como fatores emocionais da mãe, a condição socioeconómica, o grau de escolaridade, o incentivo/suporte familiar, a real intenção de amamentar, autoconfiança e o grau de conhecimento (Rocha *et al*, 2018).

A autoeficácia pode estar relacionada com a amamentação, e pode gerar confiança ou expectativa positiva da mulher em relação aos seus conhecimentos e habilidades para amamentar seu bebê com êxito, influenciando na duração e exclusividade da prática da mesma. Este fato permite aos profissionais de saúde desenvolver estratégias individualizadas para reforçar a confiança da mulher promovendo a amamentação (Rocha, *et al* (2018). Autores como Dennis (2003) reforçam a mesma ideia, mencionando que a autoeficácia na amamentação influencia a duração da mesma, pois é a mãe que escolhe amamentar, o quanto se vai esforçar e investir, e como poderá responder emocionalmente às dificuldades da amamentação.

A motivação é, também, um fator importante no processo educativo da amamentação, pois pessoas motivadas têm altas necessidades de realização e são mais persistentes e intensas. Esta pode fornecer à mulher, em situações mais débeis, perseverança, persistência e força de vontade para amamentar seu bebê com êxito, influenciando na duração e a exclusividade da amamentação (Nelas *et al*, 2008).

No âmbito desta temática, surge como objetivo desta revisão da literatura, dar resposta à questão de partida, qual a relação da motivação e autoeficácia da mulher no estabelecimento do aleitamento materno.

A revisão visa estudar a temática em causa, fazendo uma pesquisa e discutir os seus resultados, na tentativa de ter um fundamento teórico e contribuir cientificamente. A revisão tentará identificar coincidências e/ou divergências sobre a temática, contribuindo de forma científica e fundamentada um melhor entendimento e interpretação sobre a autoeficácia e motivação no estabelecimento da amamentação. Segundo, Donato & Donato (2019), uma revisão da literatura deverá ser analisada, investigada e aprofundada da maneira mais exaustiva, rigorosa, objetiva, completa, imparcial e resumida/sistematizada

A pesquisa foi realizada nos motores de busca das bases de dados da *pubmed*, *Scielo*, *Cochrane Library*, Repositório da Universidade de Évora. Foram utilizados os seguintes descritores *MeSH*: “*BreastFeeding*”; “*Motivation*”; “*Self-efficacy*”, “*Women*”, “*Obstetric Nurse*”. Os termos da pesquisa que foram utilizados foram: *MAJOR MESH* (“*BreastFeeding*”), posteriormente *AND* (“*Motivation*”; “*Self-efficacy*”) e finalmente *OR* (“*Women*”; “*Obstetric Nurse*”). Os critérios de inclusão foram definidos artigos que descrevem prática de artigos com o texto completo, realizados em humanos, com o intervalo de tempo 2016 a 2022. Os critérios de exclusão dos artigos foram baseados na leitura e análise de interesse em relação à pergunta de partida, e todos os que se encontravam repetidos. A pesquisa foi realizada no mês de outubro e novembro de 2019, revista e atualizada em janeiro e fevereiro de 2022, momento em foi terminada esta revisão.

Após a leitura dos vários artigos encontrados, considerando os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 5 artigos de interesse na temática em estudo e que respondessem à minha questão de partida, foram publicados entre 2017 e 2022, com exceção dos 2 artigos correspondentes às escalas utilizadas no estudo, um de 2008 e outro de 2009. Certamente que estes últimos 2 artigos não faziam parte dos critérios de inclusão, no entanto, são os artigos que têm as escalas utilizadas no instrumento de colheita de dados, e não existem mais versões atualizadas das mesmas, sendo por isso, os melhores instrumentos para investigar. Dada à extensão enorme da base de dados *Cochrane Library*, após colocar todos os descritores, nomeadamente os últimos dois com o termo “*OR*”, apareceram muitos e muitos artigos sem interesse nem referencia à amamentação ou AM, daí haver um enorme número de artigos descartados (passou de 3 artigos potencialmente interessantes para 952). A figura 1, retrata a pesquisa e seleção dos artigos, descrita nos parágrafos anteriores.

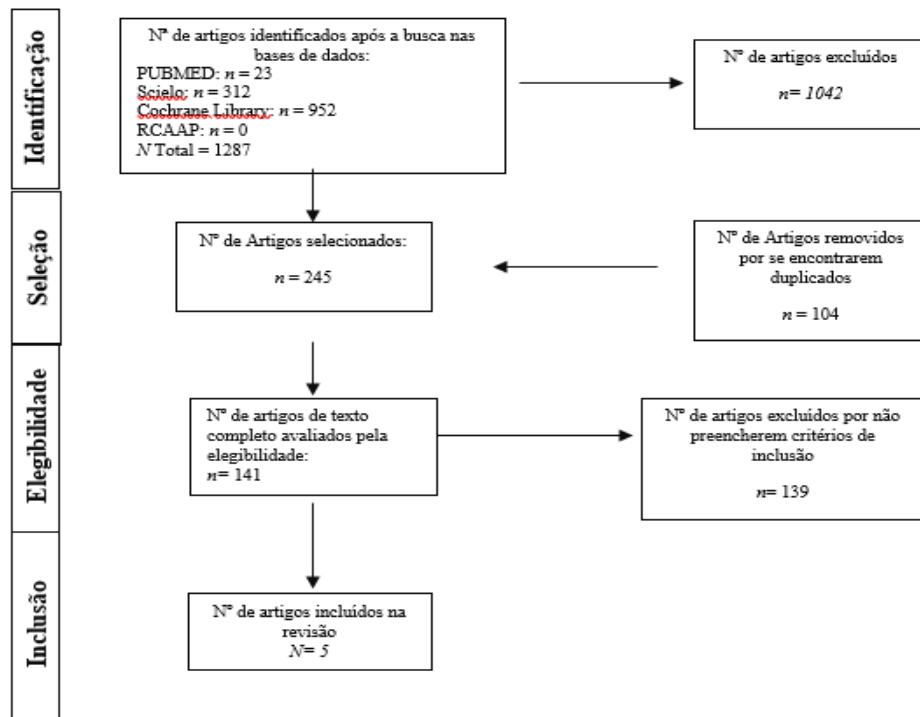


Figura 1- Fluxograma das etapas metodológicas

Fonte: Elaboração Própria

Para esta revisão, a questão e a pesquisa de artigos realizou-se segundo o acrónimo PICO, considerando-se (P) a população, (I) intervenção (C) comparação e (O) resultados esperados. Estes elementos são essenciais para a elaboração da pergunta para a pesquisa bibliográfica, ou seja, uma questão de investigação bem formulada e um protocolo bem fundamentados aumentam a eficiência da revisão, simplificando a pesquisa (Donato & Donato, 2019). Nesta revisão da literatura, a população (P) inclui puérperas que amamentem, a Intervenção (I) a amamentação, a Comparação (C) a motivação e a autoeficácia e os resultados esperados (O) a influência no estabelecimento do Aleitamento Materno. A questão de partida foi “Qual a relação entre a autoeficácia e motivação no estabelecimento do aleitamento materno?”.

Foram utilizadas as mesmas estratégias de pesquisa em todas as bases de dados e analisados os 5 artigos (Apêndice E). Após a leitura dos artigos selecionados, foi realizada a análise dos resultados, discussão e conclusões dos mesmos. Nos 5 artigos analisados destacam-se três grandes temáticas, com 2 subcategorias:

- A) Aleitamento materno e Amamentação

B) Autoeficácia para a amamentação

B1) Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short-Form (BSES-SF)

C) Motivação para a amamentação

C1) Escala de Motivação para Amamentação (EMA)

A) Aleitamento materno e Amamentação

O AM é considerado a fonte ideal de alimento para RN e crianças pequenas, e recomenda-se, pelas principais organizações mundiais como a OMS, que seja de forma exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e de forma continuada como complemento por pelo menos 2 anos (Franco *et al*,2019). O conceito do mesmo de forma exclusiva refere-se a quando o lactente, até o sexto mês de vida, recebe apenas leite materno, seja provindo diretamente do seio materno ou não, sem nenhum outro tipo de alimento líquido ou sólido (Moraes *et al*, 2021).

O AM é um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo. Em Portugal, verificou-se que as taxas de amamentação têm tido uma melhoria progressiva nas últimas duas décadas (Santos & Bárcia, 2009).

Desde a década de 1960, as taxas de aleitamento materno têm vindo a crescer em países desenvolvidos, cerca de 15% para 80%, no entanto existe um desmame precoce antes dos 6 meses, conduzindo valores abaixo dos 50% da expectativa da OMS (Franco *et al*,2019). Este autor, refere também que o desmame precoce está relacionado com vários fatores como as práticas hospitalares nomeadamente a demora no contato pele a pele, alta hospitalar precoce, oferta de leite artificial; dificuldades no início da amamentação; fatores sociodemográficos como a idade mais jovem, ser solteira e ter menor escolaridade ou renda; regresso ao trabalho precocemente e fatores socioculturais como o estigma da amamentação em público (Franco *et al*,2019).

O sucesso da amamentação depende de muitos fatores como o apoio do companheiro e família no sentido em que aumenta a confiança da mulher, sendo que a falta do mesmo tem o efeito contrário. As práticas da maternidade, como a adaptação do RN ao seio, de preferência na primeira meia hora de vida, o ingurgitamento mamário, as mastites, as gretas ou fissuras nos mamilos, os mamilos dolorosos, a insuficiência quantitativa da produção de leite e a deficiência qualitativa do leite também podem

influenciar o amamentação ou AM. Existem outras razões consideradas subjetivas como as mulheres acreditarem que não têm leite suficiente, em quantidade ou qualidade, ou terem tido anteriormente dificuldade em amamentar (Santos & Bárcia, 2009).

Na mesma linha de pensamento, autores como Brockway *et al* (2017), referem que o AM é considerado o método mais seguro e saudável para alimentar um bebé, contribuindo na melhoria da saúde da díade quer a curto ou a longo prazo, pois tem benefícios nutritivos, imunoprotectores, emocionais, menos hospitalizações e menos infeções. A nível mundial têm sido implementadas estratégias nos fatores modificáveis que promovam a amamentação e o AM.

O AM é um tema multifatorial da vida em sociedade e apesar dos inúmeros benefícios do mesmo de forma exclusiva até os seis meses de vida do lactente, nas últimas três décadas tem-se observado a redução na sua predominância na população brasileira. Este facto está relacionado com a influência sociocultural, aspetos pessoais e ao setor saúde, nomeadamente o acesso ao sistema de saúde, a falta de informação, o excesso de trabalho doméstico, o regresso ao trabalho, dificuldades com a pega, a baixa escolaridade, renda familiar, baixa autoconfiança, angústia e stresse materno. Consideramos que para avaliar AM há que considerar conjuntamente os fatores sociodemográficos e familiares, abrangendo o período pré-natal e o puerpério, somando-se ainda os fatores emocionais e psicológicos maternos, como a autoconfiança que se mostrou um forte preditor tanto para o início como para a sua duração (Moraes *et al*, 2021).

Os benefícios do AME incluem a diminuição da morbidade e mortalidade infantil, embora se verificar que metade das crianças fazem AM, mas que metade destas não continuam até aos 2 anos, o que vem reforçar as ideias de todos os outros autores supracitados (Nelas *et al*, 2008).

A mesma autora, diz que ser benéfico a aquisição de informação sobre o aleitamento materno desde a gravidez, pois é durante a mesma que a mulher começa a pensar e a decidir se vai amamentar ou não. Nesta altura deveria começar logo a haver a informação sobre as vantagens destas práticas, as dificuldades mais comuns, as contra-indicações e a legislação portuguesa, para que a decisão seja tomada de forma consciente e informada. O AM e a amamentação têm vantagens como a satisfação das necessidades do bebé, a promoção da proximidade entre díade e fortalece o vínculo

iniciado na gestação, beneficiando não só aspetos nutricionais e imunológicos, mas também da estimulação dos seus órgãos no sentido de ver a face da mãe, escutar a sua voz, sentir a sua pele, cheirar o seu odor, sentir o gosto do seu leite (Nelas *et al*, 2008). O leite materno contém todas as proteínas, gorduras, hidratos de carbono, minerais e vitaminas necessários ao crescimento do bebé e ao longo do crescimento da criança estas proporções vão-se ajustando também (Pedro,2002 citado em Nelas *et al*, 2008).

No que diz respeito ao AM, a mesma autora citando Giugliani (2002), constatou que se o mesmo fosse segundo as recomendações da OMS, poder-se-ia observar um melhor desenvolvimento neurológico, uma redução da mortalidade infantil, infeções respiratórias, doenças autoimunes, doença celíaca, doença de *Crohn*, Diabetes *Mellitus*, colite ulcerosa, linfoma e *King* (2000) citado pela autora acima referenciada destaca ainda prevenção da cegueira noturna entre crianças em idade pré-escolar. Mais de 2 milhões de mortes (de um total de 9 milhões) poderiam ser evitadas. Em crianças amamentadas durante mais de um ano pode observar-se uma transição gradual no desenvolvimento da sua personalidade individual e maturidade e um melhor ajustamento social com a diminuição de desordens da conduta (Pedro,2002 citado em Nelas *et al*, 2008). É por todos estes motivos, uma mais valia na qualidade de vida do ser humano uma vez que diminui o risco de doenças e de hospitalização, tem menores gastos, é mais ecológico, dá maior prazer, promovendo ainda o vínculo afetivo entre mãe e filho.

Existem alguns casos em que não está aconselhado o AM, nomeadamente doenças metabólicas que o tornam intolerante à digestão; malformações congénitas ou a mãe ser portadora de doença infecciosa aguda do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e consumo de medicamentos não compatíveis com o mesmo. Fatores como medos, fissuras, mamilos planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, mastites, sucção débil do bebé, baixa produção de leite e circunstâncias laborais, pode originar ansiedade e sentimentos de culpa podem influenciar a amamentação (Nelas *et al*, 2008).

B) Autoeficácia para a amamentação/aleitamento materno

Ao longo tempo têm sido implementadas estratégias para a promoção da amamentação, prestado mais apoio, aumentado o empoderamento das mulheres na educação pré-natal e pós-parto, criação de cantinhos de amamentações, grupos de apoio

e criação de hospitais amigos dos bebês. Experiências anteriores satisfatórias com a amamentação e alta autoeficácia são fatores que desfavorecem o desmame precoce.

Autores como Franco *et al* (2019), definem a autoeficácia como um processo cognitivo da confiança dos indivíduos na sua capacidade percebida de atingir meta e de como enfrentá-la. A autoeficácia também surge na área da amamentação, no que respeita à confiança da mãe na sua capacidade de amamentar ou proporcionar aleitamento materno ao seu bebê. A sua autoconfiança pode ser influenciada por características sociodemográficas, práticas e dificuldades no início da amamentação.

Este estudo, dos autores Franco *et al* (2019) , avaliou durante o puerpério imediato, o grupo de intervenção que recebeu uma entrevista motivacional e o grupo de controlo que recebeu uma sessão de educação sobre aleitamento materno, ambos os grupos receberam contactos telefónicos no primeiro, terceiro e sexto mês pós-parto, e foram avaliados segundo OMS critérios que definem a alimentação infantil em aleitamento materno exclusivo, amamentação predominante, amamentação parcial ou nenhuma amamentação. A prevalência de AM exclusivo ou não foi maior no grupo de intervenção bem como a média de duração dos mesmos. Verificou-se que em mulheres que começam a amamentar na primeira hora após o parto, juntamente com um reforço de telefone e sessão de acompanhamento no primeiro e terceiro mês pós-parto, aumenta a duração do AM exclusivo e amamentação por 11 e 10 semanas, respetivamente, durante os primeiros 6 meses pós-parto em comparação com a educação padrão sessões com acompanhamento telefónico nos mesmos períodos. O risco de interrupção do aleitamento materno e da amamentação foi reduzido no grupo de controlo em 63% e 61% (Franco *et al*,2019).

Os mesmos autores, Franco *et al* (2019), verificaram ainda que utilizar uma abordagem terapêutica centrada em melhorar a autoeficácia da mulher e potencializar efeito da mesma, tornou-se um fator importante para o sucesso da amamentação ou de AM, uma vez que a autoeficácia está associada ao esforço da mulher na superação de eventuais dificuldades. Encontrou-se uma maior variação positiva nos escores da escala da autoeficácia, o que previu uma maior duração da amamentação (exclusivos e não exclusivos), no entanto não podemos ter certeza dessa associação causal condicionada, ou seja, o sucesso da intervenção no aumento da sua duração e na redução do risco de

abandono que pode não se dever apenas à relação desse tipo de abordagem terapêutica com a autoeficácia. Devemos ter em mente que a intervenção motivacional, concentra-se na exploração da motivação intrínseca e enfatiza a capacidade das mulheres para atingir o objetivo proposto, encorajando assim a autodescoberta das mulheres de possíveis soluções em caso de complicações, além sentirem um maior apoio em caso de dificuldades. Embora as intervenções para melhorar a autoeficácia materna sejam eficazes na promoção da amamentação, ainda são escassas as evidências sobre tais intervenções (Franco *et al*,2019).

A autoeficácia tem surgido no âmbito da saúde e nomeadamente da amamentação na avaliação de comportamentos. É considerada a percepção que um indivíduo tem de que é capaz de desempenhar uma tarefa ou comportamento específico e a obtenção do resultado desejado, influenciando o esforço que despende, durante quanto tempo persiste quando enfrenta obstáculos, ou se se deixa envolver em processos cognitivos auto debilitantes ou encorajadores (Santos & Bárcia, 2009).

Na amamentação surge como muito importante pois pode influenciar se a mãe opta por amamentar ou não, o grau de esforço investido no processo, se apresenta padrões de pensamento auto debilitantes ou de auto elevação, e de que forma reage emocionalmente às dificuldades da amamentação. A autoeficácia da mulher na amamentação pode ser influenciada por vários aspetos, nomeadamente as suas experiências anteriores, a observação de comportamentos de amamentação de outras mães, o apoio por parte das pessoas que influenciam a sua vida, pelo seu estado psicológico e afetivo, a idade, estado civil, nível de escolaridade e nível socioeconómico. Verifica-se que todas as formas de apoio, seja de profissionais ou outro, aumentam a duração do AM, sendo que o apoio profissional parece aumentar especialmente a duração do AME (Santos& Bárcia, 2009).

A mesma autora, Santos (2009), refere que o estudo foi realizado a 31 puérperas amamentar na primeira ou segunda semana de vida do bebé. As mulheres com experiência anterior de amamentação, as que amamentaram o bebé logo após o parto e as que amamentam os bebés com leite materno exclusivo obtêm valores mais elevados na escala de autoeficácia da amamentação do que as mulheres sem experiência anterior de amamentação ou que fazem aleitamento misto. Apesar de as habilitações literárias, estado

civil, idade e tipo de parto não influenciarem significativamente a autoeficácia neste estudo, constituindo bons indicadores, talvez se a amostra fosse maior poderiam influenciar os resultados. No âmbito da atual política de internamentos de curta duração no hospital, a BSES-SF fornece aos profissionais de saúde um instrumento clínico útil (Santos & Bárcia, 2009).

Seguindo a mesma linha de pensamento dos autores supracitados, Brockway *et al* (2017), refere que a autoeficácia de uma pessoa consiste em acreditar nas suas capacidades de atingir um objetivo ou realizar uma tarefa, podendo influenciar a motivação pessoal e o sucesso. Pessoas com alta eficácia são mais propensas a superar as dificuldades. Na amamentação, o desejo de uma mulher amamentar influencia a sua resposta, sua iniciação e manutenção de comportamentos. Pode ser influenciada também pelas experiências anteriores, respostas fisiológicas, interações com seu bebê, profissionais de saúde, família e sistema de apoio e ambiente. Embora a teoria da autoeficácia tenha sido amplamente utilizada na amamentação, até onde sabemos, não houve investigações da literatura para determinar se melhorias na mesma resultam em melhores taxas de amamentação.

O mesmo autor, Brockway *et al* (2017), ao longo da sua revisão notou que mães do grupo de intervenção para melhorar a autoeficácia com educação para a saúde sobre a amamentação, tiveram pontuações mais altas na alta, 1 mês e 2 meses após o parto, logo consideraram que as intervenções foram eficazes. Houve também nestes mesmos momentos, aumento das taxas de AM exclusivo nos grupos de intervenção. Verificou-se que para o aumento de um ponto na pontuação média da escala da autoeficácia da amamentação, a probabilidade de AM exclusivo subiu para 10% nos grupos de intervenção. Os dados sugerem que as intervenções aplicadas em apenas um momento não tem efeito na autoeficácia, mas sim a combinação dos vários momentos (pré-natal; hospital; após alta/comunidade). Não há dados após os dois meses após o parto (Brockway *et al*, 2017).

O facto de haver melhorias com o aumento do apoio e educação para a saúde, sugere que a autoeficácia é possível de mudar e contribuir para o aumento do AM. No entanto este fato não está bem claro, pois ao longo da revisão não fazem referência se o momento (pré-natal/pós-parto), local, ou frequência, em combinação com o tipo de

intervenção, teve um efeito sobre as taxas do AM. É possível que o momento que foram realizadas as intervenções possa ter afetado o sucesso das mesmas. Desta forma, deveriam considerar-se intervenções que usem a autoeficácia como teoria da mudança social, uma vez que podem contribuir para taxas de AM exclusivo, conscientes dos aspetos sociais, culturais, e influências económicas (Brockway *et al*, 2017).

Autores como Moraes *et al* (2021), consideram que a autoeficácia é a confiança pessoal para realizar alguma tarefa ou atingir uma meta específica de maneira eficaz, e neste contexto da amamentação refere-se à sua confiança ou expectativa positiva diante de seus conhecimentos e habilidades, compreendendo a escolha de amamentar ou não, quanto esforço empreenderá, pensamentos positivos ou negativos e como reagirá emocionalmente frente às dificuldades para amamentar seu filho com sucesso. A avaliação da autoeficácia pode ser uma estratégia para os profissionais de saúde identificarem os riscos de desmame precoce. Utilizar uma ferramenta que possa ajudar esta avaliação favorece ações de promoção à saúde materna e infantil.

Neste estudo de Moraes *et al* (2021), a escala utilizada foi a BSES-SF tendo em conta os seus dois domínios, o pensamento intrapessoal e técnica de amamentação, e foi aplicada às mulheres no período do pós-parto imediato, entre 24 e 48 horas do pós-parto, e no sexto mês após o parto. Observou-se que apesar da alta eficácia para o AM, a prevalência em forma exclusiva foi baixa. Este dado confirma que a manutenção do AM exclusivo não depende somente da confiança materna na sua habilidade para amamentar ou extrair leite materno, mas que é multideterminada, envolvendo aspetos sociais e culturais do contexto das mulheres.

É necessário que os profissionais de saúde planeiem os cuidados prestados na saúde materno –infantil para melhorar o AM exclusivo e a rede de suporte/apoio social. A escala BSES-SF é eficaz para a identificação de comportamentos maternos na amamentação, tornando possível a identificação de eventuais dificuldades que possam interferir no AM e promover estratégias para garantia de sucesso do mesmo, reconhecendo as mulheres em risco de interromper prematuramente. Essa avaliação não pode ser dissociada dos fatores sociodemográficos e culturais do contexto em que a mulher está inserida, visto que, neste estudo, mesmo aquelas com alta eficácia deixaram de praticar o AM exclusivo por outros fatores sociodemográficos intervenientes.

Recomenda-se que as ações de promoção do AM e amamentação tenham início durante a gravidez, pois o aconselhamento pré-natal mostrou ser eficaz no aumento da autoeficácia materna para amamentar. As mulheres com maior autoeficácia conseguiram resolver a maioria dos problemas durante o processo de amamentação (Moraes et al, 2021).

B1) Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short-Form (BSES-SF)

A Breastfeeding Self-Efficacy Scale foi desenvolvida por Cindy-Lee Dennis e Sandra Faux em 1999, e é uma escala que identifica autoconfiança das mães que amamentam no período pós-parto imediato e que podem necessitar de apoio extra. Se forem sendo mães em risco de abandono precoce da amamentação, vai permitir a individualização de estratégias de confiança, a avaliação das intervenções e o desenvolvimento de um programa (Santos & Bárcia, 2009).

Em 2003, esta escala foi revista por Cindy-Lee Dennis e desenvolvida uma *Short-Form* (33 itens), passando para a BSES-SF, com 14 itens, categorias de resposta do tipo *Likert* de 5 pontos e uma escala de escores entre 14 e 70. Em 2009, foi revista a escala novamente, adaptada para a versão portuguesa. O Alfa de *Cronbach* da versão portuguesa foi de 0,95, semelhante ao da versão original, que foi de 0,94, e o valor do desvio-padrão da BSES-SF foi ligeiramente superior ao da escala original (10,8). O valor de alfa de *Cronbach* é considerado excelente. A BSES-SF é válida na versão portuguesa, e pode ser um valioso instrumento de medição da confiança das mães na amamentação. É uma preciosa ferramenta ao dispor dos profissionais de saúde na identificação de mães em risco de abandonarem precocemente a amamentação, na avaliação de comportamentos inerentes à mesma, na avaliação da eficácia das intervenções ou para ajudar na construção de programas direcionados à díade mãe-bebé (Santos & Bárcia, 2009).

Autores como Brockway *et al* (2017), no seu estudo também utilizaram BSES-SF.

C) Motivação para a amamentação/aleitamento materno

A motivação é um fator que deve ser equacionado no contexto da amamentação uma vez que tem importância no processo educativo da mesma. Pode dizer-se que a motivação é a força que nos move a realizar atividades, o que nos mantém no esforço

necessário para atingir o objetivo, tendo um efeito energizador. Normalmente temos a tendência a aproximarmo-nos da atitude que produzirá consequências gratificantes, evitando aquela que nos trará consequências desagradáveis. As atitudes mais intensas podem ser consideradas como o resultado dos mais elevados níveis de motivação, podendo ser influenciada por variáveis pessoais e internas e externas. Não podemos separar os aspectos cognitivos, afetivos, sociais e motivacionais e a forma como eles interagem quando pretendemos estudar os fatores que influenciam a tomada de decisão (Nelas *et al*, 2008).

Podemos afirmar que a aprendizagem acontece por um processo cognitivo repleto de afetividade, relação e motivação. Deve ser considerada pelos profissionais de saúde para potencializar as mulheres a este nível. Segundo a mesma autora, Nelas *et al* (2008), para existir uma amamentação eficaz, as necessidades da mulher têm de estar temporariamente satisfeitas, nomeadamente as primárias, como as de segurança, curiosidade, necessidade de amor, amizade e convívio, de nos sentirmos importantes, de reconhecimento e de realização.

Ao longo do tempo, o papel da mulher socialmente e no mercado do trabalho foi-se alterando, e conseqüentemente a amamentação na sua vida também, pelo que o papel do pai no processo da amamentação é muito importante. Deverá começar o seu envolvimento logo nas consultas pré-natais onde passaria a compreender os benefícios da amamentação, dando apoio emocional e ajuda para superar qualquer crise ou dificuldade que possa ocorrer, levando a sentir-se também parte integrante (Nelas *et al*, 2008).

É essencial que a mãe transmita ao recém-nascido sentimentos de segurança e proteção e que exista harmonia na relação, de forma a ter uma influência positiva na amamentação. A intervenção dos profissionais de saúde na transmissão de informação acerca do aleitamento materno à grávida/casal deverá começar na gravidez pois é muito importante na decisão de amamentar. Verificou-se que no desmame precoce muitas vezes está associada a falta de informação ou informação inadequada ou não foi suficientemente apoiada quando se sentiu insegura. Neste estudo, verificámos que relativamente à motivação global é mais alta nas mulheres mais velhas, provenientes de meio urbano e nas que já tinham filhos (Nelas *et al*, 2008).

C1) Escala de Motivação para Amamentação (EMA)

A EMA é um instrumento de autorresposta, constituído por 22 itens que avaliam a motivação que as grávidas mostram para amamentar. Utilizou-se a escala *Lickert* de 1 a 5, e quanto maior for a pontuação obtida, maior é a motivação. Podendo influenciar a motivação na amamentação, teve-se em consideração as variáveis sociodemográficas como a idade, o estado civil, a zona de residência e o nível sócio económico; as variáveis obstétricas como os antecedentes obstétricos e a paridade; as variáveis pessoais como o ter apoio familiar, o contacto com mães que amamentam e o envolvimento do pai do bebé. É um instrumento organizado em três fatores que denominamos de dimensão cognitiva, dimensão fisiológica, e dimensão psicossocial (Nelas *et al*, 2008).

A mesma autora, Nelas *et al* (2008), verificou que a consistência interna do instrumento é bastante elevada. Esta estrutura multidimensional tem várias implicações exigindo dos profissionais de saúde uma abordagem formativa mais complexa. É necessário fazer uma avaliação frequente da grávida para saber em que ponto precisa de mais formação, de modo que a intervenção seja mais intencional, direcionada e intimamente relacionada com os seus objetivos, motivando as futuras mães para uma amamentação eficaz. É necessário também que na preparação para a alta da puérpera seja incluído um instrumento informativo facilitador da amamentação, que ajude responder as suas dúvidas e ultrapassar as possíveis dificuldades (Nelas *et al*, 2008).

Foram consideradas como limitações à revisão realizada a existência de poucos estudos na área, que se focassem exatamente na problemática e que fossem de encontro aos objetivos do estudo. Ou seja, sobre o estabelecimento do AM e o impacto que pode ter no sucesso do mesmo, e relacionar a motivação e autoeficácia no estabelecimento do mesmo. É um tema considerado cada vez mais em pesquisas, mas carece de estudos com mais qualidade e nível de evidência mais elevado.

Deverá ser uma preocupação para novas investigações e para as entidades responsáveis da promoção e proteção do AM, formas de motivar e empoderar as mulheres. Estas atitudes, tornam as mulheres autôficas e motivadas, aumentando as taxas de estabelecimento do aleitamento materno/amamentação e sua manutenção, durante pelo menos até aos 6 meses de forma exclusiva e até aos 2 anos como complemento. Os profissionais de saúde são um elemento de ligação importante na

promoção do AM ou amamentação, reconhecendo precocemente da autoeficácia e motivação materna e possíveis complicações, desenvolvendo estratégias individualizadas para fortalecer ou construir a confiança, gestão e resolução de complicações quando presentes, visando a continuidade do mesmo. Os vários estudos relacionam que quanto mais a mulher estiver motivada e a sua autoeficácia for elevada, as taxas de amamentação são superiores, e embora por si só não sejam suficientes para manter a amamentação, mas são pontos muito importantes quando presentes para direcionar as intervenções junto das mulheres.

