

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

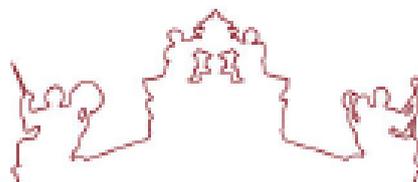
Retrato das práticas de aleitamento materno das mulheres de uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários no Alentejo

Cora Machado dos Santos Moreira

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2021





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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

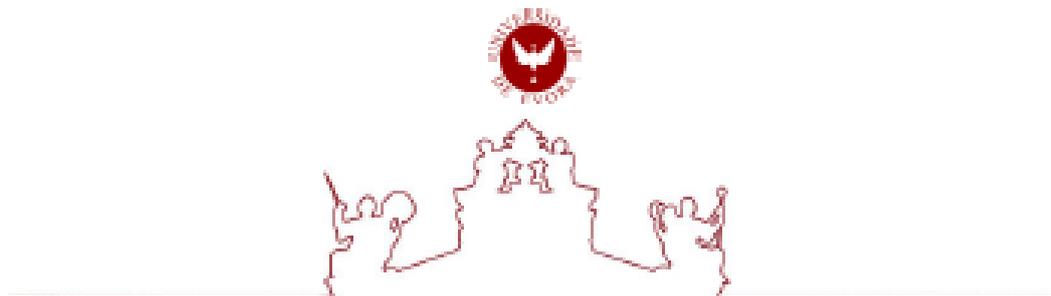
Relatório de Estágio

Retrato das práticas de aleitamento materno das mulheres de uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários no Alentejo

Cora Machado dos Santos Moreira

Orientador(es) | **Maria da Luz Ferreira Barros**

Évora 2021



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

Presidente | M. Sim-Sim (Universidade de Évora)

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

Évora 2021

Ao Tomás e ao Manel, os meus filhos, os meus meninos de olhares sinceros, abraços apertados e verdadeiros onde me fazem viajar e encontrar motivos para não desistir.

“Todos temos forças para além daquelas que julgamos ter. É, pois, quando estamos fracos que escolhemos ser fortes”.

José Luís Nunes Martins

AGRADECIMENTOS

Finalizada a realização deste relatório de estágio, não posso deixar de salientar o meu profundo agradecimento àquelas pessoas que contribuíram para que fosse possível trilhar este caminho e terminar esta etapa tão importante da minha vida pessoal e profissional.

A minha família, que acompanhou todo o meu percurso e que me deu força, incentivo e ânimo para continuar, em especial aos meus filhos, um obrigado e um desculpem pelas minhas constantes ausências e indisponibilidades nos últimos meses e à minha mãe, que foi um grande pilar e vestiu muitas vezes a capa de super mãe-avó. À minha irmã que foi uma peça crucial nesta longa caminhada, onde nunca faltou com uma palavra de força e incentivo e ao meu pai que infelizmente por motivos de força maior esteve um pouco “distante” de toda a envolvimento que esta caminhada exigiu, mas que no fundo torceu sempre por mim. Às minhas amigas por todo o apoio, motivação e conselhos nos momentos difíceis que passei. Ao David, por todo o carinho, compreensão, apoio e companheirismo. Às colegas de trabalho e colegas de mestrado, em especial à colega e companheira Filipa pelo companheirismo, partilha de experiências e apoio durante este percurso. Às Enfermeiras orientadoras, em especial à Enf^a Solena pela disponibilidade, pelos momentos de aprendizagem e reflexão. A todas as professoras, pela partilha de conhecimentos e disponibilidade e à Professora Doutora Maria da Luz Barros pela disponibilidade, persistência, paciência e palavras de incentivo nos momentos difíceis.

A todos, o meu sincero, profundo e eterno obrigado!

RESUMO

Título: *Retrato das práticas de aleitamento materno das mulheres de uma unidade de cuidados de saúde primários no Alentejo*

Introdução: O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora, inclui o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final visando a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista. **Objetivo:** Resumo crítico e reflexivo do estágio na área da preconceção, pré-natal, trabalho de parto/parto, pós-parto, adaptação à parentalidade, ginecologia e climatério. **Metodologia:** Exposição e análise das vivências no estágio e pesquisa sobre práticas do aleitamento materno. **Resultados:** Aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista na área e disseminação do conhecimento da prática do aleitamento materno identificando a influência existente para o insucesso desta prática. **Conclusão:** A aquisição de competências e a autonomia atingida contribuiu para avaliações positivas por parte da supervisão clínica e para a disseminação do conhecimento.

Descritores (DECS): Aleitamento Materno; Emoções; Desmame; Leite Humano; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Title: *Portrait of the breastfeeding practices of women in a primary health care unit in Alentejo*

Introduction: The Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing at the University of Évora, includes the Professional Nature Internship with Final Report aiming at the acquisition of specific skills of the specialist nurse. **Objective:** Critical and reflective summary of the internship in the area of preconception, prenatal care, labor / delivery, postpartum, adaptation to parenting, gynecology and climacteric. **Methodology:** Exposure and analysis of experiences during the internship and search of breastfeeding practice. **Results:** Acquisition and development of specific skills of the specialist nurse in the area and dissemination of knowledge about the practice of breastfeeding, identifying the existing influence for the failure of this practice. **Conclusion:** The acquisition of skills and the autonomy achieved contributed to positive evaluations by clinical supervision and the dissemination of knowledge.

Descriptors (DECS): Breastfeeding; Emotions; Weaning; Human Milk; Women's Health.

ÍNDICE GERAL

<u>1 – INTRODUÇÃO.....</u>	<u>12</u>
<u>2 – CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....</u>	<u>15</u>
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO.....	15
2.1.1 - ULSBA – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO.....	15
2.1.2 - HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO EM ÉVORA - HESE.....	22
2.1.3 - HOSPITAL DE PORTIMÃO - CHUA.....	24
2.2 – METODOLOGIA.....	27
2.2.1 – OBJETIVOS.....	28
2.2.2 - POPULAÇÃO-ALVO.....	29
2.2.3 - MÉTODO DE APRENDIZAGEM.....	29
<u>3 – CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA.....</u>	<u>31</u>
3.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO.....	31
3.2 – METODOLOGIA.....	36
3.2.1 – OBJETIVOS.....	36
3.2.2 – ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	36
3.2.3 – POPULAÇÃO-ALVO.....	37
3.3 – RESULTADOS.....	38
<u>4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....</u>	<u>48</u>
4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS.....	48
4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA.....	51
<u>5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</u>	<u>60</u>
<u>6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u>	<u>62</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>67</u>
ANEXO A – MODELO T005.....	68
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA UE.....	70
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSBA.....	71
ANEXO D – ESCALAS.....	72

APÊNDICES..... 75

APÊNDICE A – REFLEXÕES CRÍTICAS..... 76
APÊNDICE B – RELATO DE EXPERIÊNCIAS DE CUIDADOS 98
APÊNDICE C – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – ALEITAMENTO MATERNO..... 109
**APÊNDICE D – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – SEGURANÇA RODOVIÁRIA ANTES E
DEPOIS DA GRAVIDEZ..... 119**
APÊNDICE E – MANUSCRITO A SUBMETER PARA PUBLICAÇÃO..... 125
APÊNDICE F – CONSENTIMENTO INFORMADO..... 126

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 -Hospital José Joaquim Fernandes (ULSBA)	16
Figura 2 - Estrutura do espaço físico do serviço de obstetrícia (ULSBA)	17
Figura 3 - Distribuição de número de partos por ano em Beja.....	18
Figura 4 - Tipo de partos distribuídos por ano em Beja.....	19
Figura 5 - Centro de Saúde Beja I (ULSBA)	19
Figura 6 - Pirâmide etária dos utentes com inscrição ativa na UCSP de Beja I.....	20
Figura 7- Consultas por programa de saúde	20
Figura 8 - Hospital do Espírito Santo em Évora (HESE).....	22
Figura 9- Distribuição do número de partos por ano no HESE.....	23
Figura 10- Tipo de partos distribuídos por ano no HESE	24
Figura 11- Hospital de Portimão (CHUA)	25
Figura 12 - Distribuição do número de partos por ano em Portimão	26
Figura 13 - Tipo de partos distribuídos por ano em Portimão.....	27
Figura 14- Causas Predominantes do abandono do aleitamento materno	47

INDICE DE TABELAS

Tabela 1-Média de Idades	38
Tabela 2- Dados Sociodemográficos.....	39
Tabela 3- Profissão das Inquiridas	39
Tabela 4- Dados Obstétricos	41
Tabela 5 - Estatística dos pesos dos bebês	41
Tabela 6 - Alimentação do Bebê	42
Tabela 7 - Estatística sobre o número de vezes que alimenta o bebê.....	42
Tabela 8- Apoio Familiar	43
Tabela 9- Satisfação vivida na amamentação.....	44
Tabela 10 - Razões de abandono do aleitamento materno	46
Tabela 11-Quadro de experiências clínicas.....	59

1 – Introdução

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora confere o grau académico sendo este reconhecido e homologado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) tendo como objetivo especializar e capacitar enfermeiros para a prestação de cuidados à mulher, família e comunidade no ciclo gravídico-puerperal bem como na área da saúde sexual e reprodutiva, conforme descrito no Regulamento nº391/2019 publicado no Diário da República, 2ª série, nº 85 de três de Maio de 2019. Neste regulamento define-se como competências específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) o cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto e parto, período pós-natal, durante o climatério bem como na vivência de saúde/doença do foro ginecológico, destacando a mulher em idade fértil como população-alvo dos cuidados de enfermagem da especialidade em causa salvando que esta deve ser vista numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo.