3.2 Metodologia

Autores como Fortin (2009) refere que um estudo tem por base uma recolha de dados sistemática, com variáveis calculáveis e que o desenho de investigação varia de acordo com os objetivos, e consequentemente a metodologia. O objetivo deste estudo foi avaliar como a autoeficácia e a motivação materna influenciam o estabelecimento do AM.

Foi feita uma abordagem do tipo correlacional, de carácter quantitativa pois visa compreender a relação do estabelecimento do AM com a autoeficácia e motivação da mulher. Aplicou-se um questionário composto por um perfil sociodemográfico e história obstétrica para caracterizar a população, com perguntas de resposta fechada; pela escala "*Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short form*" (BSES-SF) na versão portuguesa validada das autoras Santos & Bárcia (2009) que avalia o grau de autoconfiança das mulheres na amamentação, e quanto maior for a pontuação, maior é a autoconfiança materna em amamentar; pela "Escala da Motivação para a amamentação" (EMA), dos autores Nelas, Ferreira & Duarte (2008) que avalia o grau de motivação da mulher em relação a amamentar, e quanto maior for a pontuação, maior é a motivação materna em amamentar. O nível de confiança das escalas foi o do alfa de *Cronbach*. Um valor de alfa entre 0.70 e 0.95 é considerado como aceitável (Terwee *et al*, 2007).

Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente no aplicativo *Software IBM® Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24, sendo realizada estatística descritiva (frequências e correlação) referente à caracterização da amostra.

Todos os pedidos de parecer efetuados foram autorizados, assegurando que foram cumpridos todos os procedimentos éticos, nomeadamente da comissão de ética do

Universidade de Évora através da submissão de um projeto (Anexo C, Apêndice A), pedido de autorização de utilização às autoras das respetivas escalas utilizadas (Anexo A, B), pedido de autorização à comissão de ética e responsável pela investigação e grupo científico do CH (Anexo D) e o pedido de consentimento informado às participantes para a aplicação do instrumento de avaliação (Apêndice D).

3.2.1 Caracterização da população/amostra

A amostra é do tipo não probabilística, selecionada por conveniência geográfica, constituída pelas puérperas internadas no serviço de obstetrícia do CHP. Considerou-se uma amostra prevista de 351 participantes, como previsão inicial do estudo, calculada segundo Krejcie e Morgan (1970), considerando o número de partos das duas unidades. Determinam-se como critérios de inclusão: puérperas que amamentem e não usem mamilos artificiais, chupetas ou tetinas; puérperas no pós-parto recente; puérperas e RN em alojamento conjunto desde o nascimento; RN sem complicações neonatais; com consentimento informado assinado. Estabelece-se como critérios de exclusão: puérperas que não comuniquem em português; puérperas com défice neurológico ou distúrbios psiquiátricos.

O instrumento de recolha de dados foi aplicado a todas as puérperas internadas no serviço de obstetrícia do CHP que cumprissem os critérios de inclusão, após explicação do estudo e disponibilizado o consentimento informado por escrito e em duplicado.

Obteve-se um total de 66 questionários aplicados, no período de 18.02.2020 a 09.03.2020 e posteriormente de 04/10/2021 a 28/11/2021. Este período de recolha foi interrompido e reprogramado devido à interrupção de estágios de devido à minha situação clínica/pessoal e à pandemia causada pela Covid-19.

3.3 Resultados e discussão

No presente subcapítulo irão ser apresentados os resultados obtidos no estudo realizado, através de descrição e tabelas de análise descritiva, de frequências e de correlação. Estes resultados contribuirão para a evolução e melhoria dos cuidados de saúde. A OMS (2015, p.18), eleva a importância da investigação para os EEESMO na melhoria da qualidade nas suas intervenções referindo que os cuidados devem ser

baseados na”...melhor evidência disponível para a tomada de decisão, fator importante para a promoção da eficácia...a prática baseada na evidência padroniza os cuidados clínicos e fortalece a base de conhecimentos...”.

3.3.1 Caracterização da População-Alvo

O instrumento de recolha utilizado foi aplicado a todas as puérperas que estavam internadas no serviço de obstetrícia do CHP, que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão e que aceitaram preencher o mesmo. Foi uma amostra de 66 participantes.

A idade das participantes foi categorizada, os grupos mais representativos encontravam-se nos intervalos 31-35 anos (n=24; 36.4%) e 26-30 anos (n=23; 34.8%).

Observa-se que nas idades de extremo, na categoria 15-20 anos e com idade de risco (≥ 36 anos), se encontra uma participante.

A maioria das participantes quanto ao estado civil encontrava-se casada ou em união de fato (n=42; 63.6%) e de nacionalidade portuguesa (n=55; 83,3%). Relativamente aos itens da pessoa com quem vive e da pessoa significativa que acompanhou durante o TP e parto estão relacionadas pois em ambos a maior percentagem de resposta foi o marido/namorado (n=61; 92,4 %). No que diz respeito às habilitações literárias cerca de 62.1% tem o ensino secundário – 12º ano (n=41) e cerca de 31.8% tem licenciatura (n=21), e a restantes mulheres formação mais especializada.

Em relação à história obstétrica cerca de 36,4% das mulheres (n=24) eram primigestas, 34,8% (n=23) era a segunda gravidez, e 28,8% (n=19) a terceira ou mais; Cerca de 42.4% das mulheres (n=28) eram primíparas e as restantes múltíparas; Não houve RN prematuros ou pós-termo, sendo que a maioria nasceu com 39 semanas, 39,4%; Das 66 mulheres, 41 (62.1%) tiveram parto eutócico, 8 partos distócicos por ventosa/forcéps (12.1%) e 17 parto distócico por cesariana (28.8%).

Verificou-se que todas as mulheres responderam “sim” no que concerne ao desejo de amamentar e assim como no item que amamentaram os outros filhos.

3.3.2. Escala “the breastfeeding self-efficacy scale-short form”

Relativamente à escala BSES-SF na versão portuguesa e validada das autoras Vanessa Santos e Sónia Bárcia (2009) com 14 itens, categorias de resposta do tipo *Likert* de

5 pontos e uma escala de escores entre 14 e 70. Quanto maior for a pontuação, mais auto eficaz se sente a mulher na amamentação.

Ao longo dos vários itens constatou-se que a maior parte das mulheres sentem-se confiantes ou muito confiantes (Tabela 1).

Tabela 1- Estatística maior percentagem de resposta a escala breastfeeding self-efficacy short form

Fonte: Elaboração Própria

	Nada Confiante	Pouco Confiante	As vezes Confiante	Confiante	Muito Confiante
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1. Consigo perceber sempre se o meu bebé está a mamar leite suficiente	0 (0%)	5 (7.6%)	20 (30.3%)	35 (53%)	6 (9.1%)
2. Consigo lidar sempre com sucesso com a amamentação, como com outras tarefas desafiantes	3 (4.5%)	2 (3%)	18 (27.3%)	27 (40.9%)	16 (24.2%)
3. Consigo amamentar sempre o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento	2 (3%)	3 (4.5%)	13 (19.1%)	19 (28.8%)	28 (42.4%)
4. Consigo garantir sempre que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	2 (3%)	2 (3%)	22 (33.31%)	27 (40.9%)	13 (13.6-5)
5. Consigo sempre orientar de maneira satisfatória a amamentação	1 (1.5%)	5 (7.6%)	21 (31.8%)	30 (45.5%)	9 (13.6%)
6. Consigo amamentar sempre, mesmo que o meu bebé esteja a chorar	2 (3%)	6 (9.1%)	22 (33.3%)	28 (42.4%)	8 (12.1%)
7. Desde que o queira, posso continuar a amamentar	1 (1.5%)	2 (3.5%)	8 (12.1%)	23 (34.8%)	39 (59.1%)
8. Sinto-me à vontade a amamentar o meu bebé na presença de outras pessoas da família	3 (4.5%)	5 (7.6%)	2 (3%)	23 (34,8%)	33 (50%)
9. Consigo ficar sempre satisfeita com a minha experiência de amamentar	2 (3%)	3 (4.5%)	8 (12.1%)	23 (34,8%)	30 (45.5%)
10. Consigo lidar bem com o facto de despender tempo com a amamentação	0 (0%)	1 (1.5%)	3 (4.5%)	21 (31.8%)	41 (62.1%)
11. Consigo sempre esvaziar um peito antes de passar	3	4	26	22	11

para o outro	(4.5%)	(6.1%)	39.4%	33.3%	(16.7%)
12. Consigo sempre amamentar o meu bebé em todas as mamadas	2 (3%)	3 (4.5%)	14 (21.2%)	16 (24.2%)	31 (47%)
13. Consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede	1 (1.5%)	3 (4.5%)	6 (9.1%)	23 (34,8%)	33 (57%)
14. Sei sempre quando o meu bebé termina a amamentação	1 (1.5%)	6 (9.1%)	15 (22.7%)	25 (37,9%)	19 (28.8%)

■ *Maior percentagem presente*

Todas as mulheres de uma maneira geral apresentavam autoconfiança na amamentação de forma confiante nos itens que implicava o RN e muito confiantes no que respeita a si mesma. Apenas no item “consigo sempre esvaziar um peito antes de passar para o outro”, a maior parte das mulheres tem confiança às vezes correspondente a 39,4%, seguindo-se 33.3% com resposta de confiante. Constatou-se que a falta de confiança da mulher é mais em relação às necessidades e satisfação do RN, e não com a sua decisão ou capacidade para lidar com a eventuais dificuldades ou complicações.

Autores como Sim-Sim *et al* (2017), constataram no seu estudo que durante o internamento cerca de 72,3% das puérperas fez AM exclusivo face a 25.6% que fizeram alimentação mista e 18.2% que foi alimentação com leite artificial.

Na mesma linha de pensamento, as investigadoras Santos & Bárcia (2009), concluíram que a autoeficácia é mais elevada em mulheres que praticam AM em exclusivo do que misto.

3.3.2. "Escala da motivação para a amamentação"

A Escala de Motivação para Amamentação é um instrumento de autorresposta, constituído por 22 itens que avaliam a motivação que as grávidas demonstram para amamentar. Utilizou-se a escala *Lickert* de 1 a 5, e quanto maior for a pontuação obtida, maior é a motivação. É um instrumento organizado em três fatores que denominamos de dimensão cognitiva, dimensão fisiológica, e dimensão psicossocial (Nelas *et al*, 2008).

No presente estudo, aplicou-se a escala já após no parto, durante o internamento, e com algum contacto com a amamentação. Os resultados estão apresentados de uma forma geral na tabela infra indicada (Tabela 2)

Tabela 2 - Estatística maior percentagem de resposta da Escala da Motivação para a Amamentação

Fonte: Elaboração Própria

		Nada Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadam	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1	Durante a gravidez pensei amamentar.	0 (0%)	0 (0%)	2 (3%)	11 (16.2%)	53 (80.3%)
2	O dar a mama ajuda o corpo a retomar as formas normais.	1 (1.5%)	0 (0%)	6 (9.1%)	15 (22.7%)	43 (66.2%)
3	Durante a gravidez conversei com o pai sobre a criança e o aleitamento materno.	2 (3%)	0 (0%)	5 (7.6%)	14 (21.2%)	45 (68.2%)
4	Irei amamentar o meu filho apesar de alguns sacrifícios.	1 (1.5%)	0 (0%)	5 (7.6%)	13 (19.7%)	47 (71,2%)
5	Durante a gravidez o pai acompanhou-me nas consultas pré-natais.	4 (6.1%)	1 (1.5%)	7 (10.6%)	14 (21.2%)	40 (60.6%)
6	Sinto que vou proteger o meu filho por o amamentar.	0 (0%)	2 (3%)	3 (4.5%)	11 (16.7%)	50 (75.8%)
7	Enquanto o meu bebé mamar sentir-me-ei plenamente feliz.	0 (0%)	3 (4.5%)	5 (7.6%)	14 (21.2%)	44 (66.7)
8	Sei o que é o colostro.	2 (3%)	0 (0%)	4 (6.1%)	9 (13.6%)	51 (77.3%)
9	Ao dar de mamar há estimulação da produção de leite.	0 (0%)	0 (0%)	2 (3%)	7 (10.6%)	57 (86.4%)
10	Ao dar de mamar diminui o risco de hemorragia pós-parto.	1 (1.5%)	1 (1.5%)	11 (16.7%)	9 (13.6%)	44 (66.6%)
11	Enquanto amamentar irei sentir-me mais próxima do meu filho.	1 (1.5%)	1 (1.5%)	2 (3%)	16 (24.2%)	46 (69.7%)

Estabelecimento do Aleitamento Materno: autoeficácia e motivação da mulher

12	Sinto que viverei a maternidade em pleno, por amamentar.	3 (4.5%)	1 (1.5%)	8 (12.1%)	15 (22.7%)	39 (59.1%)
13	Tem-me sido dada informação suficiente pelos técnicos de saúde acerca do aleitamento materno.	0 (0%)	1 (1.5%)	7 (10.6%)	14 (21.2%)	44 (66.7%)
14	Sempre que tenho dúvidas sei que posso recorrer aos técnicos de saúde.	0 (0%)	1 (1.5%)	3 (4.5%)	15 (22.7%)	47 (71.2%)
15	Penso que o meu bebé será o mais bonito do mundo.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (15.2%)	56 (84.8%)
16	O meu leite vai proporcionar ao bebé água em quantidade suficiente.	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.5%)	18 (27.3%)	47 (71.2%)
17	Por amamentar, o meu bebé irá ter digestões mais fáceis.	1 (1.5%)	0 (0%)	7 (10.6%)	13 (19.7%)	45 (68.2%)
18	O meu leite vai fornecer mais nutrientes ao meu bebé, que os leites artificiais.	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.5%)	10 (15.%)	55 (83.3%)
19	O facto de amamentar, vai proteger a mim e ao bebé de algumas doenças.	0 (0%)	0 (0%)	4 (6.1%)	9 (13.6%)	53 (80.3%)
20	Os bebés amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento.	2 (3%)	1 (1.5%)	6 (9.1%)	17 (25.8%)	40 (60.6%)
21	Ao amamentar o bebé irei contribuir para o bem-estar da minha família.	2 (3%)	2 (3%)	11 (16.7)	13 (19.7%)	38 (57.6%)
22	Se ocorrer alguma situação que me impeça de amamentar conheço outras alternativas.	0 (0%)	1 (1.5%)	6 (9.1%)	18 (27.3%)	41 (62.1%)

■ *Maior percentagem presente*

Pelos resultados obtidos, verifica-se que mais de 50% das mulheres sente-se motivada para a amamentar independentemente se faz AM exclusivo ou misto.

Desta forma, pode-se concluir que globalmente as mulheres que amamentam têm altos níveis de autoeficácia e motivação, independentemente se pratica AM exclusivo ou misto. Na escala BSES-SF as mulheres sentem-se auto-eficazes em relação à amamentação e AM, com taxas superiores a 40%, sendo muito confiantes ou confiantes

em quase todos os itens. Na escala EMA os resultados obtidos são superiores, ou seja, as taxas de motivação em todos os itens avaliados são superiores a 60% em concordo muitíssimo, com exceção de 2 que têm uma percentagem superior a 57%. Portanto, embora as puérperas sintam alguma dificuldade na sua autoeficácia, sentem-se motivadas de forma positiva em relação à amamentação ou prática de AM.

De modo a perceber se a autoeficácia e a motivação influenciam o estabelecimento das AM no pós-parto, ou seja, durante o internamento do puerpério, procedeu-se à correlação de *Pearson*. A correlação de *Pearson*, mede a estatística entre duas variáveis contínuas, pode ter um intervalo de +1 a -1, onde o valor 0 indica que não há relação entre as variáveis, > 0 indica uma associação positiva, ou seja, quando uma aumenta a outra aumenta também e < 0 indica uma associação negativa, ou seja, quando uma aumenta a outra diminui (Filho & Júnior, 2009). Partindo destas premissas, dos dados analisados, verifica-se que existe uma correlação mediana (Marôco,2021) entre a autoeficácia e a motivação materna, sendo significativa no nível 0.001 entre as duas variáveis, ou seja, crescem no mesmo sentido (tabela 3). Isto é, as mulheres sentem-se autoeficazes e também motivadas, o que conduz a estabelecimento do AM com sucesso e com taxas elevadas durante o internamento., uma vez que todas as mulheres neste estudo estavam a amamentar ou a praticar AM, embora nem todas fosse de forma exclusiva, independentemente do motivo.

Tabela 3 - Correlações de *Pearson*

		AutoEficacia_Tot al	Motivação_ Total
AutoEficacia_Total	Correlação de Pearson	1	,405**
	Sig. (2 extremidades)		,001
	N	66	66
Motivação_Total	Correlação de Pearson	,405**	1
	Sig. (2 extremidades)	,001	
	N	66	66

***. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).*

Apesar da idade, da escolaridade, tipo de parto ou paridade, todas as mulheres demonstraram vontade de amamentar, e as que tinham um segundo filho amamentaram o

anterior. Na mesma linha de pensamento, as autoras Santos & Bárcia concluíram que os fatores como as habilitações literárias, estado civil, idade e tipo de parto não influenciaram significativamente a autoeficácia embora considerem que os mesmos são bons indicadores e que poderiam alterar os resultados se a amostra fosse maior. Referem ainda que na política atual de internamentos curtos, esta escala é um instrumento útil aos profissionais (Santos & Bárcia, 2009).

Por outro lado, no estudo realizado por Nelas *et al* (2008), foi evidenciado que as mulheres de meio urbano, multíparas e mais velhas estavam mais motivadas para a amamentação em alguns itens da escala. As mesmas autoras, reforçam a importância da formação durante a gravidez e na preparação da alta (Nelas *et al*, 2008).

No entender de Sim-Sim *et al* (2017), a primeira amamentação/AM foi maior nos partos por via vaginal, sendo que estes representam 54.9% do total. Os dados revelam que a maioria das mulheres tiveram partos eutócicos, o que significa que são realizados por EEESMO, contribuindo para a promoção do AM, uma vez que estes dão primazia ao mesmo.

Do ponto de vista de Martínez-Poblete & Ossa (2020), as mulheres que desde a infância integraram a amamentação como natural não precisam de incentivos extra, no entanto a motivação para o prolongamento da mesma deve ser considerada pelas entidades responsáveis tendo em conta os seus benefícios. A pessoa significativa e que serve de apoio, deve ser incluída com mais pró-atividade (Martínez-Poblete & Ossa, 2020).

Identificaram-se algumas limitações na exploração do tema pelo que se considera importante apresentá-las bem como fazer algumas recomendações e sugestões para o desenvolvimento de futuras investigações. É de realçar, que cerca de metade dos dados recolhidos ocorreram durante a pandemia da Covid-19, em que muitos pais não puderam acompanhar as consultas pré-natais, não houve visitas ou foram muito curtas e só de uma pessoa (os filhos mais novos não podiam entrar). Além disto, as aulas de preparação para o nascimento foram também suspensas o que comprometeu de certa forma algum apoio na adaptação desta díade. Acrescentar ainda que tal como já foi referido anteriormente, esta instituição de saúde é creditada e considerada “Hospital Amigos do Bebés”, e de

modo a cumprir as 10 medidas recomendadas, todas as intervenções por parte dos profissionais de saúde são baseadas nas mesmas, incluindo a formação de promotoras de AM em mais de 50% da equipa.

Sugere-se que o recurso a uma amostra maior e acrescentar outras variáveis que o instrumento de recolha de dados não contempla como o tipo de alimentação do RN e não sendo AME saber o motivo, pois seria muito enriquecedor e interessante analisar as mesmas e como poderiam influenciar os resultados. Seria pertinente também conhecer o grau de satisfação em relação aos profissionais de saúde e atuação dos mesmos, se amamentou na primeira hora de vida do RN, a forma como obteve a formação, o apoio familiar, entre outros aspetos, de forma a entender como se relacionavam com as taxas de autoeficácia e motivação. Seria também importante seguir estas mulheres e saber a duração do AM. Mais estudos se requerem sobre a temática, de forma munir os profissionais de saúde de ferramentas e armas eficazes na promoção do AM segundo as recomendações da OMS.

4 Análise Reflexiva sobre o Processo de Mobilização de Competências

O presente capítulo destina-se a analisar e descrever as atividades desenvolvidas nos vários contextos clínicos durante o ENPRF, refletindo sobre as mesmas e de que forma me influenciaram pessoal e profissionalmente. Paralelamente, será incluída a forma como foram desenvolvidas as atividades e intervenções, os cuidados prestados à mulher/família ao longo do seu ciclo reprodutivo, a mobilização de recursos e conhecimentos científicos, as dificuldades encontradas e as estratégias para ultrapassá-las até à elaboração do presente relatório. A realização do estudo e deste relatório também fazem parte das atividades para a obtenção do grau de EEESMO.

Este capítulo subdivide-se em dois: o primeiro sobre as competências comuns dos enfermeiros especialistas e o segundo sobre as competências específicas dos EEESMO, científicas, técnicas ou relacionais. Ambos e tudo o anteriormente referido, será refletido e terão por base os regulamentos publicados no diário da república, 2.^a serie – N^o 26 e N^o 85 (2019a, 2019b).

Autores como Ferraz *et al* (2020), mencionam que a experiência pedagógica e a aprendizagem da prática de enfermagem baseada na evidência representam elementos motivadores de mais pró-atividade dos estudantes na aquisição de conhecimento e aproximação com o contexto dos serviços de saúde.

4.1 Competências comuns dos enfermeiros especialistas

Ao longo deste subcapítulo serão abordadas as competências comuns do enfermeiro especialista, essencialmente os aspetos éticos e deontológicos da profissão.

Atualmente, os cuidados de saúde exigem cada vez mais dos profissionais nas competências técnicas e científicas, tendendo a haver uma maior especialização e diferenciação dos mesmos. Enfermeiro especialista é alguém “...a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2018, p.4744), tornando-se responsável pela educação, “...orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo uma investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. “(OE, 2018, p.4744).

Ser enfermeiro especialista garante um maior conhecimento aprofundado e

habilidades técnicas, científicas e humanas assegurando a resposta mais adequada às necessidades da população-alvo da sua especialidade, quer na prestação de cuidados diferenciados ou primários.

As competências comuns a todos os especialistas, não importa a sua área de especialidade, estão divididos em 4 domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019b). Estas são “...demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (OE, 2019b, p.4745)

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legais estou ciente que as mesmas fizeram parte da minha atuação ao longo de todo o estágio, tendo por base as normas legais, os princípios éticos e deontológicos profissionais (OE, 2015b). Desenvolvi uma prática segura e profissional sabendo as minhas limitações e quando solicitar ajuda, bem como nas intervenções autónomas e interdependentes, tomando decisões baseadas no conhecimento e no domínio ético e deontológico. Realizei ensinamentos, esclareci dúvidas fomentei conhecimentos já existentes, promovi a literacia a vários níveis e validei sempre os ensinamentos efetuados para melhor apoiar estas mulheres/família e incentivar a sua capacidade de participar nas suas decisões, resoluções de problemas, podendo escolher esclarecidamente a melhor opção para si e para o RN. Respeitei sempre os valores, crenças e costumes individuais, assegurando sempre a privacidade, sigilo, autonomia, dignidade e a sua livre vontade da escolha partilhada, garantido os cuidados melhores e mais seguros (OE, 2018). Sempre fui assídua e pontual. Refleti acerca da prática com o enfermeiro supervisor e equipa, avaliando o processo e o resultado da tomada de decisão, considerando sempre a promoção dos direitos humanos.

No que concerne ao domínio da melhoria contínua da qualidade, é uma preocupação não só da OE mas também do Ministério da Saúde (MS, 2015) que enfatiza a prioridade e importância da melhoria da gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, responsabilizando na promoção da segurança dos doentes. Durante o estágio, colaborei ativamente em todos os planos, programas, normas e projetos de qualidade implementados pelas respetivas instituições cumprindo os mesmos para

garantir a qualidade de cuidados. Na arte do cuidar, os conhecimentos e as práticas estão sempre em constante atualização, pelo que o enfermeiro especialista tem que mobilizar os seus conhecimentos e habilidades para garantir a melhoria contínua da qualidade, bem como o desenvolvimento e participação em projetos e estudos com este objetivo. A realização deste relatório final contribui para esta melhoria na qualidade dos cuidados, não só pela sua reflexão acerca das competências, mas também pela exploração da temática. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes é implementado a nível do Sistema Nacional de Saúde (SNS), e tem como meta para os anos 2021 -2026 “...consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde”, mantendo a segurança dos doentes, implementando práticas seguras mesmo em ambientes mais complicados (MS, 2021, p.97).

Faz parte também deste domínio, que tenha avaliado as minhas práticas e os resultados das mesmas, promovendo a melhoria destas de forma a assegurar um ambiente terapêutico e seguro. Os cuidados foram centrados na mulher/família e RN, na sua satisfação, bem-estar, prevenção de complicações, promoção do autocuidado e adaptação, gerindo o risco, a segurança e qualidade dos cuidados. Nos vários contextos clínicos, promovi sempre um ambiente físico seguro para a mulher/família e RN, e também um ambiente respeitoso que incentivasse uma relação terapêutica (OE, 2018). Nem sempre foi fácil, pois em ambas as instituições de saúde houve uma grande multiculturalidade, e muitas vezes a comunicação era um desafio pois só falavam a sua língua de origem. Foi necessário versatilidade, resiliência e estratégias assertivas para desenvolver um ambiente seguro, confiante, respeitando os fatores psicossociais, culturais e espirituais protegendo os mesmos.

Em relação ao domínio da gestão dos cuidados, considero ter gerido a prestação dos mesmos, estabelecendo prioridades, articulando com o enfermeiro supervisor e a restante equipa, de forma a garantir a segurança e qualidade nas tarefas. Supervisionei também as tarefas delegadas, geri os recursos tanto quanto possível para dar a melhor resposta e adequar à situação presente visando a qualidade dos cuidados prestados. O trabalho e os resultados em enfermagem são o resultado de toda uma colaboração e trabalho em equipa. Eu tentei sempre estar integrada e trabalhar em equipa, adotando a liderança, organização, articulação entre os vários membros da equipa e gestão das tarefas

quando era preciso, favorecendo o melhor da equipa e de forma a atender à necessidade das mulheres que estavam ao meu cuidado e pelas quais eu era responsável, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados. No papel de líder, era importante que a postura e o ambiente fossem de disponibilidade, empatia, compreensão e tranquilidade, gerindo da melhor forma possível os recursos humanos. Foi necessária também a mobilização de conhecimentos e competências que me permitiram tomar as decisões devidamente fundamentadas, assegurando sempre a qualidade dos cuidados com eficácia e eficiência.

Por último, há o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais que envolve o autoconhecimento para o desenvolvimento das competências, no processo de aprendizagem com a prática baseada na evidência. O suporte da evidência na enfermagem assume um papel fundamental, pois a ciência está em constante evolução e só assim asseguramos a contínua e atualizada aquisição de conhecimentos e a melhor qualidade dos cuidados. É importante que o enfermeiro especialista seja assertivo, que se adapte individual e profissionalmente, e reconheça a interferência que este fato tem nas relações terapêuticas e multiprofissionais. Apesar da pesquisa, houve sempre lugar para esclarecer dúvidas, debater sobre determinadas práticas ou situações clínicas, refletindo sobre as mesmas, o que contribui para a aquisição e solidificação dos conhecimentos. O estudo desenvolvido implicou uma pesquisa científica sobre a temática em causa, o que eleva os conhecimentos e os contributos na área. Os dados do estudo serão divulgados, quer a nível da escola, quer a nível da instituição de saúde onde foi realizado. As disciplinas do primeiro ano do curso, foram o despertar para o mundo da investigação, como facilitador da aprendizagem, uma vez que a prática clínica deve ter como suporte a evidência científica.

Desta forma, para a obtenção do título de enfermeiro especialista implica que além as competências comuns adquiram as competências específicas de cada especialidade (OE, 2019b).

4.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ao longo do ENPRF desenvolveram-se várias competências de acordo com as Competências específicas do EEESMO descritas no Regulamento da OE publicado em

Diário da República, 2ª Série, nº 85 – 3 de maio de 2019 e pela Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias de 7 de setembro, transportada para a lei portuguesa n.º 9/2009 de 4 de março, e após várias atualizações, sendo a última a Lei n.º 26/2017 de 30 de maio. No gráfico 1, estão enumeradas as experiências obtidas ao longo do ENPRF, segundo as normas supracitadas (Figura 2 e Apêndice B).