Este Mestrado tem a duração de dois anos e o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final decorre no 2º ano do curso sendo este dividido em dois semestres onde a duração do estágio e o contexto clínico é variável e ocorre sob o regime de supervisão clínica bem como sob orientação pedagógica de um dos docentes do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, na figura de orientador do Estágio. Trata-se de uma unidade curricular de carácter prático que possibilita a realização de experiências práticas permitindo ao estudante a aquisição e desenvolvimento de competências específicas da área da especialidade de Saúde Materna e Obstétrica.

No 1º semestre, o Estágio desenvolveu-se no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), Grávidas Patológicas e Ginecologia bem como Bloco de Partos, cada um destes com uma duração de seis semanas. Relativamente ao 2º semestre a experiência clínica ocorreu em contexto de bloco de partos especializado, puerpério e bloco de partos com quatro, seis e oito semanas respetivamente.

O Mestrado em questão cumpre as orientações da Comunidade Europeia, da *Internacional Confederation of Midwives, do Nursing and Midwives Council* e exige no programa de atividades do estágio de natureza profissional a realização de diversas experiências de modo a agir em conformidade com a diretiva Europeia, transposta para a lei Portuguesa através da lei nº9/2009 de quatro de Março, com várias atualizações, sendo elas:

- Consulta de grávidas, incluindo pelo menos 100 exames pré-natais;

- Vigilância e cuidados prestados a pelo menos 40 parturientes;
- Realização de pelo menos 40 partos eutócicos;
- Participação em partos distócicos e/ou partos com apresentação pélvica;
- Realização de episiotomias e iniciação à episiorrafia;
- Vigilância e cuidados prestados a grávidas em situação de risco;
- Vigilância e cuidados prestados a 100 puérperas saudáveis;
- Vigilância e cuidados prestados a 100 recém-nascidos saudáveis;

“O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Diário da República Eletrónico - Regulamento nº 140/2019).

Devido à situação pandémica causada pelo vírus SARS COV 2, e no sentido de não prejudicar os alunos, foi necessário proceder à suspensão da unidade curricular por um período de aproximadamente três meses. Sendo retomada mais tarde a aprendizagem destes nos campos clínicos sem interferência para os mesmos, embora este regresso tivesse obrigado a alterações incalculáveis na prestação de cuidados.

No decorrer do estágio, além da aquisição e desenvolvimento de competências inerentes à especialidade, foi possível adquirir e desenvolver competências de investigação tal como está previsto no regulamento de competências do Enfermeiro Especialista. Fez-se uma incursão na investigação de uma temática que gerou alguma preocupação enquanto profissional de saúde, a prática do aleitamento materno, visando a disseminação do conhecimento nesta área e consequentemente a melhoria da prestação de cuidados de saúde à mulher, família e comunidade com base na evidência científica. Para que fosse possível aprofundar conhecimentos acerca da temática em causa, ao longo do estágio de natureza profissional com relatório final, foi necessário proceder à submissão de um projeto (Anexo A). O projeto em causa teve a aprovação da Comissão de Ética para Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora (Anexo B) bem como da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), (Anexo C).

Este relatório final visa a descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada das atividades desenvolvidas ao longo do estágio bem como descrição de um trabalho exploratório e pesquisa realizado no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia cuja temática recaiu sobre uma área que gerou preocupação.

A promoção do aleitamento materno está inerente às competências do EEESMO, uma vez que este atua em função do bem-estar da mãe/bebé pela capacidade para conceber, planear,

implementar e avaliar medidas corretivas ao processo de aleitamento materno bem como programas, projetos e intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. (Diário da República Eletrónico - Regulamento nº 391/2019)

De acordo com Levy & Bértolo, (2012) citando a Organização Mundial de Saúde (OMS), o leite humano é um alimento completo e natural, com inúmeras vantagens que constitui a melhor forma de alimentar as crianças recomendando-o em exclusivo durante os primeiros seis meses de vida e em complementaridade com a diversificação alimentar pelo menos até aos dois anos.

“A decisão de amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências resultantes da socialização de cada mulher. No entanto, a capacidade de uma mãe otimizar o aleitamento ao seu bebé, depende do apoio que recebe, cabendo aos prestadores de cuidados de saúde, à mãe e ao bebé, um papel especial no aconselhamento do aleitamento materno no período pré e pós natal” (Sarafana, et al, 2006, p.13).

Na região do Alentejo, este é um tema que necessita ser trabalhado, no que diz respeito à implementação de medidas que promovam e mantenham o aleitamento materno, uma vez que as taxas de amamentação ainda se encontram em níveis abaixo dos recomendados (Mendes & Zangão, 2010).

Entende-se que é então espectável que de uma forma generalizada exista melhoria nas práticas bem como nas taxas (iniciação, exclusividade e duração) de aleitamento materno, aumento do número de pais confiantes, competentes e satisfeitos com a experiência na área do aleitamento materno assim como profissionais de saúde habilitados e satisfeitos (Sarafana, et al, 2006). Face ao exposto, tornou-se primordial neste contexto de aprendizagem, a realização de um trabalho que desse contributo para a melhoria dos cuidados em enfermagem de saúde materna e obstétrica centrado no aleitamento materno.

Este trabalho académico encontra-se estruturado de acordo com o definido pelo Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica e inicia-se com as presentes considerações iniciais, onde é feita uma contextualização do mesmo, seguidamente é feita a análise de contexto clínico do estágio de natureza profissional, são descritos os contributos para a melhoria da assistência em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, analisa-se de forma reflexiva sobre competências mobilizadas e considerações finais. Por fim são apresentadas as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices para uma melhor compreensão e fundamentação das intervenções desenvolvidas. Este relatório final cumpre as normas de citação e referência da *American Psychological Association* (APA,2020) 7ª edição e foi redigido segundo o novo acordo ortográfico.

2 – Contexto Clínico do Estágio de Natureza Profissional

O capítulo descreve a experiência clínica vivida na área da prestação de cuidados a grávidas, puérperas, mulheres com patologia do foro ginecológico bem como à família e comunidade onde esta se insere, nos CSP no Centro de Saúde Beja I, no Hospital do Espírito Santo em Évora (HESE), no Hospital José Joaquim Fernandes em Beja (HJJF) e no Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Portimão (CHUA), onde foram desenvolvidas competências nas áreas que estavam previstas no planeamento do Estágio Profissional.

O primeiro campo clínico decorreu ao longo de seis semanas na Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) em Beja com início a 17 de Setembro de 2019, seguiu-se o segundo campo clínico que decorreu no HESE no serviço de grávidas patológicas e ginecologia durante seis semanas, a nove de Dezembro de 2019 iniciou-se o ensino clínico em bloco de partos no serviço de obstetrícia do HJJF em Beja durante seis semanas, a 10 de Fevereiro de 2020 tiveram início as quatro semanas em bloco de partos especializado no CHUA, seguiram-se seis semanas no serviço de puerpério no HJJF em Beja finalizando no mesmo Hospital as últimas oito semanas em bloco de partos.

2.1 – Caracterização do contexto

Os seis campos clínicos do estágio de natureza profissional decorreram em três áreas geográficas diferentes sendo elas, Beja, Évora e Portimão. Relativamente a Beja, na ULSBA foram realizados quatro momentos de aprendizagem, um período em CSP no Centro de Saúde Beja I, dois períodos em bloco de partos e um período em puerpério no HJJF. A diversidade da experiência educativa pelas áreas geográficas supracitadas permitiram conhecer e contactar com diferentes realidades daquela que é praticada na região de Beja.

2.1.1 - ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

A ULSBA é constituída pelo HJJF e pelo Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo. A área de influência abrangida por esta Unidade Local de Saúde coincide geograficamente com o distrito de Beja, estendendo-se por um raio de 10,266 Km², o que representa aproximadamente 11% da área total de Portugal. Atualmente a população residente no Baixo Alentejo é de 126.692 habitantes que se estendem por 13 concelhos. (ULSBA)

2.1.1.1 - Hospital José Joaquim Fernandes em Beja

O HJJF foi construído em 1970, por doação de terrenos de uma benfeitora. Este assegura a prestação de cuidados diferenciados e atualmente apresenta uma lotação de 215 camas, sendo 96 camas de internamento em Especialidades Cirúrgicas, 106 camas de internamento em Especialidades Médicas e 13 camas de Cuidados Intensivos e Intermédios. Disponibiliza cinco especialidades de apoio, 6 especialidades cirúrgicas e sete especialidades médicas. (ULSBA)



Figura 1 -Hospital José Joaquim Fernandes (ULSBA)

O edifício central do HJJF é composto por sete pisos, sendo o último piso dividido entre um serviço de internamento e o Conselho de Administração (CA). No piso do rés-chão localizam-se os serviços de arquivo, administrativos, imagiológicos, laboratoriais, consultas externas, entre outros. O piso -1, é composto pelo refeitório, biblioteca, lavandaria, casa mortuária, serviços farmacêuticos e de aprovisionamento bem como pela anatomia patológica. Por fim, no piso -2 encontram-se os serviços de oficinas.

Foi no 5º piso do HJJF que decorreram três dos seis ensinamentos clínicos do estágio de natureza profissional. Este contém três valências, sendo elas a urgência de ginecologia e obstetrícia, as salas de partos e por fim o puerpério. O serviço é constituído por uma sala de admissões/urgência, duas salas de partos, uma enfermaria de grávidas composta por três camas, um quarto destinado ao internamento de grávidas com patologias, uma sala polivalente na qual se realizam exames de diagnóstico, cardiotocogramas e partos.

Na terceira e última valência, o puerpério, estão ao dispor cinco enfermarias, quatro delas constituídas por três camas cada uma e uma enfermaria de duas camas, perfazendo um total de catorze camas, um gabinete médico, um gabinete destinado ao registo do recém-nascido

na conservatória do registo civil, uma sala de desinfecção de material clínico, um espaço de wc para as utentes constituída por duas zonas de duche e três casas-de-banho, uma casa de banho para os funcionários do serviço, um espaço destinado à administrativa do serviço, uma copa de leite na qual se conserva o leite materno, prepara o leite artificial e ainda permite pequenas refeições aos funcionários, um gabinete de enfermagem e um vestiário para os funcionários do serviço.

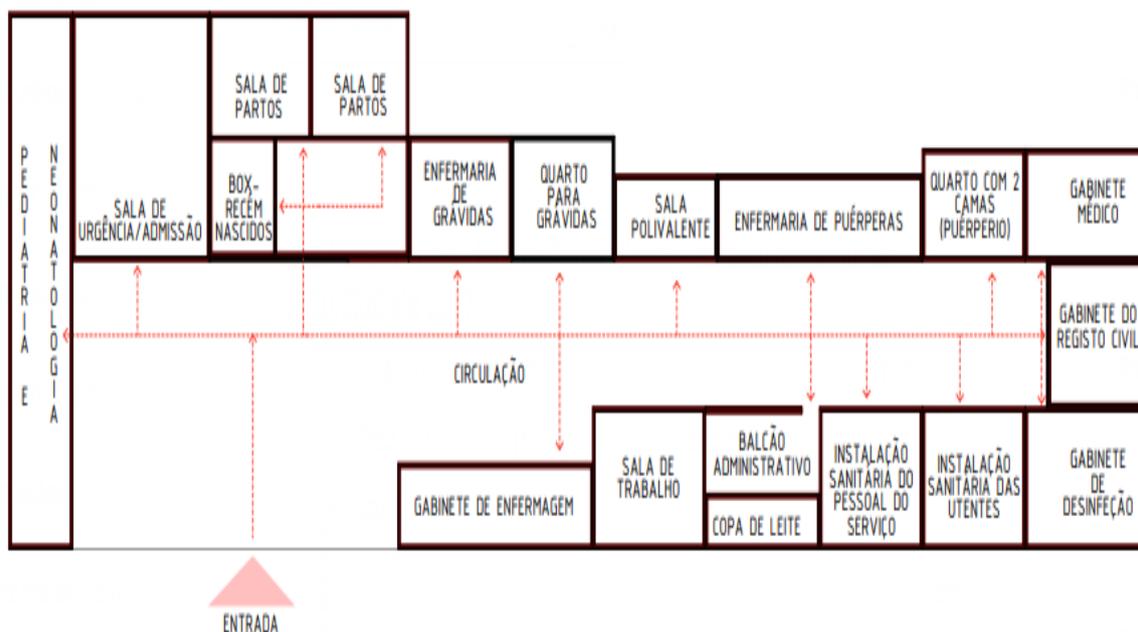


Figura 2 - Estrutura do espaço físico do serviço de obstetrícia (ULSBA)

O serviço de Obstetrícia do HJJF dispõe de quinze enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia incluindo a Enfermeira Chefe e sete enfermeiras generalistas, cinco médicos residentes, oito médicos externos à instituição, duas médicas internas da especialidade, nove assistentes operacionais e uma administrativa. Em média, o turno da manhã é assegurado por quatro enfermeiras, sendo duas enfermeiras especialistas, uma para a sala de urgência/admissão e sala de partos respetivamente, duas enfermeiras generalistas para o puerpério e duas assistentes operacionais. O turno da tarde comporta em média três enfermeiras, duas especialistas na sala de urgência/admissão e sala de partos e uma/duas enfermeiras generalistas para o puerpério consoante a ocupação do serviço e duas assistentes operacionais. O turno da noite é assegurado por três enfermeiras, duas especialistas para sala de admissão/urgência e sala de partos e uma generalista para o puerpério e uma assistente operacional. No que respeita à equipa médica, esta assegura o serviço em turnos de 24 horas com dois elementos.

De um modo geral este serviço possui os equipamentos necessários para uma adequada prestação de cuidados a grávidas, parturientes e recém-nascido. Encontra-se disponível no serviço equipamentos eletrónicos tais como: ecógrafos, cardiotocógrafos móveis e fixos, monitores com o programa *Omniview-SisPorto* nos gabinetes de enfermagem/médico bem como nas salas de partos e sala de admissão/urgência, detetor de batimentos cardio-fetais, monitores de tensão arterial, monitores cardíacos, um carro de emergência, três carros de medicação, televisores e leitores de DVD (*digital versatil disc*) em cada enfermaria para visualização de filmes didáticos sobre a prática do aleitamento materno no serviço, *box* de reanimação do recém-nascido e outros equipamentos auxiliares como cadeira de rodas, marquesas entre outros. Existe ainda uma panóplia de material de apoio ao aleitamento materno, como material para extração de leite, manipulação e conservação de leite materno como tetinas, biberons, copos e bombas de extração automática, amostras de discos/cremes protetores de mamilos.

Após consulta estatística no *site* da intranet da ULSBA, constatou-se que nos últimos três anos (2017 a 2019), houve uma tendência de diminuição do número de partos sendo esta evidente de 1048 partos em 2018 para 1012 em 2019 tal como a figura 3 mostra.

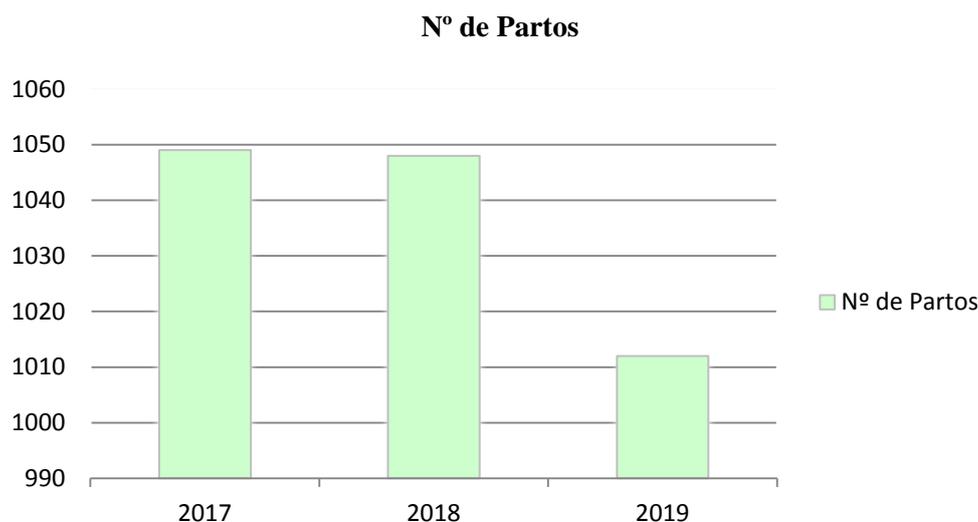


Figura 3 - Distribuição de número de partos por ano em Beja

Fonte: Gabinete de Estatística da ULSBA

Relativamente aos tipos de partos nos últimos três anos, após análise mais detalhada dos dados apresentados na figura abaixo, pode ver-se que os partos eutócicos embora tenham sofrido um decréscimo foram os que ainda assim predominaram face aos partos distócicos. Curiosamente, houve também diferenças no número do tipo de partos distócicos, onde as cesarianas cresceram e prevaleceram face aos partos distócicos quer por ventosa por fórceps ou até mesmo face à soma de ambos.

Tipo de Parto

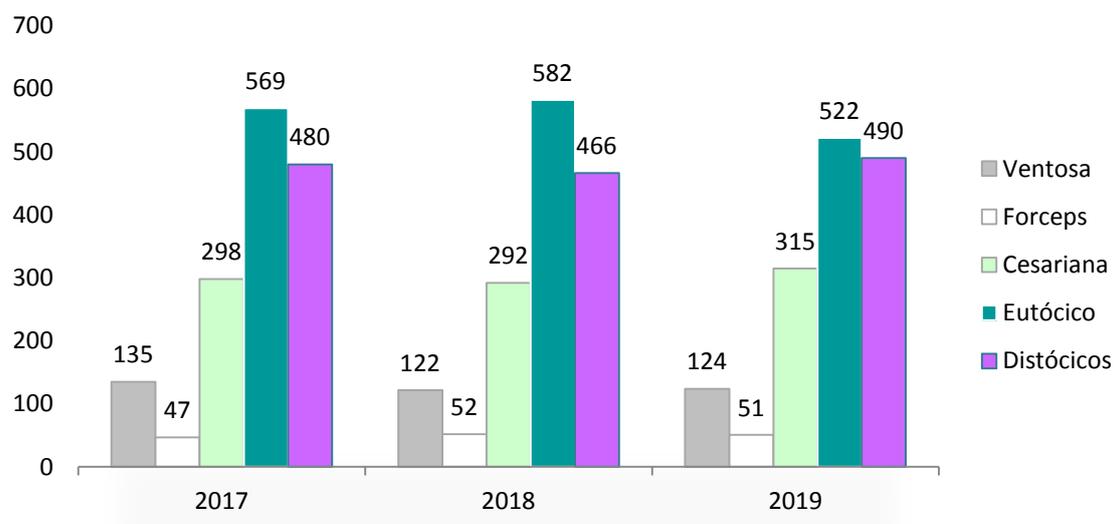


Figura 4 - Tipo de partos distribuídos por ano em Beja

Fonte: Gabinete de Estatística da ULSBA

2.1.1.2 - Centro de Saúde Beja I

O Centro de Saúde Beja I, integra a ULSBA e é uma UCSP, vocacionada para a prestação de cuidados de proximidade na base da prevenção, tratamento e reabilitação dos utentes, incidindo a sua área de influência no concelho de Beja à exceção dos utentes inscritos no Centro de Saúde de Beja Polo dois, Unidade de Saúde Familiar (USF Alfabeja).