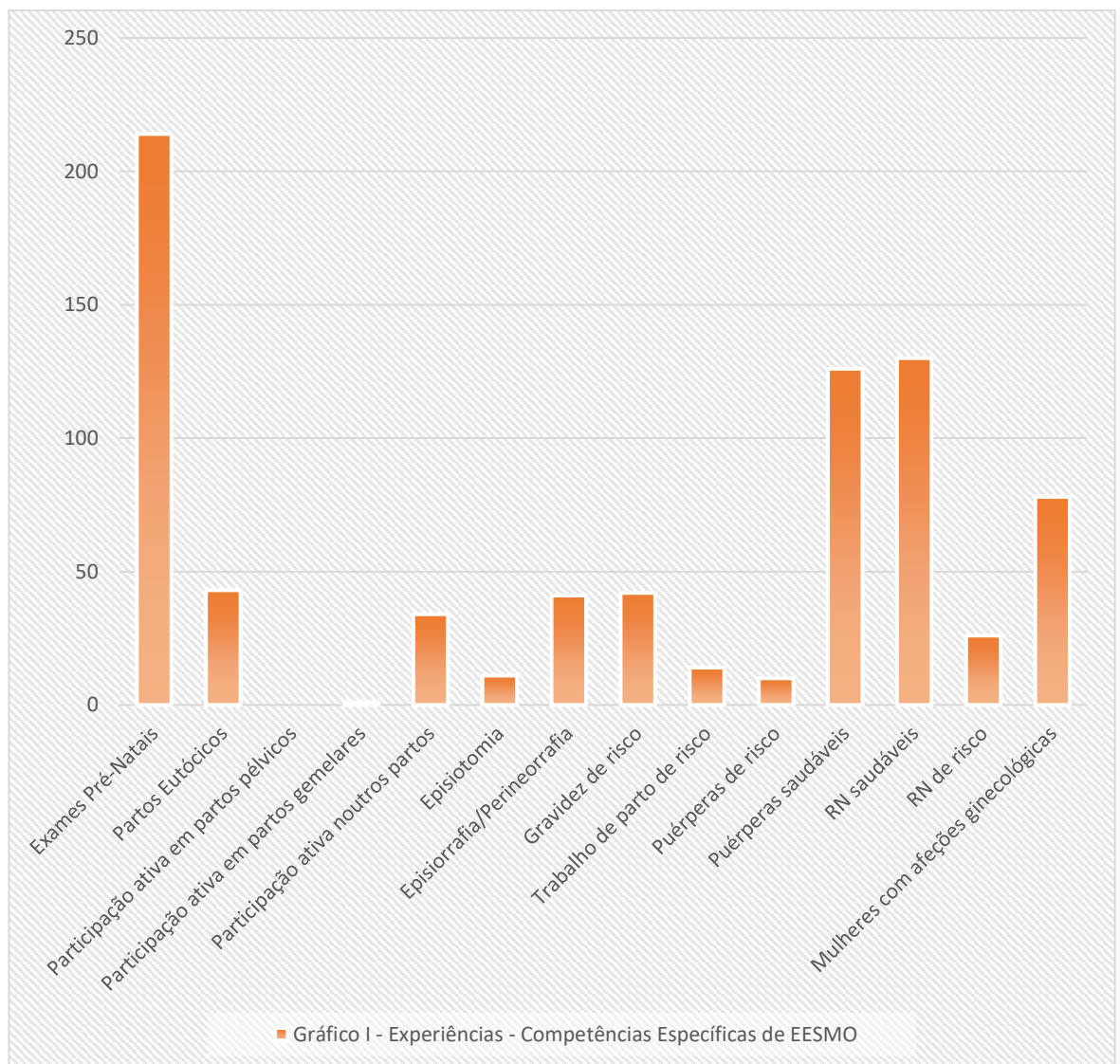


Figura 2 - Gráfico com as Experiências dos estágios segundo as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Fonte: Elaboração Própria

Neste subcapítulo irei refletir e descrever sobre as competências adquiridas e as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios realizados nas várias áreas de especialização. O estágio assegurou a aquisição de competências teórico-práticas, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes que fazem parte integrante da área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O processo de aquisição de competências é contínuo, e as específicas estão inerentes e interligadas com as comuns.

O EEESMO tem à sua responsabilidade a prestação de cuidados específicos à mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo, através das suas competências técnicas, científicas e humanas (OE, 2019a). A OMS (2015b, p.9), destaca a importância dos EEESMO na saúde referindo que:

” ...desempenham um papel-chave e cada vez mais importante nos esforços que as sociedades desenvolvem para enfrentar os desafios da saúde pública e para prestar cuidados de saúde seguros (com padrões de segurança e eficiência), de elevada qualidade, eficazes e eficientes...são vitais para a proteção e melhoria da saúde, no apoio que disponibilizam às pessoas para serem elas próprias a gerir a sua saúde, e ao assegurarem o acesso e a continuidade dos cuidados quando os doentes precisam.”

A aquisição e aprimoramento das competências específicas foi um processo contínuo ao longo estágio, no entanto apresentarei este capítulo de acordo com os vários contextos clínicos. A minha prestação de cuidados teve como princípio a teoria de enfermagem de Kristen Swanson que visa o bem-estar do outro. Durante o estágio, o meu foco em todas as minhas intervenções era o bem-estar da mulher/família e RN, conhecendo-os, identificando os pontos de atuação, prevenindo as complicações, fomentando a capacidade para o autocuidado e autonomia.

4.2.1 Percurso de aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nos cuidados de saúde primários- centro de saúde do Algarve

Ao longo das 6 semanas de estágio no centro de saúde tive várias oportunidades de aprendizagem, entre as quais as consultas de planeamento familiar. As consultas desta tipologia, contribuem para o bem-estar e saúde reprodutivo dos indivíduos, promovendo a prevenção e resolvendo problemas (DGS, 2008). Segundo a mesma organização (DGS,

2008, p.5), as consultas de planeamento familiar são essenciais na saúde reprodutiva e “...deve assegurar a sexualidade, gravidez, infertilidade, vigilância pré-concepcional e pré-natal...informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das ITS, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério.” Aplicando estas normas anteriormente referidas, que devem estar implementadas e são alvo de avaliação, nestas consultas eram realizados rastreios do cancro do colo do útero. Segundo a norma da DGS (2012), que recomenda a realização do mesmo em todas as mulheres entre os 25 e os 64 anos de idade. Além deste rastreio, eram também realizados ensinamentos para a execução do autoexame da mama, e incentivada a sensibilização para a prevenção de futuras possíveis doenças. Executava-se o aconselhamento de métodos contraceptivos e fornecimento dos mesmos bem como a colocação e retiro de implantes subcutâneos e realização de ensinamentos acerca das doenças sexualmente transmissíveis.

Tive oportunidade de realizar consultas de saúde infantil a RN e algumas crianças, avaliando o seu desenvolvimento físico através do peso, comprimento e perímetro cefálico e respetivos percentis; o seu desenvolvimento psicomotor e cognitivo, bem como o seu padrão de alimentação, sono e eliminação. Nestas consultas assegurava-se o cumprimento do PNV, sempre de acordo com a vontade dos pais. Estas intervenções estão de acordo com o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), que enfatiza que o desenvolvimento das curvas de crescimento deve ter em harmonia, dentro dos percentis e parâmetros normais de forma a promover a vida adulta saudável. A mesma organização de saúde, eleva a vacinação como um direito de todos, de forma gratuita, mas ao mesmo tempo também como um dever na consciência do contributo da saúde de todos, e embora seja opcional e recomendado e não obrigatório, considera-se que vacinar é um ato de cidadania, de solidariedade e responsabilidade pública (DGS, 2013).

As aulas de Preparação Para o Nascimento (PPN) com grupos de grávidas/casal, fizeram parte das minhas intervenções, onde colaborei quer na parte dos ensinamentos quer na parte dos exercícios físicos. Estas aulas eram feitas por uma equipa multidisciplinar, com várias temáticas com o objetivo de ajudar e empoderar a mulher/casal durante a gravidez, TP e parto, cuidados aos RN e parentalidade, segundo as orientações da OE (2016). A OE (2012), realça que é importante desenvolver a confiança da mulher/casal, adquirir

competências para vivenciar a gravidez, TP, parto e parentalidade com as suas capacidades interativas entre a tríade. Na mesma linha de pensamento, Pereira *in* Néné *et al* (2016), enfatiza que as aulas de PPN e a partilha de conhecimentos e experiências dá ao casal/mulher a capacitação de vivenciar a gravidez, TP e parto como um processo fisiológico de adaptação de forma gratificante e saudável. Casais informados, são casais mais tranquilos, seguros e confiantes, com tomada de decisão e autonomia.

Realizei uma das aulas, com o tema da amamentação, que a orientadora pedagógica, a Professora Doutora Françoise Lopes, teve oportunidade de assistir. Entre os temas a abordar, escolhi este tema por ser uma temática que gosto muito e por ser o tema do meu relatório final de estágio (Apêndice H). Foi uma aula muito interessante, foi pouco tempo para o tema tão abrangente e tão complexo. O feedback foi muito positivo, a relação terapêutica foi estabelecida, houve abertura para esclarecimento de dúvidas, praticar algumas posições. Posteriormente encontrei algumas destas mulheres no puerpério, e viu-se que o conhecimento estava adquirido, sentiam-se motivadas para amamentar e com autoeficácia, fez muita diferença a prévia literacia em amamentação. Pena que apenas dois pais foram às aulas, penso que seria muito benéfico a presença dos mesmos, para apoio, literacia e pró-atividade no futuro próximo.

No centro de saúde, a maior parte das minhas intervenções foi junto da grávida/casal nas consultas de saúde materna. Nestas consultas realizava-se uma avaliação física, dos sinais vitais, da frequência cardíaca fetal, manobras de *Leopold*, medição da altura do fundo do útero, ensinios e estratégias para ultrapassar alguns desconfortos como forma de despiste de desvios padrões, e os resultados analíticos. Adequar sempre estas intervenções conforme o trimestre da gravidez e as necessidades da mulher, e atualizar estas avaliações no boletim de saúde da grávida, segundo as orientações do programa nacional de vigilância da gravidez de baixo risco (DGS,2015). O EEESMO deverá ter sempre em atenção também a avaliação psicossocial, emocional, consumo de substâncias e violência doméstica (Néné *et al*, 2016). Havia espaço para exposição de dúvidas e de apoio emocional, quando necessário, embora o tempo da consulta não fosse muito, permitia à mulher estabelecer uma relação de confiança e partilha de emoções. Autores como Néné *et al* (2016), valorizam a vigilância da grávida desde o início, pois existe uma relação de qualidade e ganhos de saúde, diminuição de

mortalidade e morbidade materna e perinatal na identificação precoce de fatores de risco que possam comprometer a adequada evolução do feto e da gravidez.

Os EEESMO são responsáveis pela vigilância de grávidas de baixo risco, com intervenções autônomas e interdependentes com a restante equipa multidisciplinar, nomeadamente o médico. A gravidez de baixo risco é aquela que através da avaliação de risco pré-natal com a escala modificada de Goodwin, entre zero e dois, não é identificável nenhum fator de morbidade materna, fetal ou neonatal, sendo estes fatores passíveis de alterarem ao longo da gravidez e por este motivo, esta avaliação deverá ser continua ao longo da gravidez (DGS, 2015). O EEESMO assume os cuidados a estas mulheres com elevada qualidade, as consultas deverão ser adaptadas de acordo com a situação da grávida, e sempre que necessário são encaminhados para cuidados diferenciados, ou seja, sempre que for avaliada gravidez de alto risco com a deteção de algum fator de risco.

Além desta situação, após as 36 semanas e até às 40 semanas, todas as grávidas são encaminhadas para o hospital de referência para realização de avaliação do bem-estar fetal e dinâmica uterina, consulta com médico e enfermeiros especialistas (DGS, 2015). A mesma organização recomenda que a primeira consulta seja antes das 12 semanas, e que sendo gravidez de baixo risco, pelo menos até às 30 semanas haja uma consulta a cada 4-6 semanas; entre as 30 e as 36 semanas haja uma consulta a cada 2-3 semanas e após as 36 semanas que as consultas sejam a cada 1-2 semanas até ao parto (DGS, 2015). Nestas consultas, já houve mais participação do outro progenitor, é importante que seja incentivada para a prestação de apoio à mulher e uma melhor preparação para a parentalidade.

Durante o estágio não houve nenhuma consulta de preconceção, penso que é importante o incentivo à realização da mesma pois é essencial na avaliação holística da mulher/casal para guiar no ciclo reprodutivo sem intercorrências, deteção de eventuais fatores de risco e possível correção dos mesmos, de modo que a gravidez seja tranquila. Seria importante que houvesse ao longo do ciclo reprodutivo um acompanhamento continuo da vigilância da mulher e não só na preconceção e gravidez (DGS, 2015). É crucial a promoção de estilo de vida saudável, hábitos alimentares equilibrados, atividade física e alteração e adequação de comportamentos saudáveis (Néné *et al*, 2016).

Tive oportunidade de acompanhar um casal que teve infertilidade e fez procriação medicamente assistida, todo este processo causa alguma ansiedade no casal e à mínima alteração, às vezes mesmo que fisiológica, para este casal era como uma ponte para um pensamento de preocupação que algo poderia não estar bem. É um processo desgastante e longo, com elevados custos não só económicos, mas também de desgaste hormonal, emocional e físico. Este casal procurou em nós, eu e a minha enfermeira supervisora, um porto de abrigo, onde conseguia tranquilidade, apoio, esclarecimento de dúvidas, estratégias para aquisição de competências de autocuidado e confiança. Exigiu de nós muita assertividade e estratégias de *cooping*, disponibilidade, para conseguir prestar cuidados de qualidade e dar resposta às necessidades deste casal, foi um desafio gratificante. Na visão de Néné *et al* (2016), a descoberta da infertilidade causa no casal sofrimento, drama e angústias, tornando-se o EEESMO alguém valioso para estabelecer um vínculo precioso com o mesmo.

Houve também nas consultas mulheres com gravidez de risco, principalmente por Hipertensão Arterial (HTA) gestacional ou prévia e Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG) ou prévia, onde era feita uma avaliação semelhante à da gravidez de baixo risco, mas com incidência nestas patologias, nos cuidados a ter para prevenir complicações materno-fetais, além de que já eram vigiadas em cuidados de saúde diferenciados. Uma vigilância adequada, equilibrada e reforçada pode impedir e/ou reduzir as complicações materno-fetais graves (Graça, 2017).

A consulta de puerpério e a primeira avaliação do RN e às vezes o Teste de Diagnóstico Precoce (TDP) era feito na mesma consulta, ficando agendada outra consulta para o final do puerpério. Este era um ótimo momento para avaliar a dinâmica da díade/tríade, o estado geral e avaliação física de ambos nomeadamente da mulher e RN como os lóquios, a ferida cirúrgica, a involução uterina, as mamas e mamilos, a alimentação do RN, amamentação, estado emocional, entre outras, e dar apoio aos primeiros passos da nova realidade desta família, segundo as recomendações da DGS (2015). Esta organização refere ainda que estas consultas deverão ser realizadas entre a 4^a e 6^a semana após o parto, se não houver fatores de risco já detetados, e que seria uma mais valia realizar uma visita domiciliária (DGS, 2015). A visita domiciliária é um instrumento de avaliação muito importante pois podemos avaliar no seio da família o seu

funcionamento, no entanto, não tive oportunidade de realizar. Néné *et al* (2016) eleva a importância da avaliação da mulher tendo em consideração o tipo de parto, o pós-parto, informar acerca das alterações fisiológicas, o retomar a anatomofisiologia anterior, das suas necessidades na identificação dos desvio padrão e fatores de riscos e planeamento dos cuidados de melhor qualidade.

Gostaria de realçar que a qualidade de cuidados que um enfermeiro especialista oferece à comunidade é um pouco sub-aproveitada numa unidade de saúde familiar ou de cuidados personalizados onde presta cuidados gerais, não desvalorizando obviamente todas as áreas de enfermagem pois são fundamentais e devem oferecer também cuidados de máxima qualidade. Muitos foram os elogios feitos pelas grávidas e mulheres relativamente cuidados específicos prestados, que normalmente não têm.

Desta forma, e pelo anterior enunciado, penso que consegui atingir os objetivos propostos para este estágio em relação às competências específicas de EEESMO, nomeadamente no cuidar das mulheres em idade fértil, da mulher inserida na família/comunidade no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional, durante o pré-natal; cuidar da mulher no pós-natal, durante o período do climatério e durante o processo de saúde/doença ginecológica (OE, 2019a).

4.2.2 Percurso de aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no serviço de ginecologia

Durante as 6 semanas de estágio no serviço de ginecologia vivenciei várias experiências nos extremos das idades do ciclo reprodutivo da mulher. Tive oportunidade de observar duas cirurgias no bloco operatório, uma histerectomia por via vaginal e uma plastia vaginal. Prestei cuidados a mulheres com diversas patologias como tumores do endométrio e mama, hiperplasia do endométrio, metrorragias/miomas, prolapsos uterinos e vesicais, quistos ováricos, abscesso vulvar que foram submetidas às respetivas cirurgias de correção e tratamento. Prestei também cuidados a pessoas que realizavam histeroscopias e biopsias do endométrio, anexectomia, plastias perineais e salpingectomias. Ser submetida a uma cirurgia é algo que deixava as utentes muito ansiosas, sendo necessária a realização de ensinamentos pré e pós-operatórios, bem como prestar apoio emocional, estabelecendo uma relação terapêutica de confiança. A maioria destas mulheres eram idosas,

sendo que estes procedimentos cirúrgicos eram muito debilitantes para as mesmas, e a recuperação era mais lenta e carecia de mais cuidados. O EEESMO tem os conhecimentos e habilidades técnicas e humanas necessárias para ser responsável por estes cuidados, visando a excelência dos mesmos, e ajudando a mulher/família a vivenciar estes processos potenciando a sua saúde (OE, 2019a).

Houve uma situação que me marcou especialmente, de uma mulher jovem, com vários tumores disseminados, em cuidados paliativos, e que tinha duas filhas pequenas. Em situações como esta, as habilidades e competências relacionais e humanas, a escuta e a assertividade estão no auge, e por irônico que possa parecer, aprendi mais com ela do que lhe consegui ajudar. Tinha uma força e uma plenitude incrível.

Tive oportunidade de prestar cuidados a mulheres que decidiram proceder a uma Interrupção Médica da Gravidez (IGV), sendo algumas reincidentes na mesma. Segundo o SNS (2022), legalmente é permitida a IVG nas primeiras 10 semanas de gravidez, contando a data da última menstruação. Néné *et al* (2016), sublinha que não é necessário que hajam problemas de saúde materno-fetais que comprometam a evolução da gravidez, é uma decisão da mulher terminar uma gravidez não desejada ou não planeada. É necessário um maior investimento a nível dos cuidados de saúde primários na promoção dos métodos contraceptivos e planeamento familiar. A nível hospitalar, muitas das mulheres que realizavam IVG não tinha indicação ou seguimento para consultas de planeamento familiar.

A reprodução humana é um processo fisiológico complexo e nem sempre bem-sucedido, acabando por vezes ocorrer um aborto espontâneo ou haver necessidade de interromper a gravidez por razões médicas (Néné *et al*, 2016). Fizem parte da minha experiência, o acompanhamento de mulheres com abortos retidos ou incompletos ou interrupção médica da gravidez, que necessitaram de intervenção diferenciada. São inúmeros os fatores associados a estas situações, e parece ser cada vez mais frequente, deixando marcas eternas nas mulheres/casal, em cada um de forma diferente, e por vezes o processo de luto pode ser moroso e complexo. As gravidezes ectópicas ou não evolutivas são também causadoras de tristeza e ansiedade para o casal/mulher. Todas estas situações afetam muito o casal/a mulher psicologicamente, pois para além da perda muitas vezes ainda têm que ser submetidas a uma cirurgia. O EEESMO tem um papel fundamental nestes processos, seja na avaliação de casais com fatores de risco associados, na perceção daqueles

que necessitam de mais ajuda emocional, na prestação de cuidados e realização de ensinamentos. Sensibilizou-me muito ver os fetos que aguardam resposta de seguimento para análise e avaliação, e o tempo de espera.

Houve também mulheres com ameaça de aborto, que ficaram internadas para vigilância e evolução, cumprindo medicação e repouso, e embora se pudesse observar uma vontade de não criar laços com o feto devido ao elevado risco de perda, nestas mulheres observei o oposto. Observei o estabelecimento de uma ligação emocional com feto e todo um conjunto de atitudes em prol desta gravidez e do sucesso da mesma. Mais uma vez, a prestação de cuidados do EEESMO é imprescindível na vigilância evolutiva, tratamento e relação terapêutica.

É frequente alguns colegas desvalorizarem um pouco o papel do EEESMO nesta área, mas penso que é muito importante pois este é treinado especificamente para tratar da mulher nestas várias situações, prestando assim cuidados de mais elevada qualidade, focados na mulher de forma holística.

Desta forma, e pelo anteriormente referido, penso que consegui atingir os objetivos propostos para este estágio em relação às competências específicas de EEESMO, nomeadamente no cuidar das mulheres em idade fértil, da mulher inserida da família/comunidade durante o pré-natal, durante o período do climatério e durante o processo de saúde/doença ginecológica (OE, 2019a).

4.2.3 Percurso de aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no serviço obstetrícia

Durante 5 semanas decorreu o estágio de puerpério no serviço de obstetrícia, onde estão também internadas as grávidas de risco ou que necessitam de cuidados diferenciados tal como já foi referido anteriormente.

O puerpério é o período desde o nascimento até 6 semanas de pós-parto. E caracteriza-se pela recuperação física e psicológica e pode prolongar-se até 6 semanas após o parto (Graça, 2017). Na mesma linha de definição, Posner *et al* (2014), refere que o puerpério inicia-se após a dequitação da placenta e dura até que os órgãos reprodutores retomem a sua condição antes da gravidez, que normalmente dura 6 semanas.

Se o puerpério imediato decorrer sem intercorrências, a díade é transferida para o

serviço de obstetrícia, e após o acolhimento, procedi à avaliação física da mulher, nomeadamente estado geral, parâmetros vitais para proceder ao primeiro levante, involução uterina, lóquios, cuidados perineais ou com a ferida cirúrgica, sinais e sintomas de alerta, mamas e mamilos e os primeiros ensinamentos acerca da amamentação ou AM. Segundo Néné *et al* (2016) é normal que a tensão arterial esteja ligeiramente mais elevada, sem febre; é normal haver dor, desconforto nomeadamente na ferida cirúrgica, abdominal e nas mamas; o útero após o parto palpa-se na linha média do abdómen e ao nível da cicatriz umbilical, envolvendo cerca de 1cm por dia; possível edema nos membros inferiores. Os lóquios nas primeiras horas após o parto são semelhantes ao fluxo menstrual abundante, sendo hemáticos, posteriormente sero-hemáticos e serosos, não devendo haver uma perda superior a 500 ml, ter odor fétido ou coágulos; no períneo deverá manter-se uma higiene cuidada e mantê-lo o mais seco possível trocando de pensos várias vezes (Néné *et al*, 2016). É importante o adequado controlo da dor da mulher para que consiga estar receptiva aos ensinamentos e prestar cuidados ao RN.

Em relação ao RN, é realizada uma avaliação física nomeadamente a cor, tónus muscular, respiração, temperatura manualmente ao toque, fontanelas e cabeça, a existência de pedículos ou fossetas, cordão umbilical, despiste de freio curto ou fenda do palato ou outras malformações físicas existentes e os primeiros ensinamentos acerca da troca da fralda, cuidados com o coto umbilical, eliminação e alimentação. Para a prevenção de eritemas das fraldas recomenda-se a utilização de fraldas descartáveis por serem mais absorventes e manterem a pele seca, substituindo-a várias vezes e em relação ao cordão umbilical não se deve fechar com pensos ou na fralda, tentando mantê-lo o mais seco possível (Néné *et al*, 2016). A avaliação física da díade é realizada em todos os turnos, e sempre que for necessária, de forma conseguir monitorizar o estado de saúde da díade, potenciando a saúde da mulher no pós-parto e do RN, orientado a mesma para os sinais de alerta de ambos nos desvios da normalidade prevenindo possíveis complicações.

Segundo os mesmos autores, o levante e a deambulação precoce previnem o risco de tromboembolismo que está aumentado no pós-parto devido ao aumento dos fatores de coagulação, do fibrogénio e diminuição da mobilidade, principalmente nas cesarianas (Néné *et al*, 2016, Posner *et al*, 2014) As mulheres com partos por via vaginal terminado o puerpério imediato sem intercorrências realizam logo o primeiro levante, sendo que

segundo os protocolos institucionalizados, nos partos distócicos por cesariana realizam o primeiro levante 6 ou 12 horas pós-parto, se não houver intercorrências, prevenindo assim este risco. As puérperas de partos por cesariana até ser possível levantar e deambular, são incentivadas mobilizações ativas no leito. De acordo com os autores anteriores, Graça (2017) considera que as principais complicações no pós-parto são as hemorragias, alterações psiquiátricas, tromboembolismo e infecções.

O internamento, não havendo intercorrências, é muito curto, cerca de 48 horas nos partos por via vaginal e 72 horas nos partos distócicos por cesariana. Por isso é prioritário o EESMO identificar precocemente as necessidades da díade, realizar o plano de cuidados e implementá-lo, supervisionar, promovendo o autocuidado, o bem-estar e adaptação no pós-natal e parentalidade responsável, de forma individual, holística e única, prevenindo também complicações.

Embora esta unidade de saúde tenha a certificação de “Hospital Amigo dos Bebés” e as recomendações sejam segundo esta política e das entidades de saúde como DGS, OE e OMS a vontade materna é sempre sobreposta na questão de como desejar alimentar o seu RN. O Papel do EESMO é oferecer ferramentas suficientes para a puérpera tomar uma decisão informada baseada na evidência e esclarecida. A amamentação engloba uma grande parte dos cuidados durante o puerpério como os ensinamentos, a correção e supervisão, a adaptação ao seio materno, a pega correta, a vigilância das mamadas e cuidados às mamas e mamilos. A OMS tenta sensibilizar para uma melhoria do estado de saúde da população, protegendo, promovendo e apoiando o AM, incentivando a articulação dos cuidados de saúde primários e diferenciados (Néné *et al*, 2016). O mesmo autor reforça ainda que é crucial a identificação e vigilância de fatores de risco, para que os profissionais de saúde possam influenciar o início e a duração da amamentação ou AM na aquisição de autoconfiança por parte das mulheres através das suas intervenções e práticas junto das mesmas (Néné *et al*, 2016).

O cantinho do aleitamento materno dá a continuidade ao AM após a alta com apoio, incentivo, promoção e avaliação das necessidades presentes, contribuindo desta forma para o prolongamento o máximo de tempo possível. Outro aspeto fundamental é o suporte familiar, durante os primeiros dias, pois é importante ter apoio da pessoa significativa em casa e para as restantes tarefas domésticas. Levy & Bertolo (2012), eleva

este fato afirmando que é importante ajuda de alguém em casa bem como dos profissionais de saúde competentes e disponíveis seja através de consulta, contato telefónico ou visita domiciliária. A organização Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) fortalece as ideias anteriores afirmando que é uma responsabilidade de todos, proteger a amamentação (2021). O EEESMO, com todas as competências específicas nesta área, torna-se um elemento essencial na contribuição do sucesso do AM, promovendo, protegendo e apoiando. Pude constatar que o apoio do pai, nem que seja para a mulher descansar, comer, prestar cuidados de higiene ou com uma palavra de reforço positivo, tornou-se fundamental para a motivação da puérpera.

Ao longo do estágio, tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados ao RN nomeadamente o banho promovendo o autocuidado. Néne *et al* (2016) declara que os bons cuidados de higiene ao RN previnem infeções, estimulando o sistema imunitário, e o vestuário deve ser confortável e adequado, tendo em consideração a imaturidade na termorregulação do mesmo.

Neste serviço, diariamente, está uma enfermeira responsável pelo cumprimento do PNV, da realização do Teste de Diagnóstico Precoce (TDP), da avaliação do Rastreo de Cardiopatas Congénitas (RCC) e Rastreo Auditivo Neonatal (RANU), controlo do peso e da alta segura. Aconselha-se a realização do RCC entre as 24 e 48 horas de vida do RN para despistar malformações cardíacas congénitas, pois em Portugal, é a patologia mais frequente entre as malformações congénitas (DGS, 2006). Recomenda-se a realização do RANU até ao final do primeiro mês de vida, pois a audição influencia o desenvolvimento cognitivo, social, da fala e da linguagem oral, tornando-se importante identificar as crianças com perda auditiva precocemente e iniciar intervenções (DGS,2019). O TDP é realizado entre o 3º e o 6º dia de vida do RN, e tem como principal objetivo o diagnóstico de doenças, permitindo o seu tratamento precoce e evitando consequências maiores (SNS, 2022). Em relação à alta segura, é um projeto com a associação para a promoção da segurança infantil (APSI), que tenta assegurar o transporte seguro do RN no automóvel desde o primeiro dia de vida e na primeira viagem, com o apoio e aconselhamento a grávidas e famílias (APSI, 2022).

Durante o internamento também forneci a informação sobre o início da atividade sexual, bem como aconselhamento de métodos contraceptivos no pós-parto. Além do bem-

estar físico é importante alertar a mulher e a família para as possíveis alterações emocionais e a importância do suporte emocional e psicológico. Há uma certa tendência a desvalorizar estas alterações e focar a atenção no novo elemento da família e às expectativas de pura felicidade. Néné *et al* (2016) refere que as alterações depressivas são as mais frequentes na gravidez e puerpério.

Foram prestados cuidados a puérperas e RN de elevado risco, em que os cuidados são de uma forma geral semelhantes aos restantes, reforçando as intervenções específicas de cada patologia associada. É importante saber reconhecer o que é fisiológico e detetar complicações precocemente e pedir colaboração, sabendo os meus limites de atuação.

O papel do EEESMO neste serviço assume uma extrema importância, uma vez que o mesmo é dotado das competências técnicas, específicas e humanas necessárias para cuidar da mulher-RN-família nesta altura tão vulnerável da vida deles. Este momento é caracterizado por um turbilhão de hormonas, ansiedade, receios, insegurança, sentimentos que gradualmente vão amenizando após as intervenções do EEESMO direcionadas em potenciar a capacidade de autocuidado da mulher e RN à sua adaptação à nova realidade e parentalidade. Assim, de uma forma geral realizei ensinamentos, supervisionei os cuidados e reforcei todos os ensinamentos efetuados durante o internamento, de forma gradual potenciando a sua aquisição e prática, adquirindo estas competências específicas.

Neste serviço são recebidas as grávidas de risco ou com patologias associadas, e apesar de não fazer parte destes objetivos de estágio foi uma experiência muito enriquecedora. O EEESMO adequa os cuidados específicos às situações como por exemplo numa ameaça de parto pré-termo ou pré-eclampsia ou colestase gravídica, interpretando a sua avaliação para planificar os cuidados, ensinamentos visando a melhoria do estado clínico, manter o bem-estar fetal e que a gravidez decorra sem problemas graves.

Embora o rácio de assistência de EEESMO no internamento de puérperas saudáveis seja de 1:6 e de puérperas patológicas 1:3, não é a realidade deste serviço, tal como já foi referido anteriormente (OE, 2019c). Por vezes a presença e a prestação de cuidados do EEESMO neste serviço é um pouco desvalorizada, no entanto a avaliação e prestação de cuidados do mesmo é muito mais diferenciada comparativamente à do enfermeiro generalista.