Figura 5 - Centro de Saúde Beja I (ULSBA)

A data de 30 de Junho do presente ano, esta UCSP em Beja apresentava um número de utentes inscritos de 22,524 sendo 11,125 do sexo masculino e 11,399 do sexo feminino.

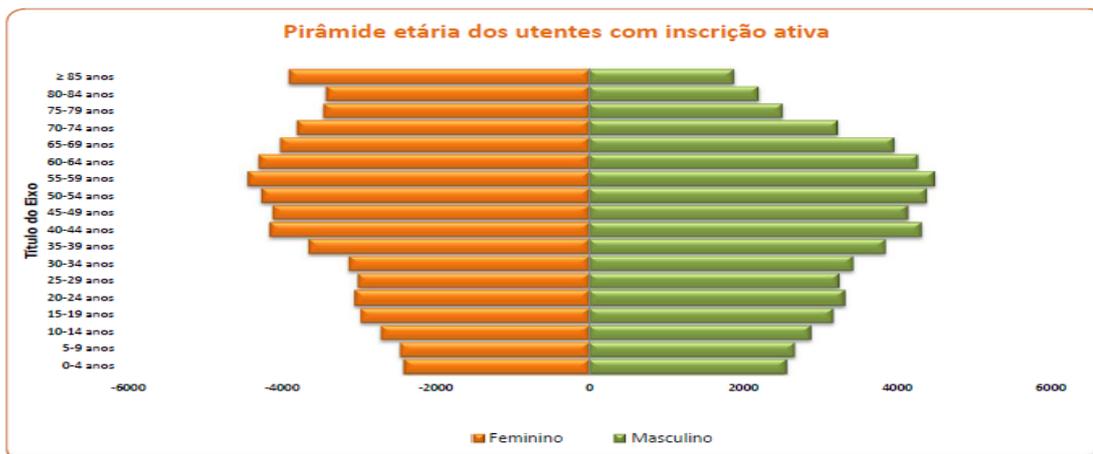


Figura 6 - Pirâmide etária dos utentes com inscrição ativa na UCSP de Beja I

Fonte: Gabinete de Estatística da ULSBA

Relativamente ao número de consultas médicas entre Janeiro de 2019 e Junho de 2020, registaram-se 802 consultas de planeamento familiar, 850 consultas de saúde materna, 3,607 consultas de saúde infantil e 26,932 consultas do adulto. No que respeita a consultas de enfermagem, registaram-se 1449 consultas de saúde reprodutiva e planeamento familiar, 587 consultas de saúde materna/preparação para o parto/puerpério, 2,506 consultas de saúde infantil, 5 consultas de saúde escolar e 4,357 consultas de saúde do adulto, valores muito abaixo comparativamente a anos anteriores, devido à situação pandémica causada pelo SARS COV 2.

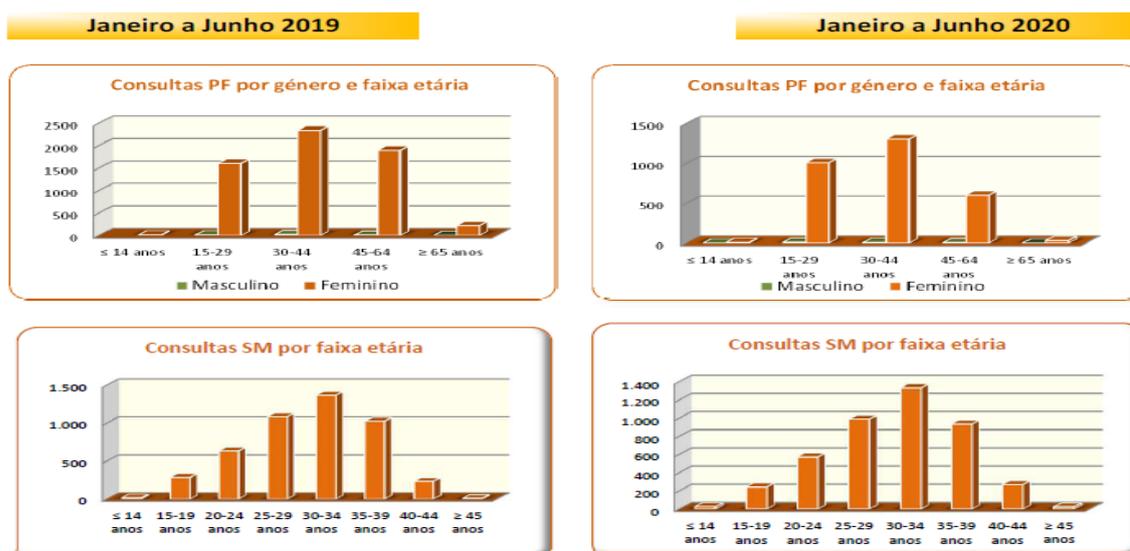


Figura 7- Consultas por programa de saúde

Fonte: Gabinete de Estatística da ULSBA

Por seu lado, o número de domicílios de enfermagem nesta UCSP aumentaram cerca de 127% relativamente aos anos anteriores registando 1203 visitas domiciliare.

O Centro de Saúde Beja I é um dos dois centros de saúde que servem a cidade. Este é composto por três pisos. No piso -1, encontra-se a lavandaria, arrecadações, sala de esterilização, serviço de aprovisionamento, bar e uma wc com chuveiro. No piso zero, encontra-se a área de atendimento aos utentes, está disponível a consulta de recurso para a qual têm ao dispor dois gabinetes médicos, uma sala de enfermagem, wc, um balcão de atendimento administrativo e sala de espera. Neste mesmo piso, podem-se encontrar ainda seis módulos de consultas. Os três primeiros módulos são compostos por dois a três gabinetes médicos, dois gabinetes de enfermagem, uma sala de tratamentos e uma área administrativa comum. O 4º módulo é composto por um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, uma sala de tratamentos, duas salas destinadas à consulta de nutrição e consulta de higiene oral. O 5º módulo é composto por dois gabinetes médicos, dois gabinetes de enfermagem, um gabinete de planeamento familiar, atendimento administrativo e um gabinete de enfermagem destinado à enfermeira especialista em Saúde Materna. O último módulo, o 6º, é composto por um gabinete de ortóptica, um gabinete médico, uma sala de tratamento do pé diabético, wc e um posto administrativo. No piso um, encontram-se os serviços administrativos, a UCC onde também funciona a RNCCI de ambulatório, gabinetes de chefia, gabinetes de consulta de psicologia, sala de reuniões, atendimento social, gabinetes de cuidados continuados, biblioteca telefonista, wc e o laboratório de análises clínicas e de saúde pública.

Esta unidade de saúde dispõe de 2ªfeira a 6ªfeira de 14 médicos, sete médicos internos de medicina familiar, 20 enfermeiros, 11 enfermeiros da UCC, sete assistentes operacionais, 15 administrativos, dois assistentes sociais, uma nutricionista, um optometrista, um técnico de higiene oral, uma fisioterapeuta e três psicólogos. Os médicos e enfermeiros encontram-se distribuídos por equipas e são responsáveis pelas consultas de planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e juvenil, vigilância de hipertensos e diabéticos, cuidados em doença aguda e programas de vacinação e visitação domiciliária. Aos fins-de-semana e feriados apenas se encontra em funcionamento a consulta de recurso assegurado por uma enfermeira e um médico das 8 às 20 horas.

No que respeita aos recursos materiais, esta unidade de saúde dispõe de material essencial a uma adequada e segura prestação de cuidados à mulher e família. Possui cardiocógrafa fixo, detetor de batimentos cardio-fetais, monitores de tensão arterial, marquesa, cadeira de rodas, balança, material informático, material de apoio à amamentação como amostras de cremes/discos protetores de mamilos, pósteres e folhetos informativos.

2.1.2 - Hospital do Espírito Santo em Évora - HESE

Uma outra área geográfica onde tive oportunidade de desenvolver um dos ensinamentos clínicos foi no Alentejo-Central, no HESE. Atualmente esta região do País é constituída por uma população de cerca de 152.299 habitantes embora o HESE esteja capacitado para dar resposta a toda a região do Alentejo abrangendo assim uma área de influência de cerca 500.000 habitantes uma vez que se trata de um hospital central (INE,PORDATA,2020).



Figura 8 - Hospital do Espírito Santo em Évora (HESE)

O HESE foi considerado, pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, um Hospital de Apoio Perinatal, sendo-lhe reconhecido aquele que reunia mais possibilidades de evoluir a Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado originando a Unidade de Neonatologia deste hospital com o objetivo de assegurar os cuidados intensivos neonatais da Região do Alentejo (HESE,2020).

O segundo campo de estágio decorreu no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia deste Hospital. Este serviço além da função de internamento e sala de partos é um serviço de atendimento a urgência obstétrica e ginecológica. Divide-se em duas partes distintas: a enfermaria de puerpério, simultaneamente com a ginecologia na ala direita do serviço e a sala de partos, localizada na ala da esquerda. Encontra-se no piso três do HESE e é composto por uma receção, uma sala de admissões, um gabinete de Consulta de Diagnóstico pré-natal, um Gabinete do Diretor de Serviço, uma Sala de Reuniões, um Gabinete Médico, um Gabinete de Enfermagem e um Gabinete de Triagem de Recém-Nascidos. Ainda dispõe de 12 enfermarias, cinco delas compostas por duas camas cada e sete com três camas cada. Dispõe ainda de uma sala de testes auditivos, uma sala de tratamentos, cinco casas-de-banho tendo uma delas um chuveiro ao dispor, uma sala de sujos, uma arrecadação, um vestiário, uma copa, uma sala de

esvaziamento mamário, uma sala do cantinho da amamentação e uma zona restrita para os funcionários do serviço.

No que respeita a recursos humanos, a equipa deste serviço é composta por 30 enfermeiros e 11 assistentes operacionais que cumprem horário de funcionamento de forma rotativa ou fixa, 8 médicos especialistas, 2 médicas internas da especialidade que asseguram o serviço em turnos de 24 horas, 3 administrativas que cumprem horário fixo de 2^a a 6^a feira das 9 às 17 horas e 1 segurança.

Neste serviço, pode-se usufruir do mais diverso material eletrónico como: ecógrafos, cardiotocógrafos, monitores com o programa *Omniview-SisPorto* nos gabinetes de enfermagem/médico, detetor de batimentos cardio-fetais, monitores de tensão arterial, monitores cardíacos, televisores, box de reanimação do recém-nascido, carro de emergência, carro de medicação e outros equipamentos auxiliares como cadeira de rodas, marquesas entre outros. Existe material de apoio ao aleitamento materno, como material para extração de leite, manipulação e conservação de leite materno como tetinas e bombas de extração automática.

Relativamente ao número de partos realizados neste hospital nos últimos três anos (2017 a 2019), registaram-se 1146, 1115 e 1092 partos respetivamente conforme mostra a figura 9, verificando-se um ligeiro decréscimo.

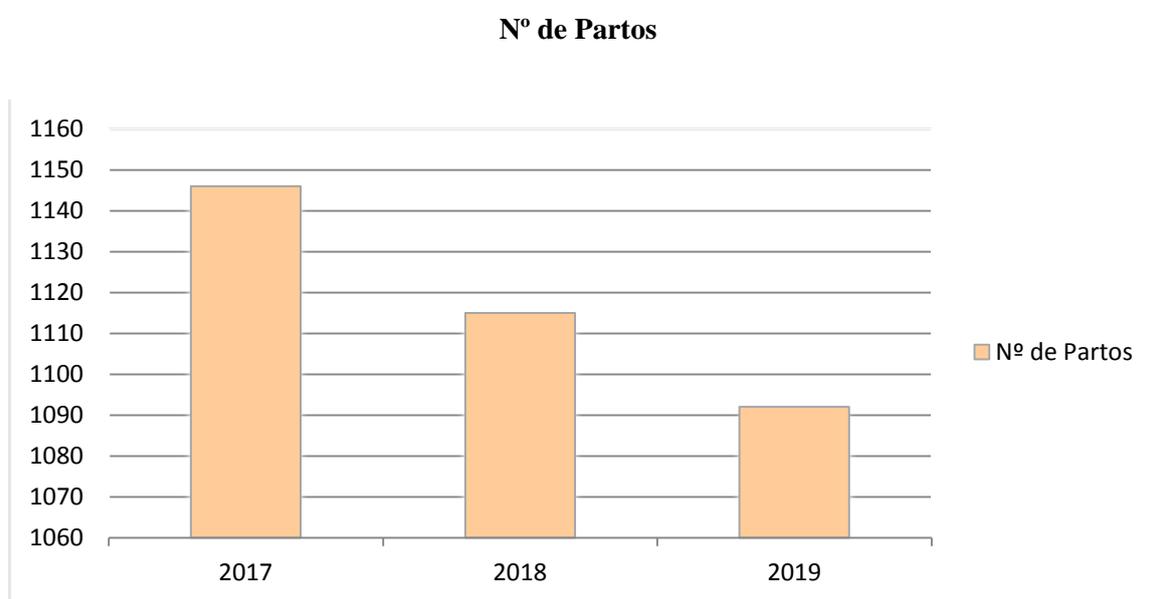


Figura 9- Distribuição do número de partos por ano no HESE

Fonte: Gabinete de Estatística do HESE

Relativamente aos tipos de partos nos últimos três anos no HESE, a partir da análise dos dados apresentados na figura 10, destacam-se os partos eutócicos embora exista uma discreta diminuição face aos anos anteriores. Na figura abaixo, o resultado mais notável que emerge dos dados é o crescimento no número de partos distócicos por cesariana revelando um aumento médio de 22 cesarianas por ano. Tal facto pode estar relacionado com a não progressão do trabalho de parto, com a indução de parto falhada ou com emergências obstétricas. Surpreendentemente, apenas uma minoria dos dados corresponde ao número de partos distócicos por fórceps e que decresceram nos últimos três anos. O número de partos por ventosa diminuiu de forma evidente, passando de 155 em 2017 para 109 no ano de 2018, não apresentando posteriormente nenhuma diferença significativa nos valores até ao ano de 2019.

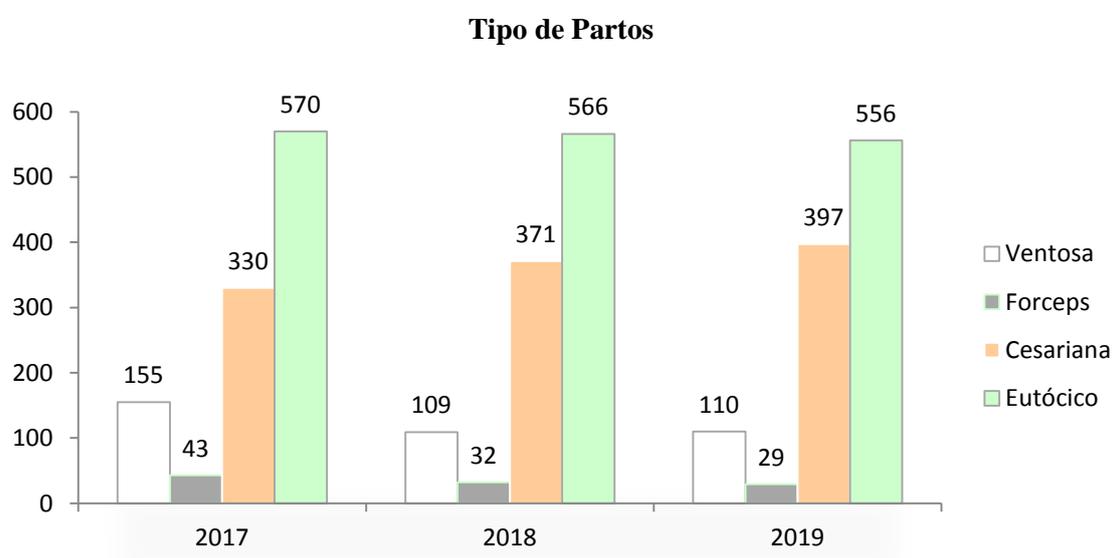


Figura 10- Tipo de partos distribuídos por ano no HESE

Fonte: Gabinete de Estatística do HESE

2.1.3 - Hospital de Portimão - CHUA

Por fim, a última área geográfica onde se realizou um dos campos clínicos durante quatro semanas em bloco de partos foi na região do Algarve, mais concretamente no Hospital de Portimão CHUA. Este hospital assiste uma população de cerca de 130 000 habitantes e abrange os municípios de Portimão, Lagos, Silves, Lagoa, Monchique, Aljezur e Vila do Bispo.



Figura 11- Hospital de Portimão (CHUA)

Localizado no 2º piso do Hospital, encontra-se o Bloco Operatório para Urgências Obstétricas e Ginecológicas, a Urgência Obstétrica e Ginecologia o Bloco de Partos. Todos estes serviços que se encontram neste piso pertencem ao departamento Materno-Infantil, à exceção da Urgência Pediátrica que se encontra no 1º piso.

O Bloco Operatório é composto por uma sala de apoio e reanimação de recém-nascidos, uma sala cirúrgica, duas casas-de-banho, uma zona de desinfeção e lavagem de mãos, uma zona de *transfer* e uma arrecadação. Relativamente aos recursos humanos, o bloco operatório é composto por Médicos Obstetras, Anestesiastas e Pediatras que pertencem a uma escala de urgência, e uma equipa de enfermagem e assistentes operacionais fixos.

A Urgência Obstétrica e Ginecológica é composta por uma sala de espera, a admissão de doentes, quatro casas de banho, um Gabinete Médico, um Gabinete de Pessoal, o Gabinete da Chefia de Enfermagem, duas salas de observação e/ou admissão de Obstetrícia, uma sala de observação e/ou admissão de Ginecologia, uma sala para cardiocografia, um vestiário para utentes, um vestiário para funcionários, uma rouparia e uma zona de sujos. O Bloco de Partos é composto por cinco salas de dilatação/parto individuais que se encontram organizadas de modo a proporcionar conforto, tranquilidade e intimidade entre a grávida e quem a acompanha. Dispõe de duas salas de vigilância pós-parto/pós cirurgia, uma sala de preparação de fetos para estudo de anomalias congénitas/placentas, uma sala de trabalho de Enfermagem, uma sala de registos, uma arrecadação, e cinco casas-de-banho.

Este serviço dispõe de equipa de 30 Enfermeiros, sendo uma Enfermeira Chefe com a Especialidade em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, 19 Enfermeiras com a Especialidade em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, uma Enfermeira com Curso de Supervisão e Tutoria Clínica em Enfermagem, uma Enfermeira com Pós-graduação em Administração e Gestão dos

serviços de Saúde e uma Enfermeira que colabora como Tutora, na área de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, com Escola Superior de Saúde de Beja que cumprem horário de regime rotativo ou fixo. Este serviço é ainda composto por dez Médicos Especialistas pertencentes à instituição e 14 Médicos Especialistas prestadores de serviços que asseguram o horário por turnos de 24 horas, 14 Assistentes Operacionais que cumprem horário em regime rotativo ou fixo e duas administrativas que se encontram no serviço de 2^a a 6^afeira das 9 às 17 horas.