Esta prestação de cuidados vai ao encontro da teoria de Kristen Swanson (1993),

pois dota a mulher e família de capacidade de autocuidado, nesta nova fase de adaptação, mantendo o bem-estar geral de todos.

Posto isto, penso que consegui alcançar os objetivos propostos para este estágio em relação às competências específicas de EEESMO, nomeadamente no cuidar das mulheres em idade fértil, da mulher inserida da família/comunidade durante o pré-natal e durante o período pós-natal (OE, 2019a).

4.2.4 Percurso de aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no bloco de partos

Este percurso foi subdividido em três fases diferentes, um primeiro estágio e primeiro contato com o bloco de partos durante seis semanas, posteriormente de quatro semanas noutra instituição de saúde e após a pausa causada pela pandemia Covid-19 e pela minha situação pessoal, passados 19 meses, decorreram as últimas oito semanas de estágio no mesmo local do primeiro. Esta pausa deu aso a alguns sentimentos de insegurança e ansiedade pela possibilidade de ter perdido alguma prática previamente adquirida, mas foram desaparecendo gradual e progressivamente, tornando-me mais confiante, segura e autónoma.

O TP é um conjunto de processos fisiológicos, espontâneos ou induzidos, que levam ao apagamento e dilatação do colo do útero, progressão e expulsão fetal (Néné *et al*, 2016). Pode-se dividir o TP em quatro fases: a fase latente ou primeiro estadio, da qual faz parte o apagamento do colo do útero e termina quando se inicia a fase ativa do TP, ou seja, até aos três ou quatro cm de dilatação do mesmo (Posner *et al*, 2014); a fase ativa do TP define-se pelo alcance da dilatação completa do colo, os 10 cm, descida fetal e parto, correspondendo ao segundo estadio; o terceiro estadio corresponde à dequitudadura que se caracteriza pela expulsão da placenta, espontânea ou manualmente, fragmentada ou completa; a quarta e última fase é o puerpério imediato que corresponde às primeiras duas horas pós-parto, onde existe uma maior vigilância da puérpera e RN (Néné *et al*, 2016).

As grávidas internadas neste serviço estão em TP ativo, para indução do TP ou para parto distócico por cesariana eletiva. Previamente, no serviço de urgência foi realizada a avaliação inicial com a colheita de dados e confirmação dos exames complementares de diagnóstico realizados ao longo da gravidez, segundo as normas da

DGS (2015). A mesma entidade de saúde, considera que em todas as situações com complicações maternas ou fetais que beneficiem do término da gravidez ou com idade gestacional superior a 41 semanas e sem que o parto tenha que ocorrer em poucas horas, têm indicação para maturação cervical e indução do TP (DGS,2015). Embora a indução do TP seja médica, é função do EEESMO colaborar nas intervenções, administração de medicação, vigilância do TP e bem-estar fetal.

Estes partos normalmente são mais longos e há mais dor associada, sendo muito importante a gestão adequada da dor, e não só nestes mas em todos, pois uma mulher com a dor controlada consegue colaborar no seu TP e parto, e ter uma experiência mais positiva e tranquila. A gestão adequada da dor promove a qualidade dos cuidados prestados minimizando a dor (Graça, 2016). Podem ser não farmacológicos através do saco de água quente, massagens, alterações de posição, bola de *pilates*, musicoterapia e deambulação ou farmacológicos com medicação analgésica ou com a analgesia epidural. Cabe ao EEESMO promover, prevenir e controlar a dor, proporcionando conforto e bem-estar. A maior parte das grávidas a que prestei cuidados, decidiu realizar a analgesia epidural, referindo um enorme alívio da dor, conseguindo relaxar e colaborar nas medidas promotoras da condução do TP e parto. Infelizmente, numa das unidades de saúde, não havia a possibilidade de realizar esta analgesia durante o turno na noite.

Considero que consegui estabelecer uma importante relação terapêutica e de confiança com os casais/mulheres, aberta à discussão do plano de parto e à promoção de um ambiente físico tranquilo e seguro, gerindo intervenções de elevada qualidade e risco controlados, desde o acolhimento. O TP e o parto podem ser geradores de ansiedade e receios, e o EEESMO consegue ter uma influência marcante diminuindo os mesmos, encorajando e reforçando positivamente, prestando apoio emocional e psicológico. Entradas e pessoas não necessárias à prestação de cuidados também são algo para evitar durante o internamento, respeitando a privacidade. A avaliação cervical durante o TP não deve ser realizada por rotina, é preconizado ser de quatro em quatro horas e sempre que necessário considerando a sintomatologia/dor da parturiente e o estado fetal, de forma a prevenir infeções maternas no período peri-parto (OMS, 2015^a). A cervicometria é efetuada através do índice de *Bishop* que avalia a maturação e evolução do colo particularmente a posição, consistência, comprimento, dilatação e altura da apresentação

(Néne *et al*, 2016). Estas competências, a avaliação da evolução do TP e detecção de desvios do padrão normal otimizando as condições de saúde da materno-fetal, foram competências específicas que fui adquirindo ao longo do estágio.

Após o acolhimento na sala de partos, inicia-se a vigilância da contratilidade uterina e do bem-estar fetal através do CTG externo contínuo durante o TP ativo ou após administração de terapêutica. Apesar de haver disponível para situações que carecem desta avaliação, nunca realizei monitorização fetal interna. Numa das unidades de saúde, existiam 2 CTG com wireless, o que permitia uma maior deambulação, embora os tradicionais embora tenham fios longos que permitem alguma deambulação. Apesar de haver mulheres que solicitam que o CTG não seja de forma contínua, é explicado à mesma a sua importância e que é a melhor forma de garantir o bem-estar fetal, acabando posteriormente por aceitarem.

A monitorização fetal intraparto tenta evitar complicações devido a hipoxia/acidose e a realização de intervenções desnecessárias (Santo, 2016). A mesma autora (2016) refere que a monitorização intermitente tem que ser realizada de 15 em 15 minutos no primeiro estadio do TP, de cinco em cinco minutos no segundo estadio e durante pelo menos 60 segundos, incluindo o período da contração e 30 segundos após a mesma, sendo mais usado quando não é possível a monitorização contínua. Na realidade destas unidades de saúde não é possível assegurar uma vigilância do TP sem a monitorização contínua, pois apesar da OE referir que no intraparto o rácio de EEESMO deve ser 1:2 no 1º estadio do TP, 1:3 na indução no TP e 1:1 no segundo estadio (OE, 2019c), o que na verdade acontece é um EEESMO responsável por quatro ou cinco salas de parto, seja qual for o estadio do TP das mulheres, com apenas um colega de apoio. Se for necessário o outro colega EEESMO que está no serviço de urgência, entra para as salas de parto. Perante o referido, o EEESMO tem que ter toda a enorme capacidade de gestão, perícia e competências para executar a sua função da melhor forma e prestar cuidados de qualidade e seguros. Segundo a OE (2019c) a prestação de cuidados e a gestão dos mesmos é única e exclusivamente da responsabilidade e competência do EEESMO, e só estes podem assegurar e exercer cuidados específicos no bloco de partos. A vigilância/monitorização do bem-estar e risco materno-fetal foi um pouco difícil para

mim inicialmente, mas progressivamente fui adquirindo mais conhecimentos e experiência, conseguindo atingir este objetivo com eficácia.

O período expulsivo é um momento de elevada concentração e foco para um EEESMO e mais ainda para um aluno, pois além de estar em comunicação com a mulher e casal, tem que posicionar a parturiente e vigiar o seu estado geral, conduzir e direcionar os esforços expulsivos sempre que necessário, vigiar o bem-estar fetal, a descida e expulsão do RN, gerir a adaptação extrauterina, gerir os restantes profissionais dentro da sala, avaliar o períneo, avaliação da administração de medicação se for o caso, tudo em simultâneo. Penso que gradualmente consegui adquirir estas competências. Durante este período lubrificava e massajava um pouco o períneo, sendo crucial a proteção do mesmo com recurso à manobra de *Ritgen*, de forma a facilitar o nascimento e ao mesmo tempo evitar lacerações e traumas perineais mais extensos e complicados. É importante saber avaliar do períneo, a sua extensibilidade, rigidez, consistência e coloração e decidir a necessidade de efetuar episiotomia. Não é recomendada a realização de episiotomia médio-lateral por rotina, e sempre com o consentimento da mulher. Ao longo do estágio, tornei-me cada vez mais eficiente na aplicação das técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica.

No entender da OMS (2018), a massagem perineal, a aplicação de compressas de água morna e proteção do períneo são intervenções aconselhadas na redução do trauma perineal e facilitador do parto. Além disso, a mesma organização (2018) recomenda a realização da episiotomia de forma seletiva e não por rotina, nem mesmo em emergências obstétricas, como o sofrimento fetal que requer parto vaginal instrumentado, não concluindo assim que a mesma possa ter benefícios. É de elevada a importância de administrar anestesia local eficaz e do consentimento da mulher na realização de episiotomia e perineorrafia (OMS, 2018). Uma vez decidido a realização de episiotomia, esta deverá ser medio-lateral pois está associada a menor risco de lesões complexas como do esfíncter anal, sendo a sutura contínua mais benéfica à sutura interrompida (OMS, 2018).

Após o nascimento é realizado imediatamente contato pele a pele com a mãe, sendo da responsabilidade do EEESMO a promoção da vinculação e adaptação à

parentalidade, de acordo com as recomendações da OMS (2018) na primeira hora após o nascimento, promovendo a amamentação e vinculação e prevenindo a hipotermia.

Mantendo o contato pele a pele, quando o cordão umbilical deixava de pulsar, o que normalmente era superior a um minuto, sempre que possível e de desejo dos pais era dada a oportunidade de realizarem o corte do mesmo. A OMS (2018,2020) e o colégio americano de obstetras e ginecologistas (2016,2017) apoia a ideia de clampar o cordão umbilical tardiamente em RN de termo e pré-termo vigorosos, após o 1º a 3º minutos, pelos inúmeros benefícios como o aumento da hemoglobina, melhorando a quantidade de ferro nos primeiros meses de vida. Os mesmos autores, referem uma preocupação com a icterícia, mas a evidência não demonstra um risco aumentado de policitemia ou icterícia.

A OMS (2015) defende o respeito pela escolha da mulher em relação à pessoa significativa durante o TP e parto como recomendação primordial na saúde da mulher e RN. O EEESMO deverá adotar intervenções facilitadoras do pai/pessoa significativa como elemento ativo durante o TP e parto e cuidados aos RN.

A dequitação pode ser pelo mecanismo de *Duncan* em que a parte materna se exterioriza primeiro ou mecanismo de *Schultze* onde a parte fetal sai primeiro, sendo o que ocorre na maior parte das vezes (Néné *et al* 2016). Durante a mesma pode realizar-se um pouco de tração e vigiar o globo de segurança de *Pinard*, e após a mesma é importante verificar a sua integridade e das membranas, manter o controlo do globo de segurança de *Pinard*, vigiar as perdas hemáticas, avaliar o períneo e o canal de parto para identificar as possíveis lesões e administrar uterotónico após, nomeadamente ocitocina (Néné *et al*, 2016). Na mesma linha de pensamento, Néné *et al* (2016) considera que o EEESMO pode adotar uma atitude ativa durante a dequitação, deve apoiar a sua exteriorização usando o seu próprio peso facilitando a sua saída completa, e administrar uterotónicos após a expulsão da mesma.

Durante o estágio, tive oportunidade de suturar lacerações de grau I e II e episiotomias. Vi uma laceração de grau III, num parto vaginal instrumentado realizado por um médico e suturada pelo mesmo. É importante a adequada hemóstase, realizar ensinamentos à puérpera, aplicar gelo e vigiar sinais inflamatórios.

Considerei sempre essencial avaliar as características do líquido amniótico relativamente à cor, cheiro, quantidade bem como a duração da rutura das membranas

para proceder a profilaxia com antibioterapia, segundo os protocolos em vigor em cada instituição. Houve algumas vezes, a necessidade de realizar a amniotomia como condutor do TP ativo, considerando sempre a posição da apresentação apoiada e prevenindo complicações como prolapso do cordão umbilical (Néné *et al*, 2016).

Após o parto, a puérpera e o RN, se não sucederem intercorrências, são transferidos para a sala de vigilância, e sempre que foi possível realizei esta vigilância durante este período de 2 horas e promovi, protegi e apoiei a amamentação. A OE (2021) enfatiza a importância da prática do AM na primeira hora de vida priorizando-a, e dando aos enfermeiros esta responsabilidade quando se fala na qualidade da prestação de cuidados nesta área. É importante manter a vigilância da puérpera através da avaliação de sinais ou sintomas de risco, dos sinais vitais e do anteriormente referido como o globo de segurança de *Pinard*, as perdas hemáticas, a eliminação, gestão da dor, promoção da alimentação e vigilância da adaptação extrauterina do RN, prevenindo assim complicações no pós-parto imediato.

Tive oportunidade de assistir e colaborar em partos distócicos via vaginal por fórceps ou ventosa e distócicos por cesariana, onde é essencial a articulação da equipa e a colaboração para intervenções interdependentes com a restante equipa. É crucial que o EEESMO conheça muito bem a mecânica e a fisiologia do TP e parto, para saber e reconhecer os desvios da normalidade e os seus limites de intervenção, garantido sempre a segurança da mulher e feto/RN.

A realização dos registos corretos e adequados são de elevada importância ao longo da prestação de cuidados, quer nos boletins de saúde, como no *omniview*, no *sclínico* e no partograma. Os registos serão sempre a nossa defesa futura.

Ocorreram dois partos que me marcaram especialmente, onde ocorreram duas distócias de ombros difíceis de reverter. Não diferente do que ocorre nas outras situações, é necessário uma grande habilidade e mobilização de técnicas e conhecimentos na resolução do problema, onde o pouco tempo que passa parece muito mais. Foram situações que terminaram sem consequências graves, mas estão inseridas nas emergências obstétricas pois podem ter consequências graves para o RN como asfixia, lesão do plexo braquial, traumatismo e fraturas e morbidade materna (Posner *et al*,2016).

As últimas 8 semanas de estágio, decorreram durante a pandemia causada pela

Covid-19, onde foram necessárias alterações e reestruturações. Era necessário o uso de máscara permanente, testes para SARS-Cov-2 de todas as mulheres e acompanhantes e se ambos tivessem negativos, o acompanhante podia permanecer o tempo todo junto da mulher. No entanto, se um dos dois tivesse positivo não havia direito a acompanhante, o que fazia sobressair uma maior ansiedade e fragilidade das mulheres por se sentirem sozinhas, influenciando negativamente a sua experiência neste momento tão especial. Aqui, mais uma vez, um EEESMO tem um papel fundamental no apoio emocional, proporcionando a melhor experiência possível com os melhores cuidados de qualidade. Na prestação de cuidados a mulheres que testaram positivo eram necessários circuitos e equipamentos de proteção individuais, na prevenção de contaminação.

A minha prestação de cuidados esteve sempre na linha de pensamento de Kristen Swanson (1993), sendo os cuidados centrados na mulher e feto/RN promovendo cuidados de elevada qualidade, garantido a sua segurança e bem-estar. Foi promovida a decisão informada, a literacia e o autocuidado na promoção da saúde da díade-família, bem como a prevenção de complicações.

Desta forma, considero que atingi os objetivos propostos para este estágio em relação às competências específicas de EEESMO, particularmente no cuidar das mulheres em idade fértil, da mulher inserida na família/comunidade durante trabalho de parto e parto e durante o período pós-natal (OE, 2019a).

5 Considerações Finais

A realização deste relatório foi uma experiência bastante desafiadora e ao mesmo tempo enriquecedora uma vez que possibilitou uma exaustiva e ponderada reflexão crítica acerca da aquisição de competências EEESMO ao longo do ENPRF. Este percurso acadêmico, profissional e pessoal foi marcante e gratificante, contribuindo para a minha evolução positiva. Dei sempre o melhor de mim com o objetivo de adquirir o máximo e melhores competências, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O fato de ter passado por seis campos clínicos distintos permitiu a consolidação de saberes e construção de identidade profissional. Cuidei da mulher e da família inseridos na comunidade, valorizando projetos e privilegiando a inovação em saúde sempre que possível.

É função do EEESMO estar sempre atualizado e ter uma prática baseada na evidência, promovendo a decisão consciente e informada, e a prestação de cuidados especializados à mulher/família inserida da comunidade ao longo do seu ciclo reprodutivo, potenciando a sua saúde e prevenindo complicações. Além da aquisição das competências específicas de EEESMO, desenvolvi e adquiri as competências comuns aos enfermeiros especialistas, estando sempre todas interligadas e assumindo um papel essencial na prestação de cuidados seguros e de qualidade. Desta forma, os objetivos traçados para o estágio foram alcançados gradual e positivamente, tornando possível determinar os próximos objetivos enquanto futura EEESMO na continuação e melhoria da prática, desejando alcançar a excelência e dar também resposta aos objetivos do desenvolvimento sustentável.

O aprofundamento do tema sobre a autoeficácia e motivação materna no estabelecimento do AM demonstrou uma elevada autoeficácia e motivação nas mulheres que na praticavam o mesmo, mas estes resultados obtidos podem ter sido influenciados pela amostra pequena, selecionada por conveniência. Certamente contribuirá para uma melhoria na área e será impulsionador para novas pesquisas e estudos, pois é uma temática de extrema importância mundial.

Na prática de enfermagem, seguir modelos teóricos fundamentados é crucial, e durante este estágio não foi diferente. Tornou-se uma orientação ao longo do estágio, permitindo uma prática nos referenciais teóricos da disciplina assim como contribuir para o desenvolvimento da profissão.

Desta forma, este momento é o culminar do conjunto de competências adquiridas e emoções sentidas, tornando-se um marco importante no meu progresso e desenvolvimento da vida profissional, académico e pessoal. Considero sentir-me com capacidades para iniciar a prestação de cuidados seguros e de qualidade diferenciada enquanto futura EEESMO.

6 Referências Bibliográficas

- American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016, *Recommends Delayed Umbilical Cord Clamping for All Healthy Infants*. <https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2016/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-for-All-Healthy-Infants>
- American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017, *Delayed Umbilical Cord Clamping After birth*, number 684. <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-After-Birth?IsMobileSet=false>
- American Psychological Association (sem data). 6th ed. <http://www.apa.org>
- Administração Regional do Sul, 2020, Cuidados de Saúde Primários. <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/cuidados-de-saude-primarios/>
- Brockway, M., Benzies, K. & Hayden, K., 2017, *Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis*, *Journal of Human Lactation*. <http://doi.org/10.1177/0890334417707957>
- Centro Hospitalar, 2022, <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- Dennis, C. (2003), *Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form*, *JOGNN*, 32, pp.734–744. <http://doi.org/10.1177/0884217503258459>
- Direção Geral da Saúde (2006). Diagnóstico Pré-Natal de Cardiopatias Congénitas, circular normativa N° 11/DSMIA. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-11dsmia-de-26092006-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Obtido de Saúde Reprodutiva e Planeamento familiar*. <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/planeamento-familiar--contracepcao/saude-reprodutivaplaneamento-familiar-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2012) *Orientação número: 018/2012 - Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Cóló do Útero*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182012-de-21122012-png.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma 010/2013. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2015a). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Em DGS, www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/pnvgbr-pdf.aspx
- Direção Geral da Saúde. (2015b). *Orientação número: 002/2015. Indução do trabalho de parto*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares->

[informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx](#)

Direção Geral da Saúde, 2019, Novo Programa Nacional do Rastreio Neonatal, Despacho n.º 7276/2019 – Diário da República n.º 156/2019, Série II. <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2019/08/20/rastreio-neonatal-programa-nacional-aprovado-novo-programa-a-ser-implementado-pelo-insa/>

Direção Geral de Saúde, 2020, *Programa Nacional de vacinação 2020. Norma 018/2020*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>

Donato, H. & Doanto, M., 2019, Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática, Ordem dos Médicos, Revista Científica da Ordem dos Médicos, Acta Med Port;32(3), pp. 227-235. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30946795/>

Ferraz, L., Schneider, L., Pereira, R. & Pereira A., 2020, Ensino e aprendizagem da prática baseada em evidências nos cursos de Enfermagem e Medicina. Relatos de Experiência. Revista Brasileira. Estud. Pedagog. 101 (257). <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.101i257.4424>

Filho, D. & Júnior, J. (2009). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Revista Política Hoje, Vol. 18, n. 1. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/viewFile/3852/3156>

Fortin, M. F. (2009). *Processo de investigação - da concepção à realização*. 5ª Edição. Lu-sociência.

Franco, A., Garcia, J., Mogen, E. & Guardia, S., 2019, *Effectiveness of a brief motivational intervention to increase the breastfeeding duration in the first 6 months postpartum: Randomized controlled trial*, revista Adv Nurs.76. pp.888–902. <http://doi.org/10.1111/jan.14274>

Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. 5ª Edição. Lidel

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 30, pp. 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual do aleitamento materno*. Comité português para o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância

Marôco, J.P. (2021) Análise estatística com o *SPSS Statistics* (8ª ed.). *Report Number*

Martinez-Poblete, G. & Ossa, X., 2020, Motivações para o Prolongamento da Amamentação. Acta Paul Enferm. 33. pp. 1-8. <https://www.scielo.br/j/ape/a/kzPd8446Ff9H9pGWn76gBMq/?format=pdf>

Ministério da Saúde, 2015, *Diário da República*, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015,

parte c, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. p16660-16665. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/PlanoNacionalSegurancaDoentes.pdf>

Ministério da Saúde, 2021, *Despacho n° 9390/2021. Diário da República, II série, n° 187, Parte C, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*, pp.96-103. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Moraes, G., Christoffel, M., Toso, B. & Viera, C., 2021, *Association between duration of exclusive breastfeeding and nursing mothers' self-efficacy for breastfeeding*, Rev Esc Enferm USP .55. 03702. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33978141>

Nelas, P., Ferreira, M. & Duarte, J. (2008), *Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida*, Revista Referência, II série, n° 6. pp. 39-56. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2094&id_revista=4&id_edicao=22

Nené, M., Marques, R., & Batista, M. A., 2016, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Regulamento n° 351/2013. https://www.sep.org.pt/files/uploads/2016/10/sep_Regulamento_Padros_Qualidade_Cuidados_Especializados_em_Enfermagem_Saude_Familiar-1.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b), *Deontologia Profissional de Enfermagem Disponível via OE*: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, 2016a, Parecer n°04/2016 – *Sessão e Tempos de Duração dos Cursos de Preparação para o Nascimento e Curso de Recuperação Pós-parto*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04_2016_MCEESMO_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf

Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, 2016b, *Recomendação n°2/2012 – Recomendações Para a Preparação para o Nascimento*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao_2-

2012.pdf

Ordem dos Enfermeiros, 2018, Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros, 2019^a, *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica*. Diário da República n.º 85/2019, Série II. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216892/details/normal?l=1>

Ordem dos Enfermeiros, 2019b, *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n.º 26/2019, Série II. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, 2019c, Parecer n.º 43/2019 – *Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer21_2017_MCEESMO_DotacoesSegurasEESMO.pdf

Ordem dos Enfermeiros, 2020, Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Alteração ao Regulamento n.º 366/2018. Diário da República, 2^a Série n.º 169. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7936/1665616663.pdf>

Ordem dos Enfermeiros, 2021, Parecer do Conselho Jurisdicional n.º 050/2021. Pedido de Parecer Sobre Competência no Início Precoce do Aleitamento Materno https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21955/parecer-cj-n%C2%BA-50-2021_aleitamento-materno.pdf

Organização Mundial de Saúde (1989). *Proteção, promoção e apoio: ao aleitamento materno*. O papel especial dos serviços materno-infantis.

Organização Mundial da Saúde (2015a). *Recomendações para prevenção e tratamento de infeções maternas no período periparto*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205681/WHO_RHR_16.01_por.pdf;jsessionid=F722285916A68E17AA6747D1E98F6DA0?sequence=4

Organização Mundial da Saúde (2015b). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento de Enfermagem e Enfermagem de saúde Materna e Obstétrica em relação às Metas de Saúde de 2020*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/sa%C3%BAde-2020-orienta%C3%A7%C3%B5es-estrat%C3%A9gicas-da-oms-europa-consulte-j%C3%A1-a-vers%C3%A3o-portuguesa/>

Organização Mundial da Saúde, 2018, *Recommendations Intrapartum care for a positive*

childbirth experience. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Organização Mundial da Saúde, 2020, *Optimal timing of cord clamping for the prevention of iron deficiency anaemia in infants*. https://www.who.int/elena/titles/full_recommendations/cord_clamping/en/

Oliveira, T, Silva, A, Oliveira, J, Pereira, E. & Trezza, M., 2018, A Assistência de Enfermagem Obstétrica à Luz da Teoria dos Cuidados de Kisten Swanson, *Enferm. Foco* 2018; 9 (2): 03-06. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1138>

Politécnico de Leiria, (sem data), Guia para Elaboração Citações e Referências Bibliográficas, Normas APA (*American Psychological Association*), 7th ed. https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2021/05/Guia_APA_7%C2%AAEd._v1.pdf

Posner, G., Dy, J., Black, A. & Jones, G. (2014). *Trabalho de Parto e Parto de Oxorn e Foote*, 6ª edição, AMGH editora Ltda.

Portugal (2009), Assembleia da República - *Lei n.º 9/2009*, Diário da República, I Série, n.º 44, de 4 de março, pp1466-1530 (Transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Diretiva n.º 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta determinadas diretivas no domínio da livre circulação de pessoas, em virtude da adesão da Bulgária e da Roménia). <https://dre.pt/application/conteudo/604779>

PORDATA (2020). total de partos em 2019 no Sistema Nacional de Saúde. <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+total+e+em+estabelecimentos+de+sa%C3%BAde-152>

Rocha, I. S, Lolli, L. F., Fujimaki, M., Gasparetto, A. & Rocha, N.B., 2018, *Influence of maternal confidence on exclusive breastfeeding until six months of age: a systematic review*, *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11). pp. 3609-3619. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30427434/>

Santos, V. & Bárcia, S. (2009), Contributo para a adaptação transcultural e validação da – *Breastfeeding Self Efficacy Scale – Short Form* – Portuguesa, *Rev Port Clin Geral* . 25. pp. 363-9. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i3.10633>

Santo, S., 2016, *Guidelines para a monitorização fetal intraparto – resumo do novo consenso da FIGO de 2015*. *Acta obstet ginecol port*; 10(1). pp.8-11 . http://www.fspog.com/fotos/editor2/04_012016--ao_16-00012.pdf

Sim-Sim, M, Barros, M., Frias, A., Zangão, O., Nobre, M., Santinhos, G., Ambrosio, L. & Salgueiro, E., 2017, *Aleitamento Materno: percepção da puérpera quanto ao apoio dos significativos*, *Rede Académica das Ciências da Saúde*, Évora,

<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/20935/1/E-PosterAleitamento-Associa%C3%A7%C3%A3oRACS.pdf>

Smith, M & Parkr, M. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice*.CAPÍTULO 31 • A Teoria do Cuidado de Kristen Swanson. p.525

Swanson, K. (1993) *Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others*. Journal of Nursing Scholarship, Volume 25, Number 4, Winter 1993 pp. 325-357,, DOI: [10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x)

Serviço Nacional de Saúde (2020). *Partos e cesarianas nos cuidados de saúde hospitalares*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=temp~>

Serviço Nacional de Saúde (2022). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Programa Nacional de Rastreo Neonatal. <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/genetica-humana/programa-nacional-de-diagnostico-precoce/>

Terwee, C., Bot, S., Boer, M., Windt, D., Knol, D., Dekker, J., Bouter, L. & Vet, H. (2007). Quality Criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of clinical epidemiology*. Volume 60. Pp. 34-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>

Universidade de Évora. (2022). *Regulamento Académico da Universidade de Évora*. Disponível em: <https://gdoc.uevora.pt/400756>

Zangão, O. & Mendes, F. (2011). Aleitamento Materno: Condicionantes na sua Manutenção. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/3213>

6.1 Webgrafia

<https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/campanhas-e-acoas/campanhas-e-acoas/27-alta-segura-transporte-do-recem-nascido-desde-o-1-dia-de-vida2022>

<http://www.citador.pt/frases/quando-uma-coisa-evolui-tambem-evolui-tudo-o-que-paulo-coelho-26466>


<https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/08/03/semana-mundial-do-aleitamento-materno-5/>

<https://www.sns24.gov.pt/guia/consulta-ivg/>

<https://www.unicef.org/mozambique/comunicados-de-imprensa/semana-mundial-do-aleitamento-materno-2021-protoger-amamenta%C3%A7%C3%A3o-uma>

Apêndices

Apêndice A - Submissão do projeto aos serviços académicos da Universidade de Évora

 Serviços Académicos	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
1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA (A ser emitido apenas em GesDOC)		2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido apenas em GesDOC)
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE Nome Completo: <u>Marina Isabel Caetano Sanches</u> Número: <u>41661</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 Obstétrica</u> Especialidade/Plano Alternativo: <u>Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u>		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE Telef.: <u>925686179</u> E-mail: <u>marina_csanches@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 Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros) <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 (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)		
7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</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>PARA 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 do Aleitamento Materno: auto-eficácia e motivação da mulher” Título em Inglês: “Breastfeeding Establishment: self-efficacy and motivation of women”		

<p>Nome: <u>Maria da Luz Ferreira Barros</u></p> <p>Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u></p> <p>N.º Identificação Civil: <u>082579806</u> -<u>zz3</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> nr <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>Telef.: <u>917127477</u> E-mail: <u>mlb@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-5620-0162</u></p>	
<p>Nome: <u>Françoise Michèle Bueche Apolo Lopes</u></p> <p>Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u></p> <p>N.º Identificação Civil: <u>1067000</u> -<u>IZYO</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> nr <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>Telef.: <u>912211861</u> E-mail: <u>francoise_lopes@hotmail.com</u> ID ORCID: _____</p>	
<p>Nome: _____</p> <p>Universidade/Instituição: _____</p> <p>N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> nr <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____</p>	
<p>11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO</p> <p>Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgaec.mec.pt/np4/28</small></p> <p>Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>"Breast Feeding"; "Women"; "Motivation"; "Self-efficacy"; "Obstetric Nurse"</u></p>	
<p>12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA</p> <p>Aleitamento Materno</p>	
<p>13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]</p> <p>Em anexo</p>	
<p>14. DOCUMENTOS ANEXOS</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Cronograma</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es)</p> <p><input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	<p>15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE</p> <p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) 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.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</p>

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

A realização do estágio de natureza profissional, surge no âmbito do segundo ano do Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica, com supervisão clínica de acordo com o planeamento escolar. O estágio tem como principais objetivos adquirir e aprofundar conhecimentos e competências na área da Saúde Materna e Obstétrica, bem como na área de investigação com a realização do relatório final. O relatório final é parte integrante de todo o estágio, mas incidirá sobre a temática de aleitamento materno.