Para finalizar, este serviço dispõe de um vasto leque de recursos materiais de forma a prestar cuidados de forma segura e com qualidade. Existe à disposição diverso material eletrónico como: ecógrafos, cardiocógrafos, monitores com o programa *Omniview-SisPorto* nos gabinetes de enfermagem/médico, detetor de batimentos cardíaco-fetais, monitores de tensão arterial, monitores cardíacos, uma box de reanimação do recém-nascido em cada sala de partos, carro de emergência, carros de medicação e outros equipamentos auxiliares como cadeiras de rodas, marquesas entre outros.

Após análise mais detalhada dos dados estatísticos do Hospital de Portimão, a figura 12, ao contrário dos dados apresentados nas figuras 3 e 9 mostra um aumento significativo no número de partos de 1282 em 2017 para 1362 em 2018, números estes que não sofreram alteração significativa no ano de 2019 com 1351 partos. O aumento do número de partos nesta região do país relaciona-se com a população estrangeira residente no Algarve.

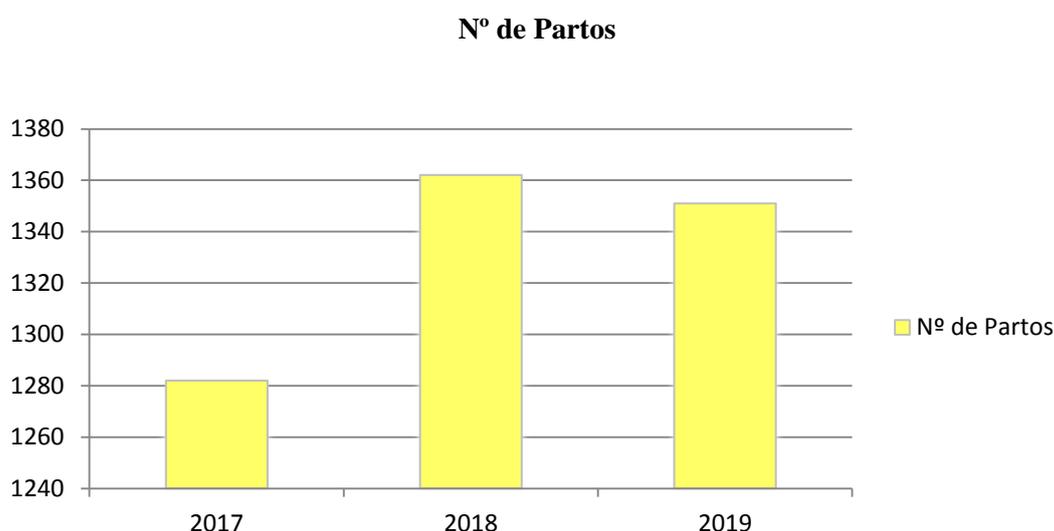


Figura 12 - Distribuição do número de partos por ano em Portimão

Fonte: Gabinete de Estatística do CHUA

Relativamente aos tipos de partos nos últimos três anos no Hospital de Portimão, a figura 13 compara os resultados obtidos da análise dos dados estatísticos onde pode ser visto que os partos eutócicos se destacam significativamente mais que os partos distócicos. No entanto, a figura abaixo ilustra ainda diferenças nas estatísticas do tipo de partos distócicos, em que o resultado mais notável para emergir dos dados é o número de partos por cesarianas verificando-se um aumento significativo comparativamente com os partos por ventosa e por fórceps cujo aumento foi estatisticamente pouco significativo. Estes resultados sugerem que a indução de parto falhada, as emergências obstétricas e a não progressão do trabalho de parto estão na base dos números de partos distócicos por cesarianas apresentados na figura 13.

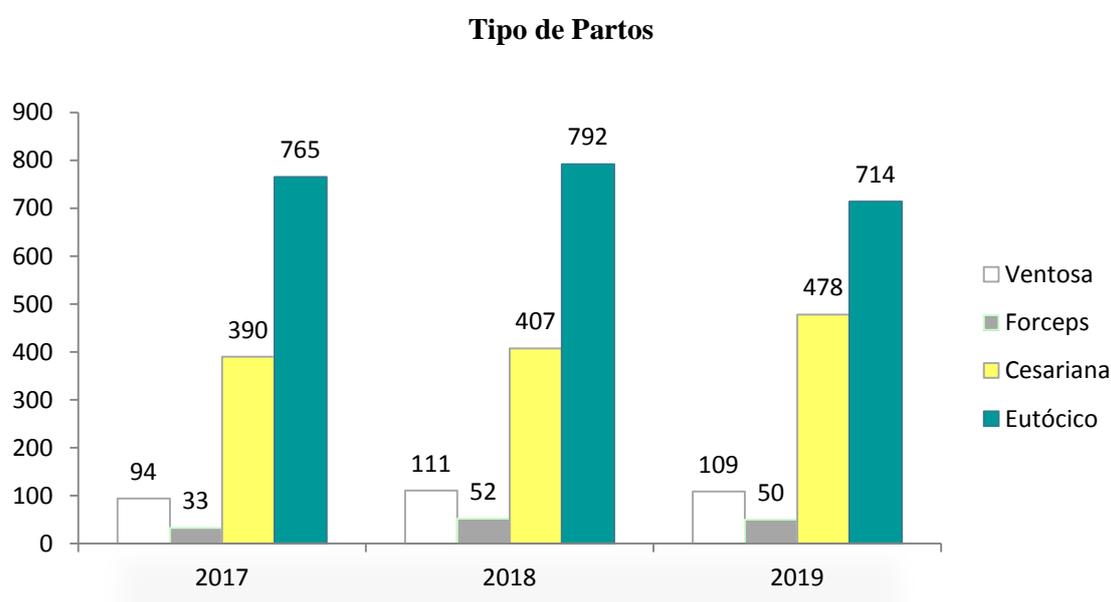


Figura 13 - Tipo de partos distribuídos por ano em Portimão

Fonte: Gabinete de Estatística do CHUA

2.2 – Metodologia

O estágio de natureza profissional rege-se pelas orientações da Comunidade Europeia, da *Internacional Confederation of Midwives, do Nursing and Midwives Council* e decorreu em vários contextos clínicos tal como é exigido no programa de atividades do mesmo de modo a agir em conformidade com a diretiva Europeia, o que permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EESMO.

2.2.1 – Objetivos

De acordo com o plano de estudos é então previsto que se atinjam os seguintes objetivos curriculares:

- Cuidar a mulher/companheiro inseridos na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- Cuidar a mulher/companheiro inseridos na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuidar a mulher/companheiro inseridos na família e comunidade no âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
- Cuidar a mulher/companheiro inseridos na família e comunidade durante os vários estádios do trabalho de parto em situações de saúde/desvios de saúde;
- Cuidar a mulher/companheiro inseridos na família e comunidade no período puerperal em situação de saúde/desvios de saúde;
- Cuidar a mulher/companheiro inseridos na família e comunidade durante o período pós-natal;
- Cuidar a mulher/companheiro inseridos na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- Cuidar a mulher/companheiro inseridos na família e comunidade demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto de intervenção, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência;
- Defender através de um relatório apresentado em provas públicas, a sua atuação ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

O plano de estudos contempla ainda as seguintes competências:

- Evidenciar conhecimento nas vertentes de cuidados especializados e de investigação, exibindo:
 - Capacidade de reflexão crítica sobre as práticas;
 - Fundamentação de escolhas com base na teorização;

- Capacidade para utilizar investigação e evidência científica;
- Capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios subjacentes, quer a especialistas e a não especialistas, de forma clara;
- Habilidades para desenvolver aprendizagem ao longo da vida de modo fundamentalmente autónomo em favor da área de Saúde Materna e Obstetrícia.

Para além dos objetivos supracitados, foram delineados também aqueles que têm por base o aprofundamento de conhecimento numa temática que suscitou interesse:

- Descrever a experiência materna quanto às práticas do aleitamento;
- Identificar as causas de abandono precoce do aleitamento materno exclusivo;
- Enumerar as causas predominantes do abandono do aleitamento materno exclusivo;

2.2.2 - População-alvo

A população-alvo ao longo do estágio de natureza profissional caracteriza-se pelas mulheres, família e recém-nascidos que necessitaram de cuidados de Enfermagem desde a idade fértil, ao longo do ciclo gravídico-puerperal até ao climatério nos CSP nomeadamente no Centro de Saúde de Beja – polo 1, no HJJF em Beja, no HESE e no Hospital de Portimão – CHUA.

2.2.3 - Método de Aprendizagem

Ao longo das experiências vivenciadas nos campos clínicos foi possível desenvolver competências relacionais e instrumentais na prática clínica com a mulher, família e comunidade quer no contexto dos CSP quer no contexto hospitalar, nas unidades citadas no ponto anterior, que vão de encontro ao contemplado no Regulamento nº391/2019 das Competências do EESMO.

O Estágio decorreu sob regime de supervisão clínica com Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia nos vários campos clínicos onde se foi delineando a aprendizagem e sob orientação pedagógica da Professora Orientadora.

O processo de aquisição de competências, durante o estágio requer um período de:

- Integração, o qual deve ser rápido e de qualidade permitindo ao novo membro interiorizar a sua função em determinado local;

Segundo o Conselho de Enfermagem 2016-2019 da OE (2018) citando Marriner (2009), é fundamental a existência de um programa de acolhimento numa organização permitindo que o novo elemento assimile, o mais rapidamente possível, a sua cultura e se comporte como um membro da mesma.