O aleitamento materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções, sendo as suas vantagens múltiplas, quer a curto ou a longo prazo, tanto para a mãe, como para o bebé e família. Existe um consenso mundial de que a sua prática de forma exclusiva é a melhor maneira de alimentar crianças até aos 6 meses de vida (Levy,L., Bértolo,H. (2012)). A OMS (1989), refere que “O aleitamento materno é um modo insubstituível de fornecer o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudáveis dos lactentes (...)”, reforçando a prática do mesmo até aos 6 meses de forma exclusiva e como complemento até aos 2 anos ou mais. O sucesso da amamentação depende de muitos fatores como o apoio do companheiro/família, estado psicológico/afetivo, práticas da maternidade, dificuldades ou complicações, idade, estado civil, nível de escolaridade e nível socioeconómico. Além destes fatores, o aparecimento de obstáculos à amamentação, como por exemplo, medos, fissuras, mamilos planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, mastites, sucção débil do bebé, baixa produção de leite e circunstâncias laborais, pode originar ansiedade e sentimentos de culpa (Santos,V.,Bárcia, S. (2009)).

Auto-eficácia na amamentação pode gerar confiança ou expectativa positiva da mulher com relação aos seus conhecimentos, habilidades para amamentar seu bebê com êxito, influenciando na duração e exclusividade da prática de aleitamento materno, permitindo aos profissionais de saúde desenvolver estratégias individualizadas para fortalecer ou construir a confiança (Rocha, I. S, Lolli, L. F., Fujimaki,M., Gasparetto,A., Rocha, N.B (2018). Segundo Dennis, C. (2003), a auto-eficácia na amamentação influencia a duração da mesma, pois é a mãe escolhe amamentar, o quanto se vai esforçar e investir, e como poderá responder emocionalmente às dificuldades da amamentação. A motivação é, também, um fator importante no processo educativo da amamentação, pois pessoas motivadas têm altas necessidades de realização e são mais persistentes e intensas. A motivação é a força que move para realizar atividades, mantendo o esforço necessário durante o tempo necessário para atingir o objetivo proposto. A motivação da mulher pode em situações mais débeis, fornecer perseverança, persistência e força de vontade para amamentar seu bebê com êxito, influenciando na duração e a exclusividade da amamentação.

A amamentação é um tema de importância mundial, considerada um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo, e embora nos últimos anos houvesse mais preocupação na realização de estudos sobre o tema, penso que ainda há muito para investir. Em Portugal, embora exista uma alta incidência de aleitamento materno, verifica-se também uma alta incidência de desistir de amamentar no primeiro mês de vida do bebé, o que justifica o incrementar de medidas que promovam o seu maior sucesso. Segundo o relatório da Direcção Geral de Saúde (DGS,

2012), em Portugal, até ao dia da alta hospitalar cerca de 74,5% de mulheres manteve o aleitamento materno exclusivo, 1,3% alimentação com leite artificial e 22,9% aleitamento misto. Segundo o Registo de Aleitamento Materno (RAM), utilizado no serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar do Algarve em Portimão, até meados de Outubro de 2019, de 727 recém-nascidos, 445 foram alimentados em aleitamento materno exclusivo, 3,9% alimentação com leite artificial e os restantes em aleitamento misto. A amamentação sempre foi uma temática que me suscitou muito interesse, e por isso, também por todos os motivos acima referidos, decidi incidir o meu relatório sobre “Estabelecimento do Aleitamento Materno: auto-eficácia e motivação da mulher”, onde pretendo estudar a relação da auto-eficácia e da motivação da mulher no estabelecimento do aleitamento materno, contribuindo para o desenvolvimento da investigação em enfermagem obstétrica. Existem poucos estudos sobre o estabelecimento da amamentação, e o impacto que pode ter no sucesso da mesma. Este estudo é um estudo do tipo correlacional, de abordagem quantitativa pois visa perceber a relação do estabelecimento do aleitamento materno com a auto-eficácia e motivação da mulher. Em relação ao desenho do estudo é do tipo não experimental, pois será aplicado um questionário composto por um perfil sociodemográfico e história obstétrica para caracterizar as mulheres, com perguntas de resposta fechada; pela escala "The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short form" na versão portuguesa validada das autoras Vanessa Santos e Sónia Bárcia (2009) que avalia o grau de autoconfiança das mulheres na amamentação, e quanto maior a pontuação, maior é a autoconfiança materna em amamentar; pela "Escala da Motivação para a amamentação (EMA)", dos autores Paula Nelas, Manuela Ferreira e João Duarte (2008) que avalia o grau de motivação da mesma, quanto maior a pontuação, maior é a motivação materna em amamentar. A amostra é do tipo não probabilística, selecionada por conveniência geográfica, constituída pelas puérperas internadas no serviço de obstetrícia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Portimão, consideram-se uma amostra prevista de 351 participantes. Determinam-se como critérios de inclusão: puérperas que amamentem e não usem mamilos artificiais, chupetas ou tetinas; puérperas no pós-parto recente; puérperas e recém-nascido em alojamento conjunto desde o nascimento; recém-nascido sem complicações neonatais; com consentimento Informado assinado. Estabelece-se como critérios de exclusão: puérperas que não comuniquem em Português; puérperas com défice neurológico ou distúrbios psiquiátricos. Além da temática principal, o relatório será realizado ao longo do estágio, compilando as atividades do mesmo e descrevendo na minha perspetiva a aquisição de competências específicas na relação entre a prática clínica e a evidência científica, sendo posteriormente apresentado em provas públicas. O estágio decorrerá em várias unidades de saúde, com diferentes campos de atuação. Segundo a ordem dos enfermeiros (2019), o enfermeiro especialista assume intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, e interdependentes em médio e alto risco, sendo responsável pelos cuidados à mulher. O desenvolvimento de competências clínicas especializadas, além ter uma vertente muito prática, implica também uma contínua reflexão, crítica, análise, procura de conhecimento, demonstrando os resultados de aprendizagem, como boas práticas enquanto futura enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica.

Objetivos Gerais:

- Adquirir, desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências em saúde materna e obstétrica, defendendo intervenções profissionais autónomas e interdependentes;

- Aplicar conhecimentos e capacidades de resolução de problemas em situações novas e não familiares, revelando capacidade para integrar os conhecimentos e competências, lidar com questões complexas, desenvolver soluções;
- Prestar cuidados à mulher/família inserida na comunidade ao longo do seu ciclo de vida:
 - Pré concepção, pré-natal, trabalho de parto, parto, puerpério, pós-concepção, afeção do aparelho genito-urinário/mama;
- Prestar cuidados ao recém-nascido;
- Conhecer área científica de enfermagem, especializando o seu conhecimento nas vertentes aplicadas da investigação, da intervenção e da formação;
- Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências na área de investigação, permitindo aprendizagem contínua;
- Estudar a relação da auto-eficácia e da motivação da mulher no estabelecimento do aleitamento materno;
- Defender, através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua atuação no Estágio de Natureza Profissional.

PLANO DE ATIVIDADES	
Objetivo Especifico	Atividades
Cuidar da mulher na saúde sexual, planeamento familiar e preconcepção	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a saúde sexual da mulher - Intervém na educação sexual e saúde preconcepcional -Realiza rastreios, diagnostica precocemente e previne complicações -Providência cuidados à mulher com disfunções sexuais, infeções sexualmente transmissíveis e infertilidade - Promove a qualidade da saúde sexual e reprodutiva
Cuidar da mulher no período pré –natal e aborto	<ul style="list-style-type: none"> - Promove e potencia a saúde pré-natal da mulher - Cuida, diagnostica precocemente e previne complicações - Promove o bem-estar materno-fetal - Orienta sobre sinais e sintomas de risco - Providência cuidados à mulher e facilita a sua adaptação gravidez, interrupção voluntária da gravidez e aborto - Promove programas de preparação para o nascimento, incluindo plano de parto e promoção do aleitamento materno
Cuidar da mulher no trabalho de parto e parto	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a saúde e a adaptação da mulher e recém-nascido -Cuida, diagnostica precocemente e previne complicações da gravidez e parto - Presta cuidados à mulher com patologias associada/concomitante com a gravidez - Promove, protege e apoia o aleitamento materno - Promove e previne o controlo da dor

	<ul style="list-style-type: none"> - Cuida na evolução do trabalho de parto, parto e pós-parto - Promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/família.
Cuidar da mulher no período pós-natal	<ul style="list-style-type: none"> - Promove e potencia a saúde da mulher e recém-nascido - Cuida, diagnostica precocemente e previne complicações - Orienta para sinais e sintomas de risco - Promove a saúde mental, suporte emocional e psicológico, incluindo conviventes significativos - Informa e orienta sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido - Promove, protege e apoia o aleitamento materno
Cuidar da mulher no climatério	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a saúde da mulher no processo de transição e adaptação à menopausa - Realiza rastreios e educação para a saúde para as alterações associadas ao climatério - Intervém na disfunção sexual - Cuida, diagnostica precocemente e previne complicações - Promove a saúde mental, suporte emocional e psicológico, incluindo conviventes significativos
Cuidar da mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	<ul style="list-style-type: none"> - Promove e potencia de saúde ginecológica da mulher - Cuida, diagnostica precocemente e previne complicações de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama - Concebe intervenções em complicações pós-cirúrgicas - Promove a adaptação à nova situação - Promove a saúde mental, suporte emocional e psicológico, incluindo conviventes significativos
Estudar a relação da auto-eficácia e da motivação da mulher no estabelecimento do aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza pesquisa bibliográfica - Realiza o projeto e planeia o estudo - Aplica o instrumento de recolha de dados e analisa-os - Redige o relatório final - Apresenta e defende o relatório final - Percebe os aspetos com mais carência na auto-eficácia e motivação da mulher - Percebe como melhorar a adesão e o sucesso do estabelecimento exclusivo do aleitamento materno

- Reúne dados suficientes para a base de estudos futuros ou continuação do presente estudo, de forma a perceber como melhorar a continuidade do aleitamento materno

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES																		
	Ano 2019												Ano 2020					
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Pesquisa Bibliográfica																		
Redação do projeto de investigação																		
Submissão do projeto de investigação a comissão de curso																		
Submissão do projeto a comissão de ética da universidade																		
Submissão do projeto a comissão de ética ao Centro Hospitalar Universitário do Algarve de Portimão																		
Recolha de Informação																		
Tratamento e análise da Informação e dados recolhidos																		
Elaboração do Relatório Final																		
Entrega do relatório final																		
Preparação da apresentação do Relatório Final																		
Defesa do Relatório Final																		

Referências bibliográficas:

- Dennis, C. (2003), *Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form*, JOGNN, 32, 734–744;
- Direção-Geral da Saúde, Observatório do Aleitamento Materno (2013), *Relatório do Aleitamento Materno/RAM – Relatório Janeiro a Dezembro de 2012*, Portugal
- Levy,L., Bértolo,H. (2012), *Manual de Aleitamento Materno*, Unicef Portugal.
- Nelas,P., Ferreira, M., Duarte, J. (junho de 2008), *Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida*, Revista Referência, II série, nº 6, 39-56.
- Ordem dos Enfermeiros (2019), *Regulamento nº391/2019, Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*, Diário da República, 2ª série - nº85 – 3 de Maio de 2019
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1989), *Proteção, promoção e apoio: ao aleitamento materno. O papel especial dos serviços materno-infantis*, Genebra
- Rocha, I. S, Lolli, L. F., Fujimaki,M., Gasparetto,A., Rocha, N.B (2018), *Influence of maternal confidence on exclusive breastfeeding until six months of age: a systematic review*, Ciência & Saúde Coletiva, 23(11):3609-3619.
- Santos,V.,Bárcia, S. (2009), *Contributo para a adaptação transcultural e validação da – Versão Portuguesa*, Rev Port Clin Geral 2009;25:363-9.
- Registo Aleitamento Materno (RAM), fornecido pela equipa de informática do Centro Hospital do Algarve de Portimão, a 17.10.2019.

Apêndice B – Experiências/ *curriculum* total do estágio

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 Estágio Final
 Ano Lectivo 2019/2020/2021

Nome do Aluno Barbara Sanchez Nº 41051

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida <ul style="list-style-type: none"> Exames pré-natais (100) 	214
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente <ul style="list-style-type: none"> Partos eutócicos (40) Participação activa em partos pélvicos Participação activa em partos gemelares Participação activa noutros partos Episiotomia Episiotomia / perineotomia 	43 1 34 11 41
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40) <ul style="list-style-type: none"> Gravidez Trabalho de parto Puerpério 	40 14 10
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	186
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	130
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	86
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	78

Rubrica Professor

Mania da Luz

Apêndice C – Instrumento de recolha de dados

QUESTIONÁRIO “Estabelecimento do Aleitamento Materno: Autoeficácia e motivação da mulher”

Questionário nº. _____

I – Aspetos Sociodemográficos

1 - **Idade:** _____ anos

2- **Estado Civil:** Solteira Casada ou União de Facto Viúva Divorciada

3- **Pessoa com quem vive:** Marido/namorado Sozinha Pais Outra:

4- **Pessoa Significativa:** Marido/namorado Mãe/Pai _____ Outra _____

5- **Escolaridade:** 12ºano Licenciatura Mestrado Doutoramento

6- **Nacionalidade:** Portuguesa: Outra: _____

II – História Obstétrica

7- **Idade Gestacional:** __ s + __ d

8 - **Tipo de Parto:** Eutócico Ventosa/Fórceps Cesariana

9-**Número de gravidez:** _____ **Número de Filhos:** _____

10- **Deseja Amamentar:** Sim Não Se não, porquê? _____

11- **Amamentou os outros filhos?** Sim Não Se não, porquê? _____

III - Aleitamento Materno (Santos, V; Bárcia, S., 2009).

Para cada uma das seguintes afirmações, seleccione a resposta que melhor descreve o **seu grau de confiança** relativamente à amamentação do seu bebé e marque um número no número.

1	2	3	4	5
nada confiante	pouco confiante	às vezes confiante	confiante	muito confiante

1. Consigo perceber sempre se o meu bebé está a mamar leite suficiente	1	2	3	4	5
2. Consigo lidar sempre com sucesso com a amamentação, como com outras tarefas desafiantes	1	2	3	4	5
3. Consigo amamentar sempre o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento	1	2	3	4	5
4. Consigo garantir sempre que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	1	2	3	4	5
5. Consigo sempre orientar de maneira satisfatória a amamentação	1	2	3	4	5

6. Consigo amamentar sempre, mesmo que o meu bebé esteja a chorar	1	2	3	4	5
7. Desde que o queira, posso continuar a amamentar	1	2	3	4	5
8. Sinto-me à vontade a amamentar o meu bebé na presença de outras pessoas da família	1	2	3	4	5
9. Consigo ficar sempre satisfeita com a minha experiência de amamentar	1	2	3	4	5
10. Consigo lidar bem com o facto de despender tempo com a amamentação	1	2	3	4	5
11. Consigo sempre esvaziar um peito antes de passar para o outro	1	2	3	4	5
12. Consigo sempre amamentar o meu bebé em todas as mamadas	1	2	3	4	5
13. Consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede	1	2	3	4	5
14. Sei sempre quando o meu bebé termina a amamentação	1	2	3	4	5

IV – Escala EMA (Escala da Motivação para a amamentação) (Nelas, P; Ferreira, M.; Duarte, J., 2008)

Para cada uma das seguintes afirmações, selecione a resposta que melhor descreve os vários itens em relação à **motivação para a amamentação**. Por favor indique em que medida não concorda ou concorda com cada uma delas e marque com uma cruz.

1	2	3	4	5
nada concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo

		1	2	3	4	5
1	Durante a gravidez pensei amamentar.					
2	O dar a mama ajuda o corpo a retomar as formas normais.					
3	Durante a gravidez conversei com o pai sobre a criança e o aleitamento materno.					
4	Irei amamentar o meu filho apesar de alguns sacrifícios.					
5	Durante a gravidez o pai acompanhou-me nas consultas pré-natais.					
6	Sinto que vou proteger o meu filho por o amamentar.					
7	Enquanto o meu bebé mamar sentir-me-ei plenamente feliz.					
8	Sei o que é o colostro.					

9	Ao dar de mamar há estimulação da produção de leite.					
10	Ao dar de mamar diminui o risco de hemorragia pós-parto.					
11	Enquanto amamentar irei sentir-me mais próxima do meu filho.					
12	Sinto que viverei a maternidade em pleno, por amamentar.					
13	Tem-me sido dada informação suficiente pelos técnicos de saúde acerca do aleitamento materno.					
14	Sempre que tenho dúvidas sei que posso recorrer aos técnicos de saúde.					
15	Penso que o meu bebé será o mais bonito do mundo.					
16	O meu leite vai proporcionar ao bebé água em quantidade suficiente.					
17	Por amamentar, o meu bebé irá ter digestões mais fáceis.					
18	O meu leite vai fornecer mais nutrientes ao meu bebé, que os leites artificiais.					
19	O facto de amamentar, vai proteger a mim e ao bebé de algumas doenças.					
20	Os bebés amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento.					
21	Ao amamentar o bebé irei contribuir para o bem-estar da minha família.					
22	Se ocorrer alguma situação que me impeça de amamentar conheço outras alternativas.					

Apêndice D - Convite a participação com consentimento informado para a recolha de dados

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

“Estabelecimento do Aleitamento Materno: Autoeficácia e motivação da mulher”

Exma. Senhora,

Sou estudante do Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus –Universidade de Évora, no âmbito do qual surge a realização de um trabalho de investigação sobre o aleitamento materno. O presente instrumento de avaliação visa avaliar a relação entre a autoeficácia e a motivação da mulher com o sucesso do estabelecimento do aleitamento materno, no serviço de obstetrícia, durante o internamento de puerpério.

Este estudo é orientado por uma docente da mesma Universidade, Sra. Prof.^a Doutora Maria da Luz Barros, com a colaboração da Sra. Doutora Enfermeira Especialista Françoise Lopes, e está autorizado a ser aplicado.

Desta forma, convido-a a participar no preenchimento deste questionário, a sua participação é voluntária, sem compensação financeira, e pode em qualquer momento cancelar o mesmo sem que isso a prejudique. Os seus dados serão salvaguardados e tratados com confidencialidade. Se optar por não participar não será tratada de forma diferente, nem terá nenhuma penalização, dano ou prejuízo, garantindo o respeito pelos seus direitos. A sua participação contribuirá na obtenção de informações importantes da realização de estudo sobre esta temática.

Afirmo que esclareci a pessoa abaixo indicada de maneira adequada acerca do preenchimento do instrumento, respondi às suas dúvidas e garanti o período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis, respeitando os seus direitos.

Apelo à sua participação, disponibilidade e colaboração. Por favor, leia com atenção o presente documento, e se compreendeu o acima referido, sente estar esclarecida, se as informações estiverem corretas e se aceitar participar neste estudo, pode assinar este documento. Estarei disponível, não hesite em solicitar qualquer esclarecimento. O meu contato é m41661@alunos.uevora.pt.

Agradeço a atenção disponibilizada, sua participação e contribuição para esta investigação. Este documento será realizado em duas vias, uma para o processo e outro para quem consente.

Declaração Expressa de Consentimento:

“Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais esclarecedoras que me foram fornecidas pela profissional de saúde que assina este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Foi-me dado tempo para refletir sobre esta proposta. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando só serão utilizados para esta investigação, com confidencialidade e anonimato.”

Portimão, _____ / _____ / _____

Mestrando

Participante

Enf^a Marina Sanches
(Aluna do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia)

Apêndice E - Síntese de artigos analisados na revisão da literatura

Artigo	Objetivo	Participantes	Métodos	Resultados
" <i>Effectiveness of a brief motivational intervention to increase the breastfeeding duration in the first 6 months postpartum: Randomized controlled trial.</i> " Franco-Antonio, Cristina; Calderón-García, Julián F.; Santano-Mogena, Esperanza; Rico-Martín, Sergio; Cordovilla-Guardia, Sergio Espanha 2019	Avaliar a eficácia de uma breve intervenção motivacional para aumentar a duração da amamentação nos primeiros 6 meses pós-parto em mães que começaram a amamentar na primeira hora após o nascimento e a explorar o papel da autoeficácia geral e da amamentação nessa relação.	Participaram da pesquisa 88 mulheres aleatoriamente designadas para um grupo de intervenção que recebeu uma intervenção motivacional ou um grupo de controle que recebeu educação padrão sobre amamentação, durante 6 meses. Além disso, os papéis da amamentação e da autoeficácia geral na associação entre IMC e duração da amamentação foram explorados por meio de análise de mediação/moderação.	Foi realizado um ensaio clínico controlado randomizado multicêntrico.	A intervenção motivacional aplicada no puerpério imediato, 1 hora após o nascimento, juntamente com um reforço de telefone no primeiro e terceiro mês pós-parto aumenta a duração do AM exclusivo e amamentação. São necessários mais estudos para avaliar esta intervenção em relação à exclusividade.
" Contributo para a adaptação transcultural e validação da «Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF),	Contribuir na validação da <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form</i> (BSES-SF),	A consistência interna e o teste/re-teste foram medidos utilizando uma amostra constituída por 31 puérperas a	Foram realizados os procedimentos para a validade de conteúdo, consistência	Esta escala de medida na versão portuguesa da BSES-SF é válida e pode ser

<p><i>Scale – Short Form</i>» – versão Portuguesa”.</p> <p>Santos, Vanessa e Bárcia, Sónia Portugal 2009</p>	<p>para a realidade portuguesa.</p>	<p>amamentar, que preencheram a escala na 1^a-2^a semana após o parto e novamente uma semana mais tarde.</p>	<p>interna e estabilidade do instrumento ao longo do tempo. Na avaliação das propriedades psicométricas, foi analisada a validade de conteúdo por um comité de sete peritos. O estudo é uma adaptação transcultural e validação de um instrumento de medida na área da saúde.</p>	<p>um valioso instrumento de medição da confiança das mães na amamentação. O valor da validade interna foi considerado excelente. É uma preciosa ferramenta na identificação de mães em risco, para avaliar o comportamento e a eficácia das intervenções, de forma a ajudar promoção da amamentação.</p>
<p>" Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida"</p> <p>Nelas, Paula; Ferreira, Manuela; Duarte, João Carvalho</p>	<p>Construir e validar uma escala de motivação para amamentação e analisar a influência das variáveis idade, paridade e local de residência.</p>	<p>Participaram no questionário 216 grávidas no último trimestre de gestação que frequentavam as consultas de vigilância pré-natal em 9 centros de saúde da zona Centro do país. Incluíram-se 199</p>	<p>O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário e a sua construção foi precedida de uma revisão de literatura sobre a temática, no</p>	<p>A Escala de Motivação para Amamentação (EMA) tem consistência interna bastante elevada. Tem uma estrutura multidimensional, permitindo avaliar</p>

<p>Portugal 2008</p>		<p>questionários, dado que 17 não se encontravam corretamente preenchidos.</p>	<p>sentido da definição conceptual do constructo. Seguiu-se o estudo da validade e fiabilidade do instrumento por nós utilizado – EMA (versão experimental).</p>	<p>qual a parte em que a grávida precisa de mais formação, para que a intervenção seja intencional e relacionada com os objetivos, de forma a motivar as futuras mães para uma amamentação eficaz. É necessário apoio no puerpério.</p>
<p><i>“Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis”</i> Brockway, Meredith; Benzie, Karen; Hayden, K. Alix</p>	<p>Explorar a ligação teórica entre a escala da autoeficácia da amamentação e os resultados da amamentação, investigando se as intervenções para melhorar a escala foram bem-sucedidas e se estas melhorias resultaram em</p>	<p>Foi realizada uma pesquisa sistemática de 10 bases de dados que investigaram o efeito de intervenções para mães de bebês a termo sobre as taxas da escala da autoeficácia da amamentação e amamentação.</p>	<p>Foi utilizada uma meta-análise de efeitos aleatórios de variância inversa, incluindo 11 estudos que preencheram os critérios do estudo.</p>	<p>As intervenções para melhorar a autoeficácia materna são eficazes para aumentar as taxas de amamentação 1 e 2 meses pós-parto. Aspectos sociais, culturais e económicas também podem influenciar a</p>

Canadá 2017	melhores taxas de amamentação.			amamentação.
" <i>Association between duration of exclusive breastfeeding and nursing mothers' self-efficacy for breastfeeding</i> " Moraes, Gécica Gracieli Wust; Christoffel, Marialda Moreira; Toso, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; Viera, Cláudia Silveira. Brasil 2021	Verificar a associação entre a autoeficácia para amamentação de nutrizes, no pós-parto imediato e aos seis meses após o parto, com variáveis sociodemográficas e obstétricas e a duração do AM exclusivo.	Participaram 158 nutrizes desde o pós parto imediato até o sexto mês pós-parto no município da região sul do Brasil.	Estudo observacional, longitudinal prospectivo. Entregou-se um questionário com variáveis sociodemográficas e obstétricas e a escala <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale - short form</i> - na maternidade e aos seis meses pós-parto. Foi utilizada análise estatística descritiva e inferencial.	Mulheres com melhor pontuação na BSES-SF têm maior duração no AME, embora não se tenha verificado isso no sexto mês após o parto. As variáveis sociodemográficas influenciaram o desmame precoce.

Apêndice F - Tabelas de frequências de resultados

Frequências

Observações		
Saída criada		18-APR-2022 12:22:43
Comentários		
Entrada	Dados	C:\Users\toshiba\Desktop\Relatório\marina 24 março.sav 1.sav
	Conjunto de dados ativo	ConjuntodeDados1
	Filtro	<none>
	Ponderação	<none>
	Arquivo Dividido	<none>
	N de linhas em arquivo de dados de trabalho	66
	Tratamento de valor omissos	Definição de omissos
Casos utilizados		As estatísticas estão baseadas em todos os casos com dados válidos.

Sintaxe

FREQUENCIES VARIABLES=Idade

Estado_Civil

Pessoa_Com_Quem_Vive

Pessoa_Significativa

Escolaridade

 Nacionalidade

Idade_Gestacional

Tipo_De_Partto

Número_De_Gravidéz

Número_de_filhos

Deseja_Amamentar

 Porquenãodesejamamentar

Amamentou_Os_Outros_Filhos

Escala_De_Confiança_Aleitame
nto_Materno_1

Escala_De_Confiança_Aleitame
nto_Materno_2

Escala_De_Confiança_Aleitame
nto_Materno_3

Escala_De_Confiança_Aleitame
nto_Materno_4

Escala_De_Confiança_Aleitame
nto_Materno_5

Escala_De_Confiança_Aleitame
nto_Materno_6

Escala_De_Confiança_Aleitame
nto_Materno_7

Escala_De_Confiança_Aleitame
nto_Materno_8

Escala_De_Confiança_Aleitame
nto_Materno_9

Escala_De_Confiança_Aleitame
nto_Materno_10

Escala_De_Confiança_Aleitame
nto_Materno_11

Escala_De_Confiança_Aleitamento_Materno_12

Escala_De_Confiança_Aleitamento_Materno_13

Escala_De_Confiança_Aleitamento_Materno_14

Escala_Da_Motivação_Para_A_Amamentação_1

Escala_Da_Motivação_Para_A_Amamentação_2

Escala_Da_Motivação_Para_A_Amamentação_3

Escala_Da_Motivação_Para_A_Amamentação_4

Escala_Da_Motivação_Para_A_Amamentação_5

Escala_Da_Motivação_Para_A_Amamentação_6

Escala_Da_Motivação_Para_A_Amamentação_7

Escala_Da_Motivação_Para_A_Amamentação_8

Escala_Da_Motivação_Para_A_Amamentação_9

Escala_Da_Motivação_Para_A_Amamentação_10

Escala_Da_Motivação_Para_A_Amamentação_11

Escala_Da_Motivação_Para_A_Amamentação_12

Escala_Da_Motivação_Para_A_Amamentação_13

		Escala_Da_Motivação_Para_A_A Amamentação_14 Escala_Da_Motivação_Para_A_A Amamentação_15 Escala_Da_Motivação_Para_A_A Amamentação_16 Escala_Da_Motivação_Para_A_A Amamentação_17 Escala_Da_Motivação_Para_A_A Amamentação_18 Escala_Da_Motivação_Para_A_A Amamentação_19 Escala_Da_Motivação_Para_A_A Amamentação_20 Escala_Da_Motivação_Para_A_A Amamentação_21 Escala_Da_Motivação_Para_A_A Amamentação_22 /ORDER=ANALYSIS.
Recursos	Tempo do processador	00:00:00,08
	Tempo decorrido	00:00:00,08

[ConjuntodeDados1] C:\Users\toshiba\Desktop\Relatório\marina 24 março.sav 1.sav

		Estatísticas				
		Idade	Estado-Civil	Pessoa Com Quem Vive	Pessoa_Significati va	Escolaridade
N	Válido	66	66	66	66	66
	Omisso	0	0	0	0	0

Estatísticas

Estabelecimento do Aleitamento Materno: autoeficácia e motivação da mulher

		Nacionalidade	Idade_Gestaciona l	Tipo_De_Part o	Número_De_Grav idez	Número de Filhos
N	Válido	66	66	66	66	66
	Omisso	0	0	0	0	0

Estatísticas

		Deseja_Amament ar	Porquẽodeseja mamentar	Amamentou_Os_ Outros_Filhos	1- Consigo perceber sempre se o meu bebẽ estã a mamar leite suficiente.	2- Consigo lidar sempre com o sucesso, com a amamentaã como com outras tarefas desafiantes.
N	Válido	66	66	66	66	66
	Omisso	0	0	0	0	0

Estatísticas

		3- Consigo amamentar sempre o meu bebẽ sem ser necessãrio dar-lhe suplemento.	4- Consigo garantir sempre que o meu bebẽ faz uma boa pega durante toda a mamada.	5- Consigo sempre orientar de maneira satisfatãria a amamentaã.	6- Consigo amamentar sempre, mesmo que o meu bebẽ esteja a chorar.	7- Desde que o queira, posso continuar a amamentar.
N	Válido	66	66	66	66	66
	Omisso	0	0	0	0	0

Estatísticas

		8- Sinto-me à vontade a amamentar o meu bebẽ na presença de outras pessoas da família.	9- Consigo ficar sempre satisfeita com a minha experiẽncia de amamentar.	10- Consigo lidar bem com o facto de despende tempo para a amamentaã.	11- Consigo sempre esvaziar um peito antes de passar para o outro.	12- Consigo sempre amamentar o meu bebẽ em todas as mamadas.
N	Válido	66	66	66	66	66
	Omisso	0	0	0	0	0

Estatísticas

Estabelecimento do Aleitamento Materno: autoeficácia e motivação da mulher

		13- Consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede.	14- Sei sempre quando o meu bebé termina a amamentação.	1- Durante a gravidez pensei amamentar.	2- O dar a mama ajuda o corpo a retomar as formas normais.	3- Durante a gravidez conversei com o pai sobre a criança e o aleitamento materno.
N	Válido	66	66	66	65	66
	Omisso	0	0	0	1	0

Estatísticas

		4- Irei amamentar o meu filho apesar de alguns sacrifícios.	5- Durante a gravidez o pai acompanhou-me nas consultas pré-natais.	6- Sinto que vou proteger o meu filho por o amamentar.	7- Enquanto o meu bebé mamar sentir-me-ei plenamente feliz.	8- Sei o que é o colostro.
N	Válido	66	66	66	66	66
	Omisso	0	0	0	0	0

Estatísticas

		9- Ao dar de mamar há estimulação da produção de leite.	10- Ao dar de mamar diminui o risco de hemorragia pós-parto.	11- Enquanto amamentar irei sentir-me mais próxima do meu filho.	12- Sinto que viverei a maternidade em pleno por amamentar.	13- Tem-me sido dada informação suficiente pelos técnicos de saúde acerca do aleitamento materno.
N	Válido	66	66	66	66	66
	Omisso	0	0	0	0	0

Estatísticas

		14- Sempre que tenho dúvidas sei que posso recorrer aos técnicos de saúde.	15- Penso que o meu bebé será o mais bonito do mundo.	16- O meu leite vai proporcionar ao meu bebé água em quantidade suficiente.	17- Por amamentar, o meu bebé irá ter digestões mais fáceis.	18- O meu leite vai fornecer mais nutrientes ao meu bebé que os leites artificiais.
N	Válido	66	66	66	66	66
	Omisso	0	0	0	0	0

Estatísticas

Estabelecimento do Aleitamento Materno: autoeficácia e motivação da mulher

		19- O facto de amamentar, vai proteger a mim e ao bebé de algumas doenças.	20- Os bebés amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento.	21- Ao amamentar o bebé irei contribuir para o bem-estar da minha família.	22- Se ocorrer alguma situação que me impeça de amamentar conheço outras alternativas.
N	Válido	66	66	66	66
	Omisso	0	0	0	0

Tabela de Frequências

		Idade			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	15 aos 20	1	1,5	1,5	1,5
	21 aos 25	8	12,1	12,1	13,6
	26 aos 30	23	34,8	34,8	48,5
	31 aos 35	24	36,4	36,4	84,8
	36 aos 40	9	13,6	13,6	98,5
	41 aos 45	1	1,5	1,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

		Estado-Civil			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Solteira	23	34,8	34,8	34,8
	Casada ou União de Facto	42	63,6	63,6	98,5
	Divorciada	1	1,5	1,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Pessoa Com Quem Vive

Estabelecimento do Aleitamento Materno: autoeficácia e motivação da mulher

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Marido/Namorado	61	92,4	92,4	92,4
	Sozinha	1	1,5	1,5	93,9
	Pais	3	4,5	4,5	98,5
	Outra	1	1,5	1,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Pessoa_Significativa

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Marido/Namorado	61	92,4	92,4	92,4
	Mãe/Pai	4	6,1	6,1	98,5
	Outra	1	1,5	1,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Escolaridade

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	12º ano	41	62,1	62,1	62,1
	Licenciatura	21	31,8	31,8	93,9
	Mestrado	4	6,1	6,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Nacionalidade

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Portuguesa	55	83,3	83,3	83,3
	Outra	11	16,7	16,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Idade_Gestacional

Estabelecimento do Aleitamento Materno: autoeficácia e motivação da mulher

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	37	3	4,5	4,5	4,5
	38	15	22,7	22,7	27,3
	39	26	39,4	39,4	66,7
	40	14	21,2	21,2	87,9
	41	8	12,1	12,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Tipo_De_Part0

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Eutócico	41	62,1	62,1	62,1
	Ventosa/Fórceps	8	12,1	12,1	74,2
	Cesariana	17	25,8	25,8	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Número_De_Gravidéz

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	1	24	36,4	36,4	36,4
	2	23	34,8	34,8	71,2
	3 ou mais	19	28,8	28,8	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Número de Filhos

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	1	28	42,4	42,4	42,4
	2	27	40,9	40,9	83,3
	3	7	10,6	10,6	93,9
	4	2	3,0	3,0	97,0
	6	2	3,0	3,0	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Deseja_Amamentar

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	66	100,0	100,0	100,0

Porquẽodesejamamentar

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido		66	100,0	100,0	100,0

Amamentou_Os_Outros_Filhos

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	39	59,1	59,1	59,1
	não aplicável	27	40,9	40,9	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

1- Consigo perceber sempre se o meu bebé está a mamar leite suficiente.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Pouco Confiante	5	7,6	7,6	7,6
	Às vezes Confiante	20	30,3	30,3	37,9
	Confiante	35	53,0	53,0	90,9
	Muito Confiante	6	9,1	9,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

2- Consigo lidar sempre com o sucesso, com a amamentação como com outras tarefas desafiantes.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
--	--	------------	-------------	-----------------------	---------------------------

Válido	Nada Confiante	3	4,5	4,5	4,5
	Pouco Confiante	2	3,0	3,0	7,6
	Às vezes Confiante	18	27,3	27,3	34,8
	Confiante	27	40,9	40,9	75,8
	Muito Confiante	16	24,2	24,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

3- Consigo amamentar sempre o meu bebê sem ser necessário dar-lhe suplemento.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Confiante	3	4,5	4,5	4,5
	Pouco Confiante	3	4,5	4,5	9,1
	Às vezes Confiante	13	19,7	19,7	28,8
	Confiante	19	28,8	28,8	57,6
	Muito Confiante	28	42,4	42,4	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

4- Consigo garantir sempre que o meu bebê faz uma boa pega durante toda a mamada.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Confiante	2	3,0	3,0	3,0
	Pouco Confiante	2	3,0	3,0	6,1
	Às vezes Confiante	22	33,3	33,3	39,4
	Confiante	27	40,9	40,9	80,3
	Muito Confiante	13	19,7	19,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

5- Consigo sempre orientar de maneira satisfatória a amamentação.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Confiante	1	1,5	1,5	1,5
	Pouco Confiante	5	7,6	7,6	9,1
	Às vezes Confiante	21	31,8	31,8	40,9
	Confiante	30	45,5	45,5	86,4

	Muito Confiante	9	13,6	13,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

6- Consigo amamentar sempre, mesmo que o meu bebé esteja a chorar.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Confiante	2	3,0	3,0	3,0
	Pouco Confiante	6	9,1	9,1	12,1
	Às Vezes Confiante	22	33,3	33,3	45,5
	Confiante	28	42,4	42,4	87,9
	Muito Confiante	8	12,1	12,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

7- Desde que o queira, posso continuar a amamentar.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Confiante	1	1,5	1,5	1,5
	Pouco Confiante	2	3,0	3,0	4,5
	Às Vezes Confiante	8	12,1	12,1	16,7
	Confiante	16	24,2	24,2	40,9
	Muito Confiante	39	59,1	59,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

8- Sinto-me à vontade a amamentar o meu bebé na presença de outras pessoas da família.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Confiante	3	4,5	4,5	4,5
	Pouco Confiante	5	7,6	7,6	12,1
	Às Vezes Confiante	2	3,0	3,0	15,2
	Confiante	23	34,8	34,8	50,0
	Muito Confiante	33	50,0	50,0	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

9- Consigo ficar sempre satisfeita com a minha experiência de amamentar.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Confiante	2	3,0	3,0	3,0
	Pouco Confiante	3	4,5	4,5	7,6
	Às Vezes Confiante	8	12,1	12,1	19,7
	Confiante	23	34,8	34,8	54,5
	Muito Confiante	30	45,5	45,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

10- Consigo lidar bem com o facto de despender tempo para a amamentação.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Pouco Confiante	1	1,5	1,5	1,5
	Às Vezes Confiante	3	4,5	4,5	6,1
	Confiante	21	31,8	31,8	37,9
	Muito Confiante	41	62,1	62,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

11- Consigo sempre esvaziar um peito antes de passar para o outro.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Confiante	3	4,5	4,5	4,5
	Pouco Confiante	4	6,1	6,1	10,6
	Às Vezes Confiante	26	39,4	39,4	50,0
	Confiante	22	33,3	33,3	83,3
	Muito Confiante	11	16,7	16,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

12- Consigo sempre amamentar o meu bebé em todas as mamadas.

Estabelecimento do Aleitamento Materno: autoeficácia e motivação da mulher

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Confiante	2	3,0	3,0	3,0
	Pouco Confiante	3	4,5	4,5	7,6
	Às Vezes Confiante	14	21,2	21,2	28,8
	Confiante	16	24,2	24,2	53,0
	Muito Confiante	31	47,0	47,0	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

13- Consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Confiante	1	1,5	1,5	1,5
	Pouco Confiante	3	4,5	4,5	6,1
	Às Vezes Confiante	6	9,1	9,1	15,2
	Confiante	23	34,8	34,8	50,0
	Muito Confiante	33	50,0	50,0	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

14- Sei sempre quando o meu bebé termina a amamentação.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Confiante	1	1,5	1,5	1,5
	Pouco Confiante	6	9,1	9,1	10,6
	Às Vezes Confiante	15	22,7	22,7	33,3
	Confiante	25	37,9	37,9	71,2
	Muito Confiante	19	28,8	28,8	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

1- Durante a gravidez pensei amamentar.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo Moderadamente	2	3,0	3,0	3,0
	Concordo Muito	11	16,7	16,7	19,7

Estabelecimento do Aleitamento Materno: autoeficácia e motivação da mulher

	Concordo MUITÍSSIMO	53	80,3	80,3	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

2- O dar a mama ajuda o corpo a retomar as formas normais.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Concordo	1	1,5	1,5	1,5
	Concordo Moderadamente	6	9,1	9,2	10,8
	Concordo Muito	15	22,7	23,1	33,8
	Concordo MUITÍSSIMO	43	65,2	66,2	100,0
	Total	65	98,5	100,0	
Omisso	Sistema	1	1,5		
	Total	66	100,0		

3- Durante a gravidez conversei com o pai sobre a criança e o aleitamento materno.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Concordo	2	3,0	3,0	3,0
	Concordo Moderadamente	5	7,6	7,6	10,6
	Concordo Muito	14	21,2	21,2	31,8
	Concordo MUITÍSSIMO	45	68,2	68,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

4- Irei amamentar o meu filho apesar de alguns sacrifícios.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Concordo	1	1,5	1,5	1,5
	Concordo Moderadamente	5	7,6	7,6	9,1
	Concordo Muito	13	19,7	19,7	28,8
	Concordo MUITÍSSIMO	47	71,2	71,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

5- Durante a gravidez o pai acompanhou-me nas consultas pré-natais.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Concordo	4	6,1	6,1	6,1
	Concordo Pouco	1	1,5	1,5	7,6
	Concordo Moderadamente	7	10,6	10,6	18,2
	Concordo Muito	14	21,2	21,2	39,4
	Concordo Muitíssimo	40	60,6	60,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

6- Sinto que vou proteger o meu filho por o amamentar.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo Pouco	2	3,0	3,0	3,0
	Concordo Moderadamente	3	4,5	4,5	7,6
	Concordo Muito	11	16,7	16,7	24,2
	Concordo Muitíssimo	50	75,8	75,8	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

7- Enquanto o meu bebé mamar sentir-me-ei plenamente feliz.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo Pouco	3	4,5	4,5	4,5
	Concordo Moderadamente	5	7,6	7,6	12,1
	Concordo Muito	14	21,2	21,2	33,3
	Concordo Muitíssimo	44	66,7	66,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

8- Sei o que é o colostro.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Concordo	2	3,0	3,0	3,0
	Concordo Moderadamente	4	6,1	6,1	9,1
	Concordo Muito	9	13,6	13,6	22,7

	Concordo MUITÍSSIMO	51	77,3	77,3	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

9- Ao dar de mamar há estimulação da produção de leite.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo Moderadamente	2	3,0	3,0	3,0
	Concordo Muito	7	10,6	10,6	13,6
	Concordo MUITÍSSIMO	57	86,4	86,4	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

10- Ao dar de mamar diminui o risco de hemorragia pós-parto.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Concordo	1	1,5	1,5	1,5
	Concordo Pouco	1	1,5	1,5	3,0
	Concordo Moderadamente	11	16,7	16,7	19,7
	Concordo Muito	9	13,6	13,6	33,3
	Concordo MUITÍSSIMO	44	66,7	66,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

11- Enquanto amamentar irei sentir-me mais próxima do meu filho.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Concordo	1	1,5	1,5	1,5
	Concordo Pouco	1	1,5	1,5	3,0
	Concordo Moderadamente	2	3,0	3,0	6,1
	Concordo Muito	16	24,2	24,2	30,3
	Concordo MUITÍSSIMO	46	69,7	69,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

12- Sinto que viverei a maternidade em pleno por amamentar.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Concordo	3	4,5	4,5	4,5
	Concordo Pouco	1	1,5	1,5	6,1
	Concordo Moderadamente	8	12,1	12,1	18,2
	Concordo Muito	15	22,7	22,7	40,9
	Concordo Muitíssimo	39	59,1	59,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

13- Tem-me sido dada informação suficiente pelos técnicos de saúde acerca do aleitamento materno.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo Pouco	1	1,5	1,5	1,5
	Concordo Moderadamente	7	10,6	10,6	12,1
	Concordo Muito	14	21,2	21,2	33,3
	Concordo Muitíssimo	44	66,7	66,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

14- Sempre que tenho dúvidas sei que posso recorrer aos técnicos de saúde.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo Pouco	1	1,5	1,5	1,5
	Concordo Moderadamente	3	4,5	4,5	6,1
	Concordo Muito	15	22,7	22,7	28,8
	Concordo Muitíssimo	47	71,2	71,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

15- Penso que o meu bebé será o mais bonito do mundo.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo Muito	10	15,2	15,2	15,2
	Concordo Muitíssimo	56	84,8	84,8	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

16- O meu leite vai proporcionar ao meu bebé água em quantidade suficiente.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo Moderadamente	1	1,5	1,5	1,5
	Concordo Muito	18	27,3	27,3	28,8
	Concordo Muitíssimo	47	71,2	71,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

17- Por amamentar, o meu bebé irá ter digestões mais fáceis.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Concordo	1	1,5	1,5	1,5
	Concordo Moderadamente	7	10,6	10,6	12,1
	Concordo Muito	13	19,7	19,7	31,8
	Concordo Muitíssimo	45	68,2	68,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

18- O meu leite vai fornecer mais nutrientes ao meu bebé que os leites artificiais.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo Moderadamente	1	1,5	1,5	1,5
	Concordo Muito	10	15,2	15,2	16,7
	Concordo Muitíssimo	55	83,3	83,3	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

19- O facto de amamentar, vai proteger a mim e ao bebé de algumas doenças.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo Moderadamente	4	6,1	6,1	6,1
	Concordo Muito	9	13,6	13,6	19,7
	Concordo Muitíssimo	53	80,3	80,3	100,0

Total	66	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

20- Os bebês amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Concordo	2	3,0	3,0	3,0
	Concordo Pouco	1	1,5	1,5	4,5
	Concordo Moderadamente	6	9,1	9,1	13,6
	Concordo Muito	17	25,8	25,8	39,4
	Concordo Muitíssimo	40	60,6	60,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

21- Ao amamentar o bebê irei contribuir para o bem-estar da minha família.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada Concordo	2	3,0	3,0	3,0
	Concordo Pouco	2	3,0	3,0	6,1
	Concordo Moderadamente	11	16,7	16,7	22,7
	Concordo Muito	13	19,7	19,7	42,4
	Concordo Muitíssimo	38	57,6	57,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

22- Se ocorrer alguma situação que me impeça de amamentar conheço outras alternativas.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo Pouco	1	1,5	1,5	1,5
	Concordo Moderadamente	6	9,1	9,1	10,6
	Concordo Muito	18	27,3	27,3	37,9
	Concordo Muitíssimo	41	62,1	62,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Apêndice G – Reflexão do estágio do centro de saúde do Algarve

REFLEXÃO

“AULA DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO – ALEITAMENTO MATERNO”

A realização de aulas de preparação para o nascimento, surge como medida de promoção da saúde das grávidas e recém-nascidos. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2016), este curso tem como objetivo “(...) desenvolver a confiança e promover as competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho.”

Questões envolvidas na gravidez, parto, puerpério e parentalidade que podem afetar a grávida deverão ser abordadas ativamente, no âmbito da educação pré-natal, onde se inclui os cursos de preparação para o nascimento. Todas as grávidas/casais devem ter acesso a estas aulas ao longo da gravidez, pois permite a partilha, a expressão e o esclarecimento de dúvidas, medos/receios num ambiente de grupo e de suporte mútuo (Direção Geral de Saúde, 2015).

Ao longo do estágio em cuidados de saúde primários, nomeadamente no centro de saúde de Portimão (Unidade de Saúde de Cuidados Personalizados de Portimão), foi-me permitida a assistência e participação de algumas aulas do curso de preparação para o nascimento. O curso está estruturado segundo o parecer da ordem dos enfermeiros nº 04/2016, envolvendo vários elementos da equipa multidisciplinar, tornando-o uma experiência muito completa.

A minha participação ativa foi nas aulas da Enfermeira especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, e surgiu também a oportunidade de ser responsável por uma das aulas. O tema foi o Aleitamento Materno.

Durante a apresentação do tema, tive um grupo de 12 grávidas, sendo que uma delas estava acompanhada pelo companheiro. Ao início senti-me um pouco nervosa mas aos poucos fui descontraído e focando apenas na aula e nas “minhas grávidas”. Acho muito importante o tema, pois é algo que preocupa as futuras mães, é um tema muito abrangente e muito extenso, com aspetos que consideram essenciais, assumindo muita importância para as mesmas. Houve alguma partilha por parte das grávidas, e colocadas algumas questões. A aula foi teórica-prática.

De uma forma geral, gostei muito de participar nas aulas de preparação para o nascimento, em especial a aula de aleitamento materno, senti-me muito bem, pois consegui participar na promoção da eficácia, prática, conhecimento e gestão, de algo tão importante a nível mundial que é a amamentação. Sentir que o meu trabalho e a minha intervenção foi útil para as grávidas, é uma sensação muito boa, gratificante, saber e sentir que fiz a diferença junto das mesmas. O aleitamento materno é um tema que gosto muito e que tenho investido muito ao longo da minha formação enquanto aluna e profissional de saúde, e será a área de investigação do meu relatório final. Estou muito grata pela oportunidade proporcionada.

A amamentação é um processo natural, uma prática importante pois estimula a vinculação entre mãe-filho e traz inúmeros benefícios na saúde de ambos. A amamentação deveria ser exclusiva até aos seis meses e até aos dois anos como complemento alimentar, ou até ser exequível pela mulher e criança. Cerca de 90% das mulheres em Portugal iniciam amamentação, mas cerca de metade desiste no primeiro mês. Torna-se essencial a criação de medidas que promovam maior sucesso no aleitamento materno (Levy,L., Bértolo,H. (2012)).

O sucesso da amamentação depende de muitos fatores como o apoio do companheiro/família, estado psicológico/afetivo, práticas da maternidade, dificuldades ou complicações, idade, estado civil, nível de escolaridade e nível socioeconómico (Santos,V.,Bárcia, S. (2009)).

Desta forma, surge como muito importante, o acompanhamento mais frequente das mulheres desde a gravidez até pelo menos seis meses após o parto, pelas várias valências e cuidados de saúde, para que a mulher amamente o seu bebê com êxito, em duração e exclusividade. É de realçar a importância dos profissionais de saúde na promoção do aleitamento materno, reconhecendo precocemente da autoeficácia materna e possíveis complicações, desenvolvendo estratégias individualizadas para fortalecer ou construir a confiança, gestão e resolução de complicações quando presentes, visando a continuidade do aleitamento materno.

Embora não faça parte do objetivo da presente reflexão, quero aproveitar para realçar a importância da realização do estágio nos cuidados de saúde primários, foi uma experiência muito enriquecedora, com situações diversas de aprendizagem. O meu muito

obrigada a todas as pessoas que contribuíram para a minha aprendizagem e evolução pessoal e profissional, em especial à minha enfermeira supervisora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direcção Geral da Saúde (2015), *Programa Nacional para Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*, Lisboa, Gráfica Maiadouro.

Levy,L., Bértolo,H. (2012), *Manual de Aleitamento Materno*, Unicef Portugal.

Ordem dos Enfermeiros (2016), *Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto – Parecer nº 4/2016*.

Santos,V.,Bárcia, S. (2009), *Contributo para a adaptação transcultural e validação da “– Versão Portuguesa, Rev Port Clin Geral 2009;25:363-9.*

Apêndice H – Aula de preparação para o Nascimento – Apresentação em *power point*

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOSÉ DE DEUS

AMAMENTAÇÃO

Trabalho elaborado por:
Marina Sanches

Supervisão: Sandra Pino
Orientação: Françoise Lopes

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstetrícia

Estágio I – Cuidados de Saúde Primários
Portimão 2019

1

ANATOMIA DA MAMA

Estrógenos
Progesterona
Glucocorticoides

Estrógenos
Progesterona
Glucocorticoides

Prolactina
Lactógeno placentário (?)
Glucocorticoides

Prepuberal

Post puberal

Adulto

Adulto (lactante)

NORMAL FEMALE BREASTS

BREASTS DURING BREASTFEEDING

Alvéolos (onde leite é produzido)

Ductos (levam leite para os seios lactíferos)

Seios lactíferos (armazenam leite)

Mamilo (bico)

Areola (toda parte escura ao redor do mamilo)

Google, 2019

2

AMAMENTAÇÃO E HORMONAS

Ansiedade, dor ou dúvidas podem inibir o reflexo

Nova prolactina está sendo produzida para a próxima mamada

Som da voz da criança ajuda o reflexo

Impulsos sensoriais do mamilo ajudam o reflexo

A visão da criança ajuda o reflexo

Prolactina no sangue (estimula a produção)

Ocitocina no sangue (ejeção do leite)

Fonte: Ministério da Saúde, 20014 Adaptação Zioneth Garcia Google, 2019

A sucção pelo bebê é o estímulo, que envia mensagem ao cérebro a prolactina (estimula a produção das células secretoras de leite)

A Prolactina é segregada em maior quantidade à noite;

Suprime a ovulação.

Entra em circulação depois da mamada para produzir o leite da mamada seguinte

A sucção pelo bebê envia mensagem ao cérebro para produzir ocitocina (promover a contração das células para a ejeção do leite)

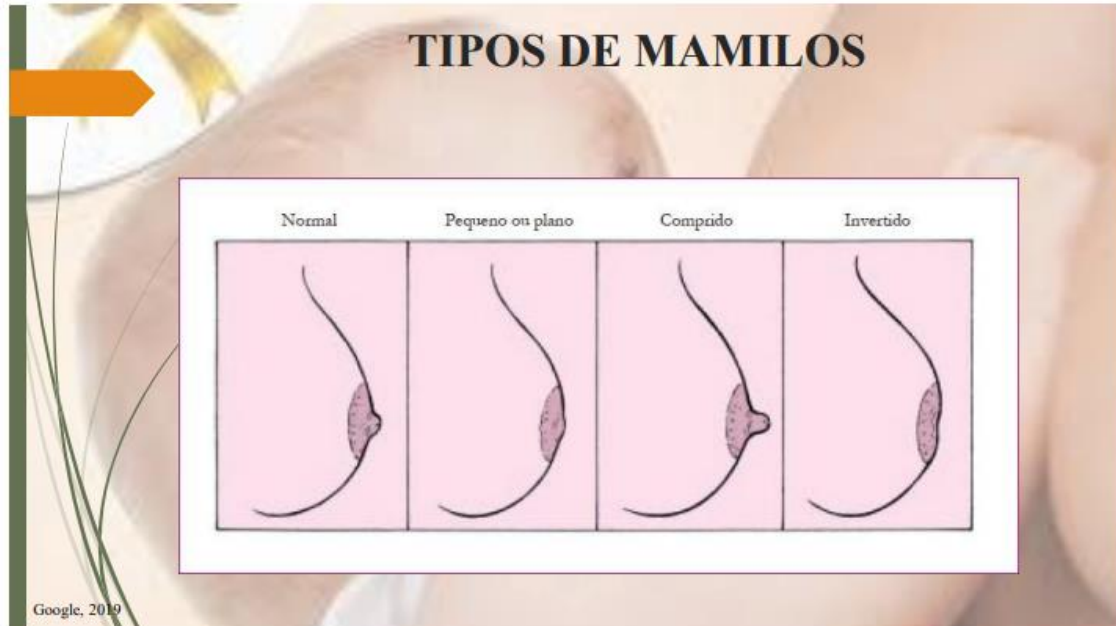
- Provoca contração uterina

3

Evitar pensamentos negativos, situações de ansiedade ou stress

A sucção do bebê, estímulos visuais, olfativos ou auditivos ajudam na produção e ejeção do leite (por ex: choro do bebê)

4



5

AMAMENTAR PORQUÊ?

- O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções.
- A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a amamentação exclusiva como a melhor forma de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida e juntamente com outros alimentos até aos dois anos ou até que a mãe e filho/a o desejem, contribuindo para o crescimento saudável e o desenvolvimento dos bebês para além das vantagens na saúde da mãe.

(Organização Mundial da Saúde, OMS, 2019)

6

VANTAGENS DA AMAMENTAÇÃO

Bebé

- Tem todos os nutrientes, proteínas e água que o bebé precisa para um crescimento adequado (mesmo em condições desfavoráveis, evita o sobrepeso e consequentes doenças cardíacas)
- O leite adapta-se às necessidades, evolução e desenvolvimento do bebé
- Melhora a adaptação aos alimentos
- Proteção contra doenças, infeções e alergias (respiratórias, gastrointestinais)
- Melhora a resposta às vacinas
- Favorece o desenvolvimento cognitivo
- Promove a díade mãe-bebé
- Ajuda no alívio da dor/desconforto
- A longo prazo contribui para a prevenção de obesidade, hipertensão, diabetes, linfomas e aterosclerose

7

VANTAGENS DA AMAMENTAÇÃO

Mãe

- Ajuda o útero a voltar ao normal e evita a hemorragia pós-parto
- Reduz o risco de cancro da mama e do ovário
- Reduz o risco de osteoporose e consequentes fraturas na menopausa
- Ajuda-a a recuperar seu peso ideal mais rapidamente
- Económico, seguro e prático (está sempre pronto, à temperatura ideal)
- Ecológico
- Reforça o vínculo da díade mãe-bebé

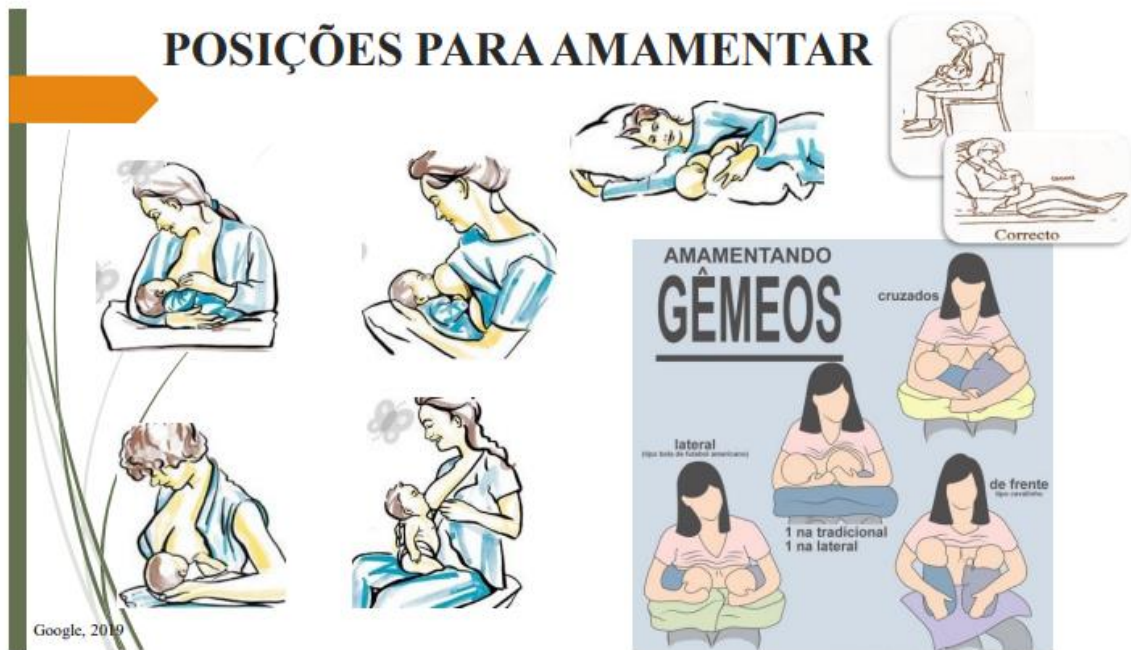
8



9



10



11



12

SINAIS DE BOA PEGA

A pega correta



Grande parte da aréola na boca do bebê, e não apenas o mamilo

Queixo encostado no seio

Boca aberta como "boquinha de peixe"

Nariz não encosta no seio e respira livremente

Bochecha enche quando suga o leite

Barriga e tronco do bebê voltados para a mãe

Lábios virados para fora

- Boca bem aberta
- Queixo toca na mama
- Lábio inferior revirado para baixo
- Pode ver-se mais aréola em cima do que em baixo



Google, 2019

13

SUCÇÃO EFICAZ



- Sucção lenta e profunda
- Bochechas redondas/cheias
- Bebê calmo
- Termina de mamar sozinho

Google, 2019

14

INGURGITAMENTO MAMÁRIO (SUBIDA/DESCIDA DO LEITE)

- Passar de uma mama para a outra apenas quando vazia;
- Duração curta;
- Se necessário esvaziar manualmente a mama não esvaziada pelo bebê;
- Avaliar as duas mamas em cada mamada;
- Massajar antes da mamada se necessário;
- Durante a mamada "pentear" a mama;
- Escolher posição mais adequada;
- Evitar bombas elétricas;
- Após a mamada, aplicar frio (couves ou placas de frio);
- Se a mama não drenar, aplicar parches de água tépida.