Ao longo do Estágio salientamos:

- **Exploração**, que permitiu conhecer os protocolos dos campos clínicos, espaço físico, os recursos materiais, recursos humanos de forma a enquadrar cada campo clínico, à exceção do local onde são exercidas as funções como profissional de saúde;
- **Treino clínico**, onde foi possível desenvolver competências instrumentais na prática clínica. Nos CSP foi possível realizar rastreios das doenças metabólicas, realizar cardiocografias às grávidas a partir das 36 semanas de gestação, colheitas de exsudado vaginal e rectal para despiste da presença de *streptococos B*, auscultação do foco fetal, realizar consultas do 1º, 2º e 3º trimestre, assistir e participar em aulas de preparação para o nascimento, auxiliar na prática de aleitamento materno/alívio dos desconfortos mamários, realizar algumas visitas domiciliárias. No campo clínico da ginecologia e grávidas patológicas, foi possível realizar cardiocografias a grávidas com patologias associadas, nomeadamente, diabetes gestacional, hipertensão gravídica, oligoâmnios, hidrâmnios e que requeriam internamento, realizar a auscultação do foco fetal, preparar doentes para cirurgia ginecológica e prestar cuidados às mulheres do foro ginecológico no pré e pós-operatório. Em contexto de bloco de partos foi possível, colocar em prática a entrevista de admissão da grávida, realizar cardiocograma nas mulheres grávidas permitindo assim interpretar vários padrões da frequência cardíaca fetal e refletir acerca dos mesmos, aplicar técnicas fundamentais para a realização do parto, avaliar a progressão do trabalho de parto, sempre em diálogo e orientação das enfermeiras supervisoras. Prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido; assegurar a reconstrução perineal (episiotomias e lacerações) e assegurar a vigilância da díade no 4º estágio do trabalho de parto. No que respeita ao campo clínico no puerpério, foi possível a aperfeiçoar algumas intervenções tal como os ensinamentos na área da sexualidade no pós-parto e evoluir no que diz respeito à visão de um EEESMO, nomeadamente no despiste de possíveis complicações no pós-parto.
- **Reflexão clínica**, onde foram desenvolvidas reflexões críticas em cada campo clínico relatando as experiências que permitiram adquirir competências na área e que foram marcantes durante aquele período de aprendizagem; (Apêndice A) Também as reuniões intermédias/finais foram motivo de reflexão pela responsabilidade assumida na

autoavaliação, pelas questões colocadas pela Professora Orientadora assim como pelo parecer dado pelos enfermeiros supervisores em cada uma delas;

- **Outros Contributos para o desenvolvimento** – Para além do proposto no regulamento do estágio de natureza profissional, foram desenvolvidas atividades que deram resposta às competências descritas no regulamento das competências do Enfermeiro Especialista. Foi elaborado um relato de experiência de cuidados no campo clínico de sala de partos no HJJF em Beja (Apêndice B), desenvolveram-se sessões de educação para a saúde cujas temáticas foram, a prática do aleitamento materno (Apêndice C) e a segurança rodoviária antes e depois da gravidez (Apêndice D). Temas estes que foram pertinentes para os serviços onde foram apresentados. Desenvolveram-se ainda competências que incentivaram o interesse pela disseminação do conhecimento e conseqüentemente, contribuir para uma prática baseada na evidência científica. A partir do tema que mais interesse suscitou em explorar, foi já elaborado um manuscrito que se pretende submeter para publicação (Apêndice E).

3 – Contributos Para a Melhoria da Assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

De modo a contribuir para a melhoria dos cuidados em ESMO foi delineado um projeto, submetido às comissões de ética da Universidade de Évora e da ULSBA. Optou-se por uma metodologia exploratória, descritiva de abordagem quantitativa. De acordo com Fortin, M. (1999), *“o estudo quantitativo permite restringir o problema de investigação e excluir os efeitos das variáveis que são invulgares.”*

Com a elaboração deste trabalho, foi possível fazer uma incursão pela investigação, considerando o contexto academicamente elevado em que se enquadra o Estágio de Natureza Profissional.

3.1 – Contextualização

A infância é um período da vida onde se desenvolve uma panóplia de potencialidades humanas e onde os distúrbios responsáveis por graves conseqüências para indivíduos incidem. O aleitamento materno é a estratégia mais sensata de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e consiste na intervenção mais sensível, económica e eficaz para diminuição da morbimortalidade infantil (Ministério da Saúde Brasileiro, 2009).

A relevância deste estudo justifica-se pelas recomendações da OMS/Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) citada pela Direção Geral da Saúde (DGS): *“O leite humano é um alimento vivo, completo e natural e o reconhecimento das suas múltiplas vantagens (...) constitui a melhor forma de alimentar as crianças. (...) recomenda amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida, e complementada com outros alimentos até aos dois anos ou mais”*.

As vantagens do aleitamento materno para a mãe e filho, a curto e a longo prazo são reconhecidos a nível mundial, sendo a redução do cancro da mama e a promoção da involução uterina na mãe e a melhoria do sistema imunológico, prevenção de infeções do trato urinário, respiratório e gastrointestinal no filho as vantagens com maior destaque segundo Levy e Bértolo (2012).

Um estudo elaborado por Frank, Lynch, Uusitalo et. al, (2019), demonstrou que a amamentação pode ter efeito protetor contra múltiplas doenças agudas do foro respiratório e gastrointestinal em algumas crianças até pelo menos 6 meses de idade, com amamentação exclusiva sendo também protetora contra otite média, mesmo após a interrupção da amamentação.

Segundo Oliveira, M. (2016) citando Levy & Bértolo (2013), a prevalência do aleitamento materno tem variado bastante ao longo dos anos, tendo sido nas décadas após a II Guerra Mundial que se verificaram os valores mais baixos devido às mudanças sociais e comportamentais que acabaram por alterar o estilo de vida das mulheres. Por volta dos anos 80, foi-se verificando um regresso progressivo a esta prática sobretudo por parte das mulheres mais informadas. Relativamente a Portugal, as taxas de amamentação têm vindo a aumentar progressivamente nos últimos 20 anos embora os estudos realizados uma forma geral sejam estudos parcelares o que dificulta a comparação (Sarafana, et al, 2006).

Embora os benefícios do aleitamento materno já tenham sido amplamente divulgados, sendo do conhecimento de grande parte da população e tenham sido criados diversos programas de incentivo à prática do aleitamento materno, as taxas de amamentação a nível mundial ainda se encontram em níveis abaixo dos recomendados. Dados estes factos, é fulcral utilizar estratégias na área da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno com vista a melhorar os índices de aleitamento materno e diminuir as taxas de morbimortalidade infantil. Uma dessas estratégias é a iniciativa dos Hospitais Amigos da Criança, podendo mesmo ser considerada como *“ uma campanha de carácter mundial que enfatiza a importância da atuação dos estabelecimentos de saúde (hospitais e maternidades) na tríade proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Assim, implantar e seguir os Dez Passos preconizados pela IHAC pode*

representar um diferencial no aumento do índice de AM na instituição” (Rocci & Fernandes,2014,p. 23).

Estudos portugueses indicam alta incidência do aleitamento materno, expressando que grande percentagem das mães portuguesas iniciam o aleitamento. Por sua vez, esses estudos mostram que cerca de metade das mães abandonam durante o primeiro mês de vida do recém-nascido a amamentação (Levy, et al, 2012). Relativamente aos dados na região do Alentejo, de acordo com um estudo realizado por (Mendes & Zangão, 2010) o aleitamento materno em Portugal é um tema que requer intervenção, no que diz respeito à implementação de medidas que promovam e mantenham o aleitamento materno, uma vez que cerca de 80% das mulheres amamentam os seus filhos no período imediatamente ao nascimento, no entanto por volta dos 3 meses de vida do filho apenas cerca de 64% das mulheres mantêm esta prática. O aleitamento materno é uma prática socialmente contextualizada, submetida a uma forte influência por parte do grupo de referência, onde o senso comum e o conhecimento científico assumem significativamente a responsabilidade no que respeita à decisão da mulher em amamentar. A equipa de enfermagem foca-se frequentemente na dimensão biológica, valorizando pouco os aspetos culturais, históricos e sociais (Miranda, Zangão & Risso, 2017).

O sucesso do aleitamento materno depende da influência positiva e negativa a que está sujeito por parte de vários fatores. Fatores esses que estão relacionados com a personalidade e com a forma como a mãe encara a amamentação, fatores que estão relacionadas com a criança e meio envolvente, por exemplo, tipo de parto e período pós-parto, fatores laborais da mãe, condições de vida, fatores culturais, vivências anteriores e fatores sociais relacionados com a amamentação. Compreende-se que todos estes fatores obrigam aos profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros, a desempenhar uma tarefa bastante difícil, a de ajudar as mães a amamentar e a manter esta prática uma vez que estes poderão compreendê-las melhor no que respeita à opinião particular de cada uma acerca da temática. O facto de as mães desejarem amamentar e terem conhecimento das vantagens/duração recomendada do aleitamento materno não é suficiente para que esta prática seja estabelecida e mantida efetivamente. Para que tal suceda, é fundamental que ao longo do ciclo gravídico-puerperal, os profissionais de saúde prestem apoio nas dificuldades, esclareçam dúvidas, compreendam a realidade de cada mãe a nível sociocultural permitindo assim que a mulher se sinta segura e apoiada de forma adequada para desempenhar o seu papel de mãe na prática do aleitamento materno do filho. (Fialho et al, 2014)

Aos seis meses de idade a introdução de alimentos na dieta da criança deve ser vista como um complemento, devendo manter-se o aleitamento materno até pelo menos aos dois anos de idade. Durante o aleitamento materno, as mães passam por alguns problemas, a não

identificação e tratamento precoce destes, podem tornar-se causas de abandono precoce da amamentação. São exemplo de alguns desses problemas, a influência da família exercida sob a prática da amamentação. A mãe necessita de ser encorajada e sentir-se apoiada de forma constante tanto pelos profissionais de saúde como pela sua família e comunidade para que a amamentação seja bem-sucedida. A figura da avó/mãe/sogra é bastante presente na nossa cultura, exercendo bastante influência sobre as mães, o que pode dificultar esta prática. Muitas delas transmitem as suas experiências com a amamentação, que na maioria das vezes não vão de encontro às recomendações atuais desta prática. Outro problema que pode surgir é a questão laboral, uma vez que há mães que são impedidas de usufruírem dos seus direitos por parte dos empregadores. É importante que o profissional de saúde além de conhecer a proteção da amamentação, denuncie possíveis irregularidades (Ministério da Saúde Brasileiro, 2009).