15

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES MAMILOS

Causas:

- ✓ Pega incorreta;
- ✓ Mau posicionamento;
- ✓ Pressão intra-oral;
- ✓ Freio-curto;

- Lavar as mamas e mamilos apenas com água durante o banho diário;
- Evitar produtos que sequem ou danifiquem de algum modo a pele;
- Glândulas de Montgomery que rodeiam o mamilo segregam um óleo natural que lubrifica e inibe o desenvolvimento de bactérias;
- Não limpar ou secar o mamilo após a mamada.
- Corrigir a posição/pega na mamada
- Aplicar leite materno antes/após as mamadas;
- Expor ao ar, deixando secar.
- Aplicação de lanolina pura;
- Tratamento intensivo (secador a frio + leite materno);
- Pausa na amamentação.



Google, 2019

16

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: MASTITE



Procure ajuda se:
Febre;
Mama vermelha e quente;
Dor no local.

Aconselhável:
Amamentar sem soutien;
Se nódulos, massajar;
Usar conchas;
Sempre que possível, mamilos ao ar;
Lavar sempre as mãos.

17

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: CANDIDIASE MAMÁRIA



Procurar ajuda se:
Dor tipo picada durante a amamentação que permanece depois da mamada;
Ferida difícil de cicatrizar;
Eventual prurido.

Aconselhável:
Usar conchas;
Sempre que possível, mamilos ao ar;
Lavar sempre as mãos;
Realizar higiene oral do bebé;
Procurar ajuda num profissional de saúde.

18

VOLTAR AO TRABALHO

Amamente o bebê sempre que estiver em casa

- No trabalho, retire o leite com bomba ou manualmente (descontraída ao retirar o leite)
- A mãe que AMAMENTA tem direito a (Lei 7/2009 12.02, artigo 39 alínea 2; artigo 73 alínea 2,3,4 e 5; artigo 100):
 - Dispensa de trabalho para o efeito: 2h diárias em 2 períodos distintos até ao 1º ano;
 - No caso de gémeos, este período é acrescido de 30 minutos;
 - No final do 1º ano, as mães que continuam a amamentar poderão prolongar o horário de amamentação por mais 2 anos, com justificação médica (Pediatra).
 - Em caso de aleitação, qualquer um dos pais tem os mesmos direitos até o filho perfazer 1 ano.

19

EXTRAÇÃO DE LEITE MATERNO



- Pode ser com bomba ou manualmente.
- Lave as mãos antes de iniciar a extração;
- Sente-se confortavelmente
- Se manualmente, coloque o polegar sobre a parte superior da aréola e o indicador na zona inferior da aréola mamária e pressione em direção ao tórax. Não deslize os dedos para não magoar;
 - Seguidamente aproxime os seus 2 dedos;
 - Repita o movimento
 - O leite começa a sair em pequena quantidade e posteriormente em maior quantidade;

20

CONSERVAÇÃO DE LEITE MATERNO



CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA

LEITE RECÉM EXTRAÍDO (fresco)		Tempo máx.	LEITE CONGELADO		Tempo máx.
À temperatura ambiente (se <25°C)		6/8 horas	No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas	
LEITE REFRIGERADO		Tempo máx.	No congelador (separado Tipo Combi)	3/6 meses	
Fundo 1.ª prateleira do frigorífico (0/4°C)		8 dias	Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	+6 meses	
Fundo 1.ª prateleira do frigorífico (4/10°C)		3/5 dias*	DESCONGELAÇÃO DO LEITE		Tempo máx.
			Descongelado dentro do frigorífico		12/24 horas
			Descongelado fora do frigorífico		Imediato

Google, 2019

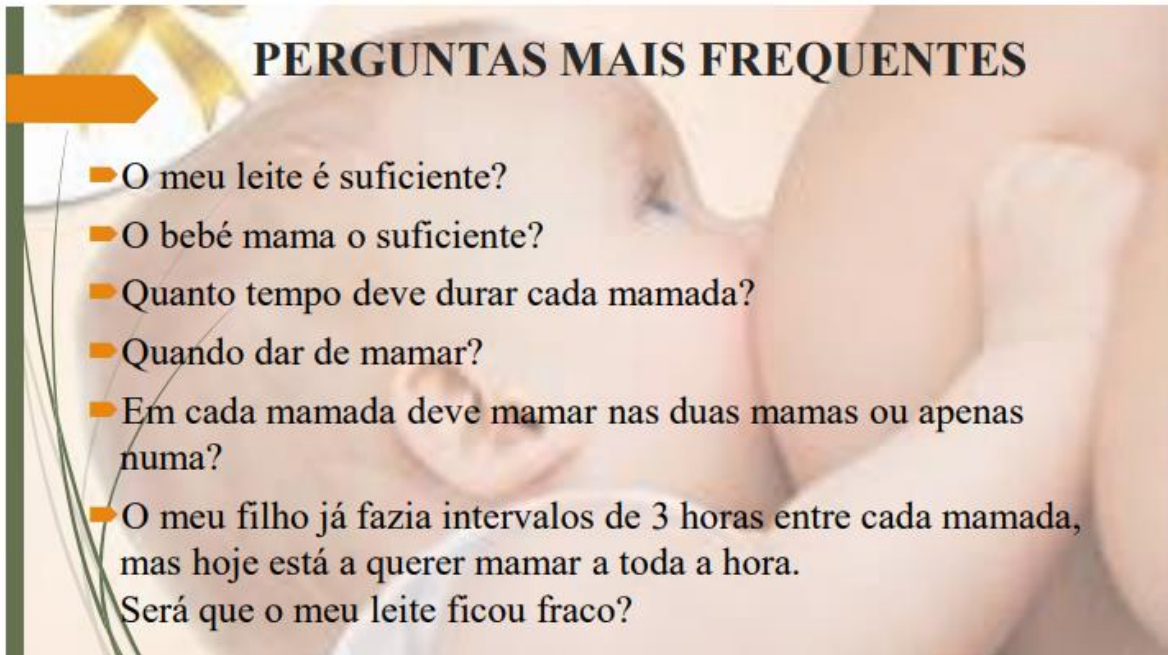
* Se temp. >5°C depois 3.º dia, consumir 6 h seguintes

21

ALIMENTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO

- Sem restrições alimentares
- Ingerir pelo 1,5L de Água/dia
- Avaliar reação do RN aos alimentos
- Evitar bebidas açucaradas e estimulantes
- Não ingerir álcool
- Sente necessidade de comer mais
- Suplementação de vitaminas opcional (terminar as da gravidez)
- Não realizar dietas

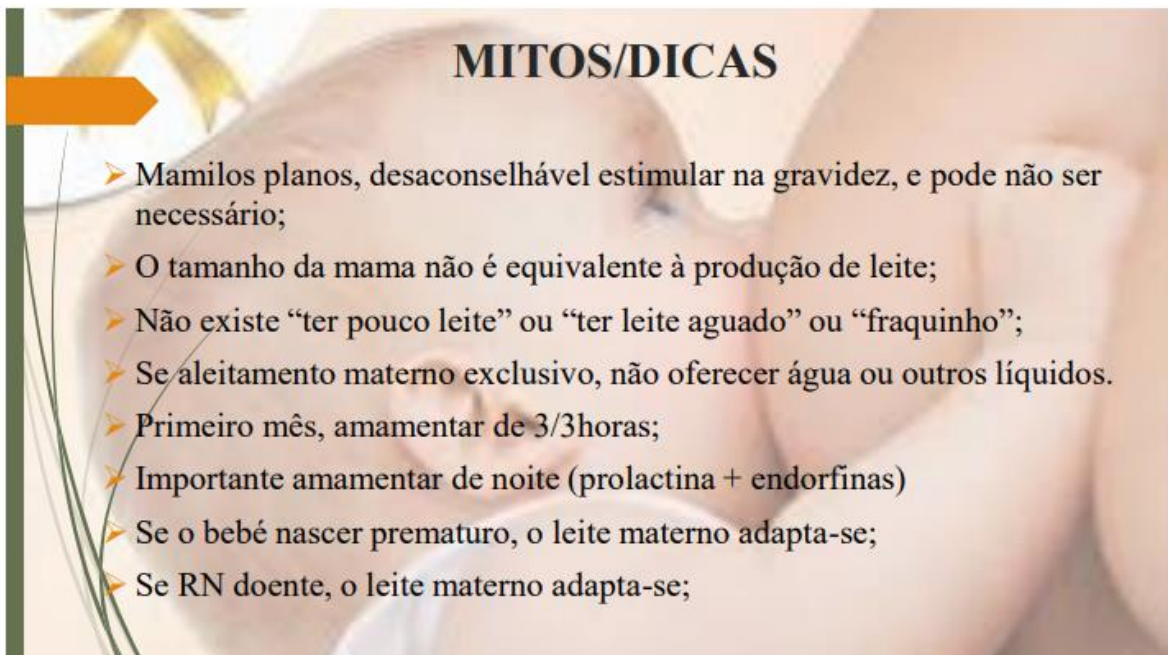
22



PERGUNTAS MAIS FREQUENTES

- ▶ O meu leite é suficiente?
- ▶ O bebé mama o suficiente?
- ▶ Quanto tempo deve durar cada mamada?
- ▶ Quando dar de mamar?
- ▶ Em cada mamada deve mamar nas duas mamas ou apenas numa?
- ▶ O meu filho já fazia intervalos de 3 horas entre cada mamada, mas hoje está a querer mamar a toda a hora. Será que o meu leite ficou fraco?

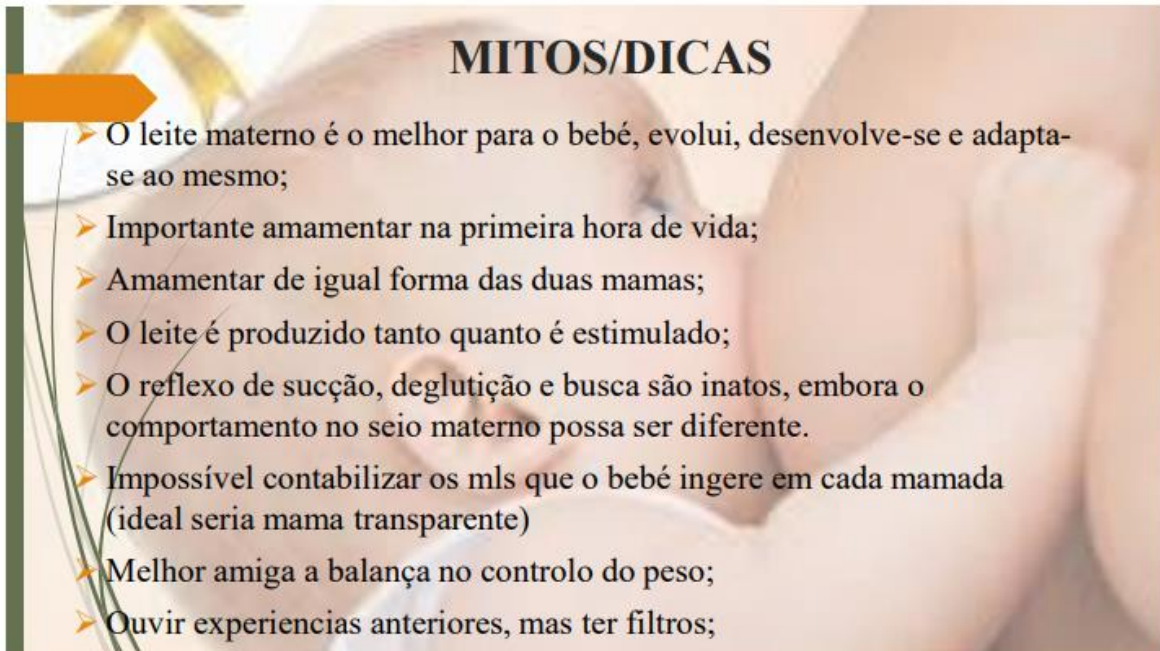
23



MITOS/DICAS

- ▶ Mamilos planos, desaconselhável estimular na gravidez, e pode não ser necessário;
- ▶ O tamanho da mama não é equivalente à produção de leite;
- ▶ Não existe “ter pouco leite” ou “ter leite aguado” ou “fraquinho”;
- ▶ Se aleitamento materno exclusivo, não oferecer água ou outros líquidos.
- ▶ Primeiro mês, amamentar de 3/3horas;
- ▶ Importante amamentar de noite (prolactina + endorfinas)
- ▶ Se o bebé nascer prematuro, o leite materno adapta-se;
- ▶ Se RN doente, o leite materno adapta-se;

24



MITOS/DICAS

- O leite materno é o melhor para o bebé, evolui, desenvolve-se e adapta-se ao mesmo;
- Importante amamentar na primeira hora de vida;
- Amamentar de igual forma das duas mamas;
- O leite é produzido tanto quanto é estimulado;
- O reflexo de sucção, deglutição e busca são inatos, embora o comportamento no seio materno possa ser diferente.
- Impossível contabilizar os mls que o bebé ingere em cada mamada (ideal seria mama transparente)
- Melhor amiga a balança no controlo do peso;
- Ouvir experiencias anteriores, mas ter filtros;

25



MITOS/DICAS

- Sempre que o bebé chora não é por fome;
- Se bebé está desconfortável ou tiver dor, vai querer mamar mais;
- O bebé tem picos de crescimento (2/3s; 6s; 3m,6m;9m);
- É normal o mamilo e a areola estarem mais escuras;
- É o bebé que decide parar de mamar quando estiver saciado, mas se tiver de interromper a mamada, nunca puxar o mamilo, colocar um dedo na boca do bebé e tirar o mamilo;
- Nos primeiros dias o bebé pode estar mais sonolento, e precisar de estimulação para mamar.
- Reservas de tecido adiposo ajuda na amamentação

26

MATERIAL AUXILIAR

A collage of various breastfeeding auxiliary materials. On the left, there are Medela products: a box of Lactation Plus, two Medela shields, a tube of PureLan 100, and a yellow Medela nipple. In the center, there are several baby carriers and slings, including a blue one, a white one, and a green one. On the right, there are several infant beds or cribs in different colors (green, orange, white). At the bottom, there is a woman breastfeeding her baby in a carrier. The text 'Google, 2019' is visible in the bottom left corner.

27

PRÁTICAS DE ALEITAMENTO MATERNO

An infographic titled 'PRÁTICAS DE ALEITAMENTO MATERNO' (Breastfeeding Practices). It features three main stages in orange boxes: 'A decisão de Amamentar' (The decision to breastfeed), 'O estabelecimento da lactação' (The establishment of lactation), and 'O suporte da Amamentação' (The support for breastfeeding). The infographic includes several illustrations: a pregnant woman, a woman breastfeeding her baby, a woman talking to a doctor, a woman talking to a friend, a group of women, and a woman holding a baby. The text 'Google, 2019' is visible in the bottom left corner.

28



29



30



31



32

Apêndice I – Reflexão do estágio no serviço de ginecologia do centro hospitalar a sul de Portugal

REFLEXÃO – Estágio Ginecologia

O estágio no serviço de ginecologia surge no âmbito do estágio profissional integrado do Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica. Esta reflexão tem como principais objetivos refletir acerca da importância dos cuidados prestados pela enfermeira especialista em enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica no serviço de ginecologia, bem como partilhar um pouco da minha experiência ao longo do estágio.

O enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica integra um conjunto de competências clínicas e cuidados de enfermagem especializadas tendo como alvo a mulher no seu ciclo reprodutivo (DGS, 2019). Segundo a DGS (2019), A mulher deverá receber cuidados de enfermagem em duas vertentes, enquanto ser individual e coletivo: “(...) numa perspetiva individual, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspetiva coletiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns.”

Ao longo destas 6 semanas várias mulheres estiveram internadas com as mais diversas patologias e foram submetidas a várias intervenções cirúrgicas, entre as quais, de uma forma geral, tumores do endométrio e mama, hiperplasia do endométrio, metrorragias/miomas, histeroscopias e biopsias do endométrio, histerectomias quer por via vaginal quer por laparotomia abdominal, prolapsos uterinos, quistos ováricos, anexectomia, abscesso vulvar, plastias perineais, salpingectomias, prolapso vesical, interrupção voluntária da gravidez, abortos incompletos, gravidez de risco por ameaça de parto pré-termo.

Penso que este estágio foi uma experiência muito rica, pois abrange várias patologias diversas em diferentes fases da vida da mulher, permitindo prestar cuidados de enfermagem diferenciados enquanto enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica. É das competências do enfermeiro enquanto especialista assumir a responsabilidade pelos cuidados de enfermagem durante a gravidez, na assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença; no climatério na assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença; nas afeções ginecológicas, na assistência à mulher

a vivenciar processos de saúde/doença; na comunidade, na assistência às mulheres em idade fértil, atuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença (DGS, 2019). Segundo a DGS (2019), “O enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher”.

Penso que foi uma mais valia, o cronograma escolar de estágios ter sofrido alterações e ter contemplado a área da ginecologia. É comum entre colegas desvalorizar um pouco o papel da enfermeira especialista de Saúde Materna e Obstétrica nesta área, mas ao longo do estágio pude verificar que embora as intervenções que são realizadas sejam as mesmas prestadas pela enfermeira generalista, por outro lado o olhar, a sensibilidade, e forma de ver a mulher e prestar os cuidados à mesma, são de fato muito diferentes. A perspectiva é diferente, pois os conhecimentos e desenvolvimento profissional foi e é mais focado na mulher. Os cuidados prestados por profissionais especialistas na área, promovem cuidados de saúde prestados à mulher/família inserida na comunidade de forma mais holística e com mais qualidade.

Ao longo do estágio, houve algumas situações que se destacaram. Uma delas foi uma doente bastante nova, com dois filhos pequenos, com antecedentes de neoplasia da mama, e neste momento estava com recidiva da mesma, com metástases ósseas e hepáticas, tendo sido encaminhada para cuidados paliativos. Esta mulher, não só necessitou de cuidados físicos, como também psicológicos, na gestão de emoções da sua nova situação de saúde e familiar. Nesta situação, denotou-se a valorização da utente pelo nosso tempo junto dela, mais do que propriamente os cuidados físicos prestados ou a analgesia administrada. Enquanto aluna, desenvolvi a competência de assistência à mulher a vivenciar processos de doença ginecológica/mama.

Uma outra situação, foi a observação dos fetos resultantes de interrupções terapêuticas que aguardam autorização da administração para análise, pensar o que os

pais dos mesmos sentiram e o processo de luto pelo qual passaram, foi algo que me sensibilizou.

Consegui ir também um dia observar duas cirurgias ao bloco central, uma dela foi histerectomia por via vaginal e a outra foi uma plastia vaginal. Posteriormente consegui prestar cuidados às mesmas utentes, no dia seguinte.

Uma outra situação que me sensibilizou, foi uma utente que quis interromper a gravidez, veio a consulta com 10 semanas de gestação, tomou a medicação e não voltou para consulta de controlo. Voltou com 16 semanas de gestão, para repetir nova dosagem de medicação, pois continuava grávida. Fez novo ciclo de medicação, e mais outra terapêutica, e não conseguiu expulsar o feto, só posteriormente quando foi submetida a curetagem. Esteve sempre tranquila, não queria que ninguém soubesse, e esteve sempre sozinha. Penso que as pessoas não usam os recursos do sistema nacional de saúde corretamente, não estão devidamente informadas dos recursos disponíveis, podendo por vezes auto prejudicar-se a si próprias e à comunidade que estão inseridas (não percebi a nota em relação a esta frase?). Há, assim, muito trabalho na área de enfermagem na divulgação dos recursos disponíveis no sistema nacional de saúde, de forma gratuita, promovendo melhores decisões informadas, maior acesso aos que não procuram os serviços de saúde, e melhores cuidados na comunidade. Enquanto aluna pude desenvolver as competências na assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença, realização de ensinamentos acerca de métodos contraceptivos, cuidados de saúde em idade fértil, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

Poderei ainda relacionar esta temática a várias teorias de enfermagem pois é uma área tão abrangente que quase todas de alguma forma se adequaria em algum ponto. Decidi destacar a “Teoria do Cuidado Humano”, de 1979, criada por Jean Watson, onde refere “(...) que o cuidado é a essência da enfermagem, a interação entre enfermeiro e cliente é através de sentimentos, emoções, troca de energia, afeto.”. Esta teoria esteve sempre presente ao longo do estágio, pois para mim, os cuidados de enfermagem devem ser sempre humanizados, valorizando a vida da mulher de forma a promover a autonomia, livre possibilidade de escolhas, fortalecendo o autoconhecimento da mesma.

Desta forma, penso que foi um estágio muito positivo, que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, na aquisição e consolidação de conhecimentos e

práticas inerentes à futura profissão de enfermeira especialista de Saúde Materna e Obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcântara, Marcus et al (2011), *Teorias de Enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem*, Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente 2 (2), pp 115-132.

Ordem dos Enfermeiros (3 de Maio de 2019), *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*, Diário da República, 2ª série, nº 85.

Saviato, Roberta, Leão, Eliseth (2016), *Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia*, Esc Anna Nery, 20(1), pp 198-202.

Apêndice J – Reflexão do estágio do bloco de partos durante 6 semanas no centro hospitalar a sul de Portugal

REFLEXÃO – Estágio Bloco de Partos (6 semanas)

O estágio no bloco de partos surge no âmbito do estágio profissional integrado do Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica. Esta reflexão tem como principais objetivos refletir acerca da importância dos cuidados prestados pela enfermeira especialista de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica no bloco de partos, bem como partilhar um pouco da minha experiência ao longo do estágio.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015, p.9), “Os enfermeiros e os EEESMO desempenham um papel-chave e cada vez mais importante nos esforços que as sociedades desenvolvem para enfrentar os desafios da saúde pública e para prestar cuidados de saúde seguros (com padrões de segurança e eficiência), de elevada qualidade, eficazes e eficientes. Estes profissionais são vitais para a proteção e melhoria da saúde, no apoio que disponibilizam às pessoas para serem elas próprias a gerir a sua saúde, e ao assegurarem o acesso e a continuidade dos cuidados quando os doentes precisam.”.

Segundo a DGS (2019), a mulher é o centro dos cuidados especializados prestados pelo enfermeiro especialista de Saúde Materna e Obstétrica. A mulher é vista como ser único, um ser sociável e agente intencional de comportamentos, com dignidade própria e direito a autodeterminar –se.

As intervenções da enfermeira especialista no bloco de partos são muitas vezes de carácter urgente, implicando uma mobilização de vários conhecimentos, experiência e saberes. Sei que estou em fase de aprendizagem e evolução profissional, sem experiência em bloco de partos, e embora saiba que é normal nesta fase inicial, senti-me um pouco perdida, com falta de conhecimentos e mobilização dos mesmos, que me permitissem intervir junto da grávida em trabalho de parto. Talvez tenha exigido um pouco demais, pois queria saber e estudar mais para saber intervir, mas sentia que não conseguia dedicar-me à velocidade que sentia necessitar, devido à carga horária profissional e de estágio, o que me causava alguma ansiedade. As primeiras duas a três semanas de estágio foram um pouco intensas, senti que os conhecimentos previamente adquiridos, não eram suficientes para dar os primeiros passos, diferente do que acontecera nos dois estágios anteriores.

Gradualmente, senti-me mais tranquila, conseguia perceber a dinâmica na sala de partos e as intervenções junto da grávida em trabalho de parto. Sei que a formação é contínua, e que ainda tenho um longo caminho de aprendizagem e partilha de

experiências, sempre com trabalho e dedicação.

Trabalhar em bloco de partos, permite à enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica prestar cuidados específicos e diferenciados com competências específicas à mulher durante o trabalho de parto, efetuar o parto em ambiente seguro, otimizando a saúde da puérpera e do recém-nascido na adaptação à vida extrauterina, o diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e recém-nascido e cuidar da mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez ou trabalho de parto. Estas intervenções são autónomas em todas as situações de baixo risco, ou seja, nos processos fisiológicos, e tornam-se intervenções interdependentes em situações onde estão envolvidos processos patológicos e não funcionais. (DGS, 2019).

Os cuidados prestados à parturiente são centrados nela, com sensibilidade na resposta às sua necessidade individual, enfatizando o empoderamento na tomada de decisões, oportunidade de escolha informada e suporte no decurso de trabalho de parto fisiológico. (ordem dos enfermeiros, 2015).

Ao longo do estágio, houve algumas situações que se destacaram entre as quais: o primeiro parto, claro que tinha mais um par de mãos pronto a ajudar, e foi muito rápido, não tive muito tempo para pensar, mas tinha receio de não conseguir segurar o recém-nascido, de não proteger o períneo, não sabia muito bem o que fazer. A grávida não conseguia comunicar connosco, só falava e percebia a língua do seu país. No final o parto correu bem e claro que consegui segurar o recém-nascido, e senti uma sensação fantástica, ter colaborado de alguma forma no nascimento de um novo ser, ainda fiquei um pouco emocionada. O primeiro fórceps e a primeira ventosa, fiquei um pouco impressionada, nunca tinha visto, é sempre um parto distócico, instrumentado e não agradável de ser observado, embora necessário.

Uma outra situação, foi a minha primeira circular cervical apertada, fiquei um pouco ansiosa, pois era uma situação a resolver no momento, tinha que clampar e cortar o cordão umbilical no imediato, e teoricamente sabia o que fazer, mas o movimento físico não acompanhava o pensamento, além de ter uma sala cheia de pessoas a acompanhar a grávida e a observar tudo. Segundo a OMS (2013), clampar o cordão umbilical tardiamente em partos pré-termo e termo, ou seja, após 1 a 3 minutos após o nascimento ou após o mesmo deixar de pulsar, traz inúmeras vantagens como aumento de reservas de

ferro e menor anemia infantil, redução do número de transfusões sanguíneas, redução da hemorragia intraventricular, redução de enterocolite necrosante, menor taxa de sépsis infantil. Esta prática não é realizada em situações que o recém-nascido precise de reanimação e o prestador de cuidados não tiver experiência ou condições em suporte ventilatório sem clampar o cordão umbilical. Existem também algumas preocupações em relação ao clampeamento tardio do cordão umbilical como a icterícia grave, policitemia e em grávida com HIV positivo, mas os estudos não comprovam aumento do risco.

O colégio americano de obstetras e ginecologistas (ACOG) (2017), refere que clampar o cordão umbilical tardiamente parece ser benéfico para recém-nascidos de termo e pré-termo, pois aumenta os níveis de hemoglobina, melhorando a quantidade de ferro nos primeiros meses de vida, favorecendo o desenvolvimento. Existe a preocupação com a icterícia e deverá haver condições para controle da mesma. Em recém-nascidos pré termo está associado a melhoria da circulação de transição, melhor estabelecimento do volume de glóbulos vermelhos, menor necessidade de transfusão sanguínea e menor incidência de enterocolite necrosante e hemorragia intraventricular. O clampeamento tardio do cordão umbilical não foi associado a um risco aumentado de hemorragia pós-parto ou aumento da perda de sangue no momento do parto, nem à diferença nos níveis de hemoglobina pós-parto ou à necessidade de transfusão de sangue. Até ao momento, a literatura não mostra evidência de um risco aumentado de policitemia ou icterícia, embora alguns estudos, demonstrem uma taxa ligeiramente mais alta de icterícia que leva a critérios para fototerapia em bebês a termo. Desta forma, tendo em conta os benefícios é recomendado clampar o cordão umbilical em bebês a termo vigorosos e prematuros por pelo menos 30 a 60 segundos após o nascimento, exceto quando clampar de imediato do cordão umbilical for necessário devido a indicações neonatais ou maternas. Para além disso, uma maior duração da transfusão placentária após o nascimento também facilita a transferência de imunoglobulinas e células essenciais (células tronco) para a reparação de tecidos e órgãos após lesão celular, inflamação e disfunção de órgãos, comuns no nascimento prematuro. No mesmo artigo, segundo o programa de Reanimação Neonatal da Academia Americana de Pediatria recomendam o clampeamento tardio do cordão umbilical por pelo menos 30 a 60 segundos para bebês mais prematuros e a termo vigorosos. Presente no mesmo artigo, o Royal College of Obstetricians and Gynecologists

também recomenda adiar clampar o cordão umbilical para bebês saudáveis e prematuros por pelo menos 2 minutos após o nascimento. O Colégio Americano de Enfermeiras e Parteiras (2014) recomenda o clampar tardio do cordão umbilical para bebês a termo e prematuros por 2 a 5 minutos após o nascimento. Segundo Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T (2012), definiu que clampar o cordão umbilical tardiamente com mais de 30 segundos, mas com um máximo de 180 segundos.

Segundo ACOG (2016) recomenda clampar o cordão umbilical para todas as recém-nascidos saudáveis por pelo menos 30 a 60 segundos após o nascimento, dados os inúmeros benefícios para a maioria dos mesmos, não interferindo com terceiro estadio do trabalho de parto, incluindo controlo das perdas hemáticas maternas. Se houver hemorragia materna ou instabilidade hemodinâmica, placentação anormal, necessidade de reanimação imediata do bebê ou quando a circulação placentária do bebê não está intacta, o clampar o cordão umbilical imediatamente é apropriado. A expressão manual do cordão umbilical para o recém-nascido antes de clampar às vezes é considerado para transferência rápida de sangue quando um atraso de 30 a 60 segundos após o nascimento não é possível, no entanto, não há evidências suficientes para apoiar ou refutar os benefícios da mesma.

Clampar o cordão umbilical precocemente já foi uma prática realizada por rotina, no entanto, e citados em Liping Yu, Yue Sun, Yi Shang, Min Yin, (2019), American Heart Association defende que para os recém-nascidos que não precisam de reanimação, deve atrasar-se o clampar do cordão umbilical pelo menos 1 minuto. As diretrizes de consenso europeu sobre a gestão da síndrome do desconforto respiratório neonatal em bebês prematuros sugeriram que, se a condição do recém-nascido for estável, o cordão umbilical deve ser adiado por pelo menos 60 segundos após o parto para promover a transfusão de placenta para o feto. Foi realçado, no mesmo artigo, pela Confederação Internacional de Parteiras e Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, que clampar o cordão umbilical após a parar de pulsar pode prevenir novas anemias em crianças.

A OMS (2020), recomenda-se clampar tardiamente o cordão umbilical, após um minuto, com o objetivo de melhorar os resultados de saúde e nutrição materna e infantil, incluindo partos vaginais e cesarianas. Os benefícios comprovados de um atraso de pelo menos 1 a 3 minutos no clampar do cordão são superiores aos danos teóricos e não

comprovados. Alguns estudos recentes avaliam o efeito da expressão manual do cordão umbilical na direção do recém-nascido, associados ao clampar o cordão umbilical tardiamente, em diferentes momentos após o nascimento, especialmente em prematuros, mas necessitam de mais análise e investigação. O limite inferior para clampar o cordão umbilical é um minuto, e não deverá ser feito antes para reduzir a hemorragia pós parto e acelerar ao 3º estadio do trabalho de parto, a tração do cordão e o uso de uterotômicos, são suficientes, não foi encontrada diferença no risco de hemorragia puerperal. Se houver necessidade de reanimação do recém-nascido, se houver experiência em fornecer ventilação eficaz com pressão positiva sem cortar o cordão umbilical pode ser iniciada. Embora a icterícia com necessidade de fototerapia seja mais frequente com o clampar tardio do cordão umbilical, os bebês onde o cordão umbilical foi clampado imediato apresentam menores concentrações de hemoglobina no período pós-natal e eram mais propensos à deficiência de ferro dos 3 aos 6 meses de idade. Não houve diferenças entre um grupo e outro em relação à mortalidade neonatal.

A OMS (2015) recomenda o respeito pela escolha da mulher sobre os seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto, onde inclui o envolvimento do homem como uma das recomendações primordiais para a saúde da mulher e do recém-nascido. O enfermeiro especialista de Saúde Materna e Obstétrica, deverá adotar intervenções facilitadoras do pai como elemento ativo durante o trabalho de parto e parto, e cuidados aos recém-nascido, sendo o corte do cordão umbilical um desses momentos. Ao longo do estágio, sempre que foi possível e de desejo dos pais, foi sempre o pai e às vezes a mulher a realizar o corte do cordão umbilical.

O parto é um momento muito importante e único na vida de uma mulher e da família, e nós enquanto intervenientes diretos durante o parto, podemos determinar como a mulher e/ou casal vivência a experiência e contribuir na promoção de uma experiência positiva. O trabalho de parto, parto e puerpério imediato encerram um ciclo e iniciam outro completamente diferente na vida da mulher/família, e a forma como a vivenciam podem influenciar esta nova adaptação. É importante a contínua busca do saber, desenvolvendo e aprofundando conhecimentos neste sentido.

Houve algumas situações, como desacelerações graves, pré-eclampsia de rápida evolução, entre outras, que demonstraram a importância da vigilância do bem-estar fetal

e materno durante o trabalho de parto ou indução do mesmo, feita pelos enfermeiros especialista de saúde materna e obstétrica, assumindo grande importância, pois em poucos minutos a vida da grávida e do recém-nascido pode alterar-se e complicar-se. Por outro lado, penso, e senti também, que ajudar a nascer um novo ser, é um momento de grande satisfação e valorização do nosso papel.

Desta forma, penso que esta primeira experiência no bloco de partos foi muito positiva, contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, na aquisição e consolidação de conhecimentos e práticas inerentes à futura profissão de enfermeira especialista de Saúde Materna e Obstétrica, ambicionando a aprendizagem contínua e progressiva nos restantes estágios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Nurse Midwives (2014), *Delayed umbilical cord clamping*, Position Statement. Silver Spring (MD): ACNM, consultado em <https://americanpregnancy.org/labor-and-birth/delayed-cord-clamping-risks-benefits/>, 02-02-2020

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2016), *Recommends Delayed Umbilical Cord Clamping for All Healthy Infants*, consultado em <https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2016/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-for-All-Healthy-Infants>, 02-02-2020

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2017), *Delayed Umbilical Cord Clamping After birth*, number 684, January 2017 (Replaces Committee Opinion Number 543, December 2012) (Reaffirmed 2018), consultado em <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-After-Birth?IsMobileSet=false>, 02-02-2020

Ordem dos Enfermeiros (3 de Maio de 2019), Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, Diário da República, 2ª série, nº 85.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2015), Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020, ArteMarga, Lda.

Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. *Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, consultado em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895933>, 02-02-2020

WHO (2015), *Recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health*, consultado em https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/, 02-02-2020

WHO (2020), *Optimal timing of cord clamping for the prevention of iron deficiency anaemia in infants*, consultado em https://www.who.int/elena/titles/full_recommendations/cord_clamping/en/, 02.02.2020

WHO (2018), *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*, consultado em <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>, 02-02-2020

[Liping Yu, Yue Sun, Yi Shang, Min Yin](#), (2019), *Effect of timing of umbilical cord clamping on maternal and neonatal outcomes, [Medicine \(Baltimore\)](#), p 98(16), consultado em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494379/>, 02-02-2020

WHO (2014), *Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*, WHO Library Cataloguing-in-Publication, consultado em https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/, 02-02-2020

WHO/RHR (2013), *O clampamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*, 14.19, consultado em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf;sequence=2, 02-02-2020

Apêndice L - Reflexão do estágio do bloco de partos durante 4 semanas no centro hospitalar a sul de Portugal

REFLEXÃO – Estágio Bloco de Partos (4 semanas)

O estágio no bloco de partos surge no âmbito do estágio profissional integrado do Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica. Esta reflexão tem como principais objetivos refletir acerca da importância dos cuidados prestados pela enfermeira especialista de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica no bloco de partos, bem como partilhar um pouco da minha experiência ao longo do estágio.

A Organização Mundial de Saúde considera os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica (ESSMO) vitais na melhoria dos cuidados de saúde prestados (OMS, 2015, p.9).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), o ESSMO tem competências diferenciadas e autónomas nos processos fisiológicos de baixo risco, e intervenções interdependentes nos processos patológicos de médio e alto risco do ciclo de vida reprodutivo da mulher.

No bloco de partos, o ESSMO tem como principal objetivo a prestação de cuidados à mulher na condição de parturiente e puérpera, o feto e recém-nascido (RN) e o pai/acompanhante, acompanhando e sendo responsável por controlar o trabalho de parto e parto num ambiente seguro, otimizando a saúde da parturiente e RN. É também responsável pela prestação de cuidados no pós parto, vinculação da tríade mãe/pai/filho e adaptação à parentalidade, pela deteção precoce de complicações bem como referência atempada de complicações materno-fetais durante o TP, parto e puerpério imediato de forma a garantir a segurança dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O momento do trabalho de parto e parto é muito importante na vida de uma mulher/família, um momento de grandes alterações, e a experiência do mesmo vai influenciar as vivências de cada um, de forma distinta e particular. Cabe ao ESSMO, contribuir de forma tanto quanto possível para a positividade da mesma, podendo fazer toda a diferença.

Durante este estágio senti-me mais tranquila, mais segura nas minhas decisões, consegui limitar mais as opções das decisões a seguir, avaliar o bem estar materno-fetal, embora sinta que ainda tenho muito para aprender e consolidar. Senti-me também mais confiante tecnicamente, principalmente a suturar e no partejar. Tenho dificuldades em

algumas técnicas, como por exemplo avaliar a variedade do feto. Senti também que este estágio foi curto demais, apenas quatro semanas é muito pouco, quando finalmente estamos integradas nas rotinas e à enfermeira supervisora, termina. Mesmo a nível de avaliação não se consegue avaliar a progressão de um aluno com tão pouco tempo, num estágio tão específico e particular como este. Poderia ser acrescentado ao mesmo, pelo menos a duração mínima de 6 semanas, à semelhança do estágio anterior.

Ao longo deste estágio, assisti pela primeira vez a um parto distócico por cesariana pelo motivo de apresentação pélvica, e posteriormente tive oportunidade de assistir a mais algumas. Este tipo de parto, visualmente é um parto traumático, sendo também de mais difícil recuperação para a mulher, é sempre considerada uma grande cirurgia. Estive também um dia no serviço de internamento de grávidas com patologias associadas e grávidas em indução do trabalho de parto e houve outro dia que fomos colaborar com a colega, embora não fosse esse o objetivo de estágio, mas contribuiu para a minha aquisição e fomentação de conhecimentos, uma vez que a experiência com grávidas no estágio de ginecologia/grávidas patológicas não foi muito rica.

Sempre que foi possível, acompanhava a puérpera e RN no puerpério imediato, assistindo na primeira mamada, na prestação de cuidados e vigilância a ambos, e na transferência de ambos para o serviço de obstetrícia.

Ao longo do estágio, tive contacto com muitas grávidas estrangeiras que não sabem falar nem percebem português, nem inglês, tornando muito difícil a comunicação, principalmente durante o trabalho de parto e parto.

Durante a segunda fase do trabalho de parto, na fase expulsiva, o ESSMO depara-se sempre com uma importante avaliação, a avaliação correta do períneo, de forma a decidir se é necessário realizar episiotomia. Ao longo do estágio, a realização de episiotomia médio-lateral, foi realizada só se mesmo necessária, e não de forma rotineira, sempre com o consentimento da parturiente, durante a contração após a coroação da cabeça. Normalmente, realiza-se também a aplicação de gel lubrificante e massagem perineal, proteção do períneo, de forma a reduzir a possibilidade de trauma perineal.

Vários estudos estão de acordo com esta prática, como Nassar et al (2019), pois refere que a realização de episiotomia deverá ser restritiva e não rotineira, apenas quando existe uma ameaça iminente de laceração perineal ou quando houver urgência no parto,

de forma a diminuir complicações a curto e longo prazo, evitando lacerações perineais graves. A episiotomia, quando realizada, deve ser na fase expulsiva do trabalho de parto, quando existe a coroação, durante uma contração, e não deve exceder 4-6cm. Se for realizada antes da coroação aumenta o risco de trauma vaginal, maior incisão média e maior perda de sangue, devendo ser evitado. A episiotomia médio-lateral não está associada a lesões do esfíncter anal, reduzindo a incidência das mesmas. Mulheres com episiotomia anterior têm duas vezes maior risco de lacerações de grau II. O estudo, refere ainda que episiotomia pode estar associado à diminuição da força da musculatura e dor no períneo e dispareunia futura, quando comparadas com laceração espontânea. Aconselham-se algumas medidas que poderão diminuir as lacerações perineais entre as quais: a massagem perineal digital aplicada antes do parto e durante a segunda fase do trabalho de parto bem como compressas quentes; a posição ereta na segunda fase do trabalho de parto diminui o número episiotomias, mas está associada ao aumentar de lacerações de grau II e hemorragia pós-parto; a posição de cócoras está associada a menor número de episiotomias, mas em lacerações mais complicadas. Recomenda-se a proteção do períneo em forma V entre o polegar e dedo indicador, diminuindo significativamente as lacerações.

Segundo a OMS (WHO, 2018), a massagem perineal, compressas de água morna e proteção do períneo são práticas recomendadas para reduzir o trauma perineal e facilitar o parto. Faz referência a outras técnicas, mas as evidências são muito limitadas, como a saída do ombro posterior primeiro, aplicação de vaselina e um dispositivo de proteção perineal. Recomenda também a realização de episiotomia de forma seletiva e não rotineira, e mesmo em emergências obstétricas, como sofrimento fetal que requer parto vaginal instrumental não foi estabelecido que a episiotomia podia ter benefícios. Se uma episiotomia for realizada, a anestesia local eficaz e o consentimento informado da mulher são essenciais. A episiotomia deverá ser médio-lateral, pois as incisões na linha média estão associadas a maior risco de lesão complexa do esfíncter anal obstétrico, sendo a sutura contínua mais benéfica à sutura interrompida.

Entre a episiotomia e a laceração espontânea não há diferença na perda de sangue, no índice de apgar, na dor perineal moderada ou intensa 3 dias após o parto, infecção perineal, relações sexuais dolorosas seis meses após o parto, na incontinência urinária seis

meses ou mais após o parto, no prolapso genital três anos após o parto. Se o parto for instrumentado, aconselha-se a episiotomia, mas nos restantes não há benefício na realização de episiotomia de rotina (Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P, (2017)).

Segundo, Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M, (2018), a técnica “hands on” ou “hands off”, aplicação de compressas quentes estão associadas a menos lacerações de grau III e IV mas sem diferença nas lacerações de grau I e II, sem evidência para períneos intactos. A massagem perineal está associada a períneos intactos e menos lacerações de grau III e IV, sem evidência nas lacerações de grau I e II. A Manobra de Ritgen está associada a menos lacerações de grau I e a mais de grau II, sem diferença nas lacerações de grau III ou IV.

Desta forma, a prestação de cuidados realizada vai ao encontro às recomendações da literatura. Penso que este estágio, embora curto, foi uma experiência muito positiva, com muitos bons momentos de aprendizagem, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura ESSMO, desejando a continuação desta enorme aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M, (2018), *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal _ trauma (Review)*, Cochrane Database of Systematic Reviews, consultado em www.cochranelibrary.com, 01-03-2020.

Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P, (2017), *Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review)*, Cochrane Database of Systematic Reviews, consultado em www.cochranelibrary.com, 01-03-2020.

Nassar et al (2019), *FIGO Statement: Restrictive use rather than routine use of episiotomy*, Int J Gynecol Obstet 2019; n°146 pp 17–19.

Ordem dos Enfermeiros (3 de Maio de 2019), Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, Diário

da República, 2ª serie, nº 85.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2015), Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020, ArteMarga, Lda.

WHO (2018), *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*, consultado em <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>, 02-02-2020.

Apêndice M - Reflexão do estágio no serviço de obstetrícia no centro hospitalar a sul de Portugal

REFLEXÃO – Estágio Puerpério (5 semanas)

O estágio no puerpério surge no âmbito do estágio profissional integrado do Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica. Esta reflexão tem como principais objetivos refletir acerca da importância dos cuidados prestados pela enfermeira especialista de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica no puerpério, bem como partilhar um pouco da minha experiência ao longo do estágio.

Os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica (ESSMO) assumem uma grande importância na prestação dos cuidados de saúde diferenciados. Segundo a ordem dos enfermeiros (2019), os ESSMO têm as competências necessárias para ser autónomos em situações de baixo risco e interdependentes em situações de risco elevado ao longo do ciclo reprodutivo da mulher.

O ESSMO durante o período pós-natal tem como principal objetivo cuidar e potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido (RN) e apoiar no processo de transição e adaptação à parentalidade, promovendo a saúde da puérpera e do RN, diagnosticando precocemente de forma a prevenir complicações e providenciando cuidados de saúde nas situações que possam afetar negativamente (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Segundo Centeno, M., citada por Graça, L. (2018), “O puerpério define-se como o período de 6 semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez.”.

Por vezes, o serviço de puerpério ou ginecologia, são desvalorizados quanto à importância da presença de ESSMO no serviço ou por turno. Mas segundo a ordem dos enfermeiros (2019) o rácio de assistência no internamento de puérperas é de 1:6 e com puérperas patológicas 1:3, o que normalmente não se verifica. No entanto, a avaliação e prestação de cuidados do ESSMO é muito diferente, mais diferenciada do enfermeiro generalista, devendo haver sempre presente em todos os turnos pelo menos algum ESSMO.

O período do puerpério, principalmente os primeiros dias, é um momento muito importante da vida de uma mulher/família/parentalidade, um momento de grandes alterações, influenciando a sua vivência de forma distinta e particular. A prestação de cuidados do ESSMO deverá contribuir de forma tanto quanto possível para a positividade

da mesma e poder fazer a diferença.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a UNICEF realizaram um programa a nível mundial que visa a promoção do aleitamento materno, criando os “Hospitais Amigos dos Bebês”. Estes hospitais têm como objetivo proteger, promover e apoiar sucesso do aleitamento materno, cumprindo algumas medidas de prestação de cuidados. Este hospital recebeu a creditação das entidades responsáveis, e faz parte desta iniciativa, sendo a amamentação é um grande foco na prestação de cuidados no serviço de obstetrícia.

Ao longo do estágio tive oportunidade de ter várias experiências em relação à amamentação, desde mamas túrgidas, mamilos macerados e fissurados, estimulação mamária com bomba elétrica, esvaziamento mamário manual, aplicação de medidas não farmacológicas para alívio do desconforto mamário, recém-nascidos que não conseguem mamar, ensinos, entre outras, que me permitiram contribuir na promoção da amamentação. Foi uma experiência muito rica e gratificante, pois senti que a minha intervenção foi positiva na vida daquela família, podendo contribuir para o sucesso e eficácia do aleitamento materno. O aleitamento materno será o tema do meu relatório final, mas desde que trabalho nesta área que me suscita muito interesse, no qual tenho investido bastante, e enquanto aluna não foi diferente. É um tema de importância mundial e no qual ainda há muito para investir e para fazer. Em Portugal, cerca de 90% das mulheres iniciam amamentação, mas cerca de metade desiste no primeiro mês, sendo importante a criação de medidas que promovam maior sucesso no aleitamento materno.

A amamentação é um processo natural, uma prática importante que estimula a vinculação entre mãe-filho e traz inúmeros benefícios na saúde de ambos, devendo ser exclusiva até aos seis meses e até aos dois anos como complemento alimentar, ou até ser exequível pela mulher e criança. (Levy,L., Bértolo,H. (2012)). O sucesso da amamentação depende de muitos fatores como o apoio do companheiro/família, estado psicológico/afetivo, práticas da maternidade, dificuldades ou complicações, idade, estado civil, nível de escolaridade e nível socioeconómico (Santos, V., Bárcia, S. (2009)). É muito evidente no serviço de obstetrícia alguns destes fatores não facilitadores da amamentação como o apoio familiar, o cansaço emocional e físico, alteração hormonal, ansiedade associada ao novo momento/novas funções/novo membro da família, dificuldades físicas nas mamas e mamilos, entre outros, sendo por isso destacada a

importância da intervenção de enfermagem neste apoio e sucesso do aleitamento materno bem como outras complicações associadas ao mesmo e ao puerpério. Aqui existe também o cantinho da amamentação que dá apoio telefónico ou presencial. Penso que seja muito importante este acompanhamento da mulher desde a gravidez para o sucesso da amamentação em exclusividade, realçando a importância mais uma vez dos profissionais de saúde na promoção do aleitamento materno, reconhecendo precocemente da autoeficácia materna e possíveis complicações, desenvolvendo estratégias individualizadas para fortalecer ou construir a confiança, gestão e resolução de complicações quando presentes, visando a continuidade do aleitamento materno.

Durante o internamento tive várias experiências no cuidar e intervir no pós-parto, quer de parto eutócico como distócico, nas feridas perineais e abdominais, avaliação da involução uterina, avaliação dos lóquios, sinais de alarme, preparação para a alta, entre outros. Tive também oportunidade de prestar cuidados aos recém-nascidos como a avaliação física, avaliação do estado geral, cuidados ao cordão umbilical, banho, segurança, apoio na amamentação, vigilância da eliminação, sinais de alarme, preparação para a alta, promoção da díade /triade, entre outros. Neste serviço é muito evidente a realização de ensinamentos constantes e contínuos na promoção da autonomia e autoeficácia dos pais no cuidados ao recém-nascido e vigilância do puerpério.

Segundo Néne, M. (2016), é de extrema importância que a equipa de enfermagem tenha um conhecimento profundo sobre a anatomia e fisiologia feminina bem como das alterações no pós-parto, de forma a conseguir identificar desvios da normalidade e possíveis complicações, estabelecendo um plano de cuidados adequado. A mesma autora refere ainda que na prestação de cuidados de recém-nascido não é diferente, é fundamental a avaliação física, inspeção visual, palpação e manipulação do mesmo para deteção precoce de desvios da normalidade. É, assim, muito importante esta vigilância frequente do bem-estar geral da puérpera e no recém-nascido pois podem surgir complicações e a sua deteção precoce ajuda na resolução das mesmas, e neste contexto podem evoluir muito rápido. Tive algumas situações com puérperas e recém-nascidos de risco elevado e algumas com complicações como atonia uterina, pré-eclampsia, status pós-raquianestesia, síndrome de dificuldade respiratória, engasgamentos, hipoglicémias mas felizmente tudo de resolução eficaz, com trabalho em equipa e prevenindo

complicações maiores.

Embora não fizesse parte dos objetivos do estágio, mas por questão de organização do hospital, todas as grávidas após as 22 semanas, são internadas na obstetrícia, e foi-me proporcionada a oportunidade de prestar cuidados às mesmas, consolidando e adquirindo mais conhecimentos. Estiveram internadas grávidas com vários diagnósticos como ameaça de parto pré-termo, infecção do trato urinário, pielonefrite, diabetes gestacional não controlada, colestase gravídica, entre outros.

Durante este estágio senti-me calma, senti que consegui tirar o máximo de aprendizagem, muito produtivo, procurei sempre as situações mais complicadas ou exigentes para intervir, procurei sempre ficar também com as grávidas pois eram sempre situações diferentes e novas para mim. O meu muito obrigada a toda a gente, mas em especial minha enfermeira supervisora, que me proporcionou vários momentos de aprendizagem, tendo sempre em consideração, eu enquanto profissional e aluna, sendo horas muito gratificantes e significativas no meu percurso académico. O fato de haver algumas situações familiares para mim, permitiu-me dedicar às situações novas e de maior exigência. Este estágio foi muito importante para mim, proporcionou-me uma boa aprendizagem quer em situações novas quer consolidação de conhecimentos, tornando-a uma experiência muito enriquecedora e contribuindo para a minha aprendizagem e evolução pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Graça, L.M, (2017), *Medicina Materno Fetal*, 5ª edição, Lisboa, Lidel -Edições Técnicas,Lda.

Levy,L., Bértolo,H. (2012), *Manual de Aleitamento Materno*, Unicef Portugal.

Néné, M., Marques, R., Batista,M. (2016), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, 1ª edição, Lisboa, Lidel -Edições Técnicas,Lda.

Ordem dos Enfermeiros (2019), *Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Parecer n° 43/2019*

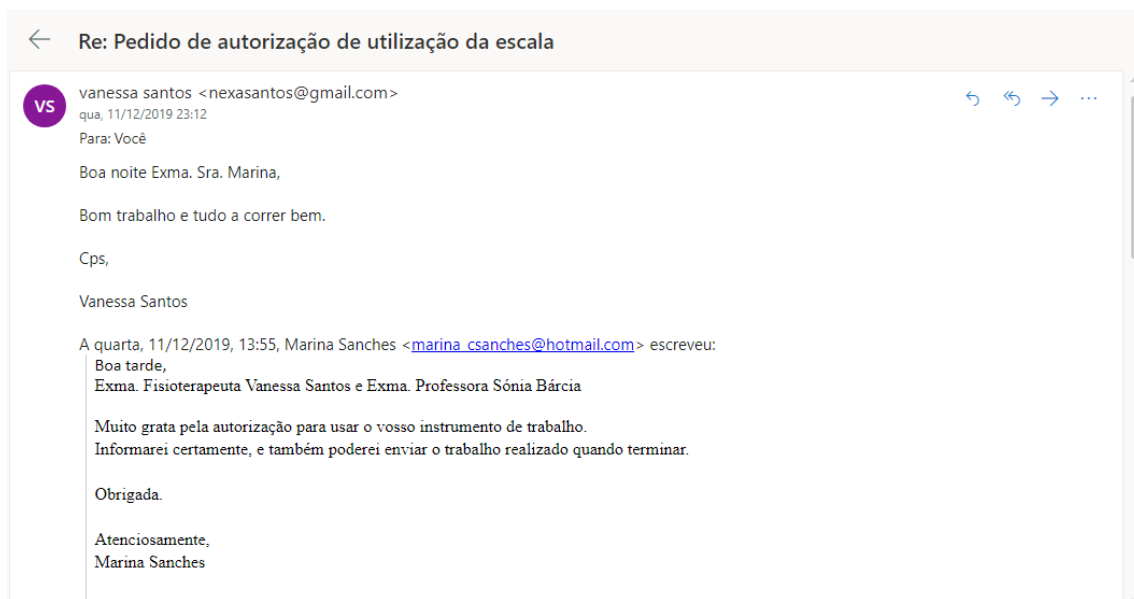
Ordem dos Enfermeiros (3 de Maio de 2019), Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, Diário da República, 2ª série, nº 85.

Santos, V., Bácia, S. (2009), *Contributo para a adaptação transcultural e validação da* “– *Versão Portuguesa*, Rev Port Clin Geral 2009;25:363-9.

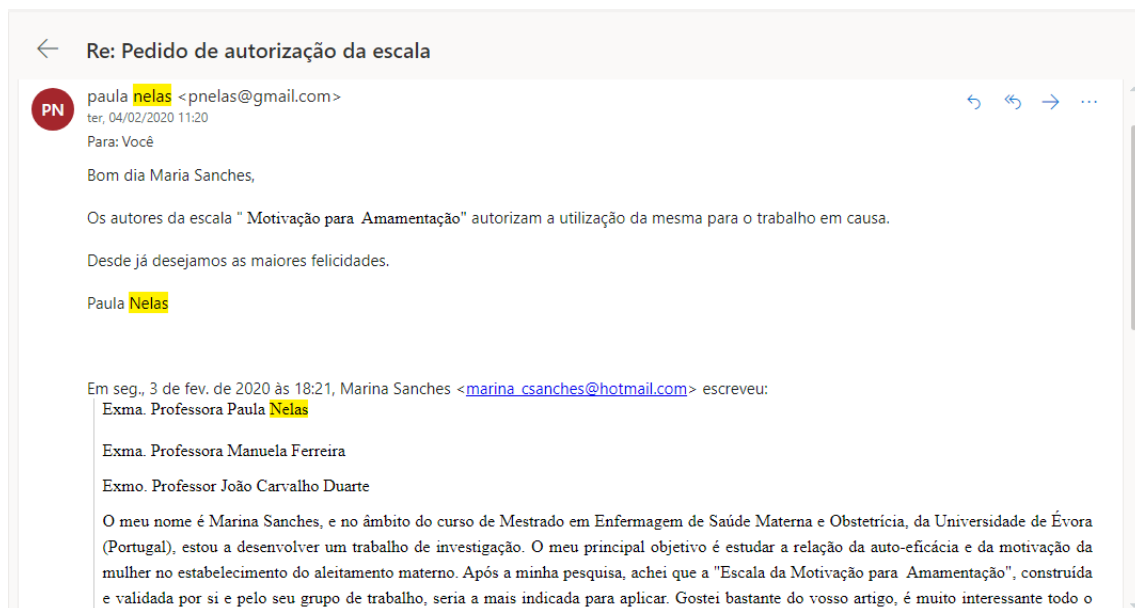
<https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>, consultado dia 30.08.2020, às 14:00

Anexos

Anexo A – Autorização das autoras para a utilização da escala autoeficácia na amamentação



Anexo B - Autorização das autoras para a utilização da escala da motivação para a amamentação



Anexo C – Parecer positivo da comissão de ética da Universidade de Évora



Documento

2

0

0

4

2

**Comissão de Ética para a Investigação Científica nas
Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros,

Prof. Doutor Armando Raimundo

Prof^a. Doutora Margarida Amoedo

Prof^a. Doutora Maria de Fátima Jorge

deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: *Estabelecimento do Aleitamento Materno: autoeficácia e motivação da mulher*. pela mestranda **Marina Isabel Caetano Sanches**, sob a supervisão da Prof^a. Doutora Maria da Luz Ferreira Barros (responsável académica).

Universidade de Évora, 18 de março de 2020

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo D – Parecer positivo da comissão de ética do centro hospitalar a sul de Portugal



Anexo E- Declaração de Aceitação de Orientação



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, definidos no ponto 2 do artigo 123.º do Despacho nº 7/2019, de 11 de janeiro, da Reitora da Universidade de Évora, declaro assumir a orientação do trabalho de **Marina Isabel Caetano Sanches** (aluno n.º41661), conducente ao Relatório Final de **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**, sob o registo R/A-Ef 1783/2011/AL03 de 26/07/2019 na Direção-Geral do Ensino Superior do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior da República Portuguesa, publicado no Aviso nº 15812/2019 no DR, 2ª série, nº 192 de 07 de outubro de 2019.

Trata-se da proposta de um relatório de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, subordinado à temática da área de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que versa sobre a problemática, **Aleitamento Materno**.

Por ser um trabalho credível e porque reconheço na mestranda adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico tal orientação.

Évora, 12 de novembro de 2019

A Orientadora

Helena da Cruz Fernandes Santos



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, definidos no ponto 2 do artigo 123.º do Despacho nº 7/2019, de 11 de janeiro, da Reitora da Universidade de Évora, declaro assumir a orientação do trabalho de **Marina Isabel Caetano Sanches** (aluno n.º41661), conducente ao Relatório Final de **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**, sob o registo R/A-Ef 1783/2011/AL03 de 26/07/2019 na Direcção-Geral do Ensino Superior do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior da República Portuguesa, publicado no Aviso nº 15812/2019 no DR, 2ª série, nº 192 de 07 de outubro de 2019.

Trata-se da proposta de um relatório de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, subordinado à temática da área de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que versa sobre a problemática, **Aleitamento Materno**.

Por ser um trabalho credível e porque reconheço na mestranda adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico tal orientação.

Évora, 14 de novembro de 2019

A Co-Orientadora

Françoise Michèle Buerche Aob Jga