Um estudo Português realizado por Gaspar et al (2015) verificou uma taxa de aleitamento materno de 18,8% até aos seis meses de idade da criança e uma taxa de 10,5% de aleitamento materno complementar até aos 2 anos. Verificou ainda que o abandono do aleitamento materno entre o nascimento e os primeiros seis meses apresentou uma taxa de 40% e 14,5% até ao primeiro mês, sendo a sensação de leite insuficiente (47%), dificuldade na amamentação relacionada com fissuras, dor, recusa em mamar por parte do lactente e mastite (34%) e perda de peso do lactente (11%) as principais causas do abandono desta prática.

Entendemos que por estas questões é fundamental compreender a prevalência do aleitamento materno, a satisfação das mães durante este período bem como as razões de abandono precoce para que se continue a implementar medidas promotoras para um maior sucesso na amamentação, tornando-se crucial *“identificar e compreender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebé como de sua família (...) prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças”* (Ministério da Saúde Brasileira, 2009 citando Castro, 2006,p.11).

A tríade, proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno é considerada uma prioridade de Saúde Pública quer a nível Europeu quer a nível Mundial, tendo sido adotada por todos os estados-membros da OMS na 55.^a Assembleia Mundial de Saúde19, de forma a proporcionar uma base para as iniciativas de saúde pública, para a tríade do aleitamento materno (DGS,2012).

O projeto em questão foi desenvolvido com as mulheres pertencentes ao Centro de Saúde Beja I e que pariram no Serviço de Obstetrícia do HJFF em Beja durante o ano de 2019. Com este, pretendi compreender os principais motivos de abandono precoce de aleitamento

materno e conseqüentemente melhorar a capacidade de intervenção das EESMO em dois ramos que considero ser de extrema importância para colmatar este facto. Nos CSP durante a gravidez onde deve ser explorado o ambiente envolvente da mulher, a intenção e a informação que esta tem relativamente à prática do aleitamento materno e nas visitas domiciliárias aquando a alta hospitalar, uma vez que o regresso ao domicílio pode constituir uma ameaça à manutenção desta prática. Em meio hospitalar nomeadamente no puerpério uma vez que é lá que se dá o primeiro contacto da mãe e filho no que respeita à amamentação e é nesse período que surgem as primeiras dificuldades, cabendo à ESMO promover o aleitamento materno, esclarecer dúvidas que possam existir acerca do mesmo, observar a cada turno esta prática e assistir a mãe/filho com eficácia na mesma de forma a torna-la autónoma aquando o momento da alta.

Às mulheres que lhes é fornecida informação e ajuda ao longo da gravidez e puerpério, é-lhes conferido um maior grau de autoconfiança e sucesso no processo de aleitamento materno contrariamente ao que sucede com mulheres que não recebem qualquer tipo de apoio por parte dos profissionais de saúde e cuja experiência com a amamentação foi pouca ou até mesmo nenhuma, estando estas mais propícias a sofrer influências de terceiros aderindo a práticas baseadas em crenças e mitos relacionadas com a amamentação levando assim ao desmame precoce (Oliveira, et al, 2017).

De modo a reforçar a ideia supracitada, um estudo realizado por (Alvarenga, et al, 2017), apontou que durante o período de puerpério imediato, o apoio/incentivo à amamentação exclusiva prestado pelos enfermeiros não foi suficiente pois as participantes do estudo em questão afirmaram ter sentido dificuldade neste processo, algumas destas dificuldades de simples resolução, mas que por falta de apoio levou-as a optar pelo desmame precoce. O apoio e a informação oferecida durante o período de puerpério imediato em especial quando surgem complicações relacionadas com as mamas, bem como no acompanhamento após o internamento são habilidades que protegem, favorecem, e incentivam a uma prática da amamentação bem-sucedida.

De acordo com a American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG,2018), a lactação é parte integrante da fisiologia reprodutiva, pelo que cabe a todos os obstetras-ginecologistas e outros prestadores de cuidados obstétricos, desenvolver e manter habilidades de orientação antecipatória, suporte para a fisiologia da amamentação e capacitação para gerir complicações comuns da lactação.

A pesquisa efetuada em torno desta temática e os resultados obtidos através dos questionários aplicados neste trabalho exploratório criaram interesse no desenvolvimento de atitudes/intervenções por parte das ESMO com o objetivo de melhorar a prática de aleitamento materno no Alentejo e consequentemente diminuir a taxa de abandono precoce.

3.2 – Metodologia

3.2.1 – Objetivos

O aleitamento materno requer trabalho de equipa e uma intervenção dinâmica e diversificada por parte dos profissionais. Torna-se fulcral para os profissionais de saúde a monitorização e identificação dos fatores, sejam eles profissionais, comunitários, sociais, familiares ou pessoais para que, através da prática clínica contribuam para um aleitamento materno com sucesso quer numa fase inicial quer a longo prazo, auxiliando as mães antecipadamente na aquisição de autoconfiança para esta prática. Os profissionais de saúde devem ainda estar aptos e ser detentores de conhecimento suficiente para promover, auxiliar, esclarecer e incentivar a família, mãe e filho para iniciar e garantir a amamentação. Néné, Marques & Batista, (2016,p.477) citando Prata, et al. (2006)

O presente projeto teve como objetivo geral, descrever a experiência materna quanto às práticas do aleitamento materno e como objetivos específicos, identificar as causas de abandono precoce do aleitamento materno exclusivo, enumerar as causas predominantes do abandono do aleitamento materno exclusivo e adquirir conhecimentos técnicos, científicos e humanos que permitam uma prestação de cuidados especializados com qualidade na prática do aleitamento materno.

3.2.2 – Abordagem Metodológica

O presente trabalho é do tipo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa. Este distingue fatores determinantes que possam estar associados ao fenómeno em análise. Com o intuito de se chegar a um perfil geral do fenómeno, são pesquisadas as relações entre as determinantes. É possível trabalhar-se com o total da população ou com uma amostra retirada da população recorrendo a técnicas de amostragem.

O instrumento para recolha de dados é composto por seis secções, sendo a secção 1, os dados sociodemográficos, o que vai permitir a caracterização da mãe, a secção 2, os dados obstétricos, onde será possível conseguir uma breve descrição da história obstétrica da mulher, a secção 3, a alimentação do bebé, o que permitirá perceber os hábitos alimentares que cada mãe proporcionou ao seu bebé, secção 4, o apoio familiar que permitirá obter uma visão do que a

mãe sente em relação ao apoio prestado pela sua família, secção 5, a experiência vivida na amamentação, dá a conhecer se esta experiência foi positiva ou negativa para a mãe, e por fim, a secção 6, as razões que levaram à mãe a deixar de amamentar o seu bebé. (Anexo D)

O método de colheita de dados pode ser feito de diversas formas, sendo neste caso em concreto através de questionário com escalas de medida. Estes inquéritos revelam toda a atividade da investigação no decorrer da qual são colhidos dados junto de uma população ou amostras desta permitindo assim examinar as crenças, atitudes ou comportamentos desta população.

Para realizar o processo de recolha de dados, recorreu-se a uma base de dados na qual se encontram as mulheres inscritas na UCSP Beja I e foi feito primeiramente uma triagem das mulheres que se incluíssem nos critérios supracitados. Posteriormente foi feito um contacto telefónico para convidar as mães a participar no estudo em questão. No dia da consulta de saúde infantil do filho aos 6, 9 ou 12 meses, foram entregues os consentimentos informados (Apêndice F) e o questionário às mães, (Anexo D) esclarecidas todas as dúvidas e foi pedido que respondessem de forma mais verdadeira possível. Ao longo do questionário não houve referência aos dados pessoais das inquiridas sendo respeitada a confidencialidade dos registos.

De acordo com Maciel, et al (2014,p.154) citando (Thayer-Hart et al., 2010): *“A conceção e a implementação de um survey é um processo cujo objetivo é a recolha de informação temática válida e fiável, obtida a partir das respostas individuais dadas a um conjunto de questões por um grupo representativo de respondentes, em torno das quais se produzem conclusões passíveis de serem generalizadas ao universo da população em estudo”*.

3.2.3 – População-Alvo

Com o objetivo de descrever a experiência materna quanto às práticas do aleitamento materno e de forma a obter a amostra, o instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário cujos critérios de inclusão incidiram sobre mulheres de nacionalidade Portuguesa, pertencentes a uma UCSP no Alentejo, cujo parto ocorreu entre 1 de Janeiro de 2019 e 31 de Dezembro de 2019, mães cujos filhos tivessem 6,9 ou 12 meses e que se encontrem a amamentar ou tenham amamentado os seus filhos.

3.3 – Resultados

Após a aplicação de 51 inquéritos, foi feito o tratamento dos dados utilizando o programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, por se tratar de um programa bastante versátil, pois permite um tratamento descritivo e inferencial dos dados.

A primeira questão colocada às mães foi qual a sua idade, e como se pode verificar pela tabela a seguir, as inquiridas têm em média 35 anos, a mais nova tem 25 anos e a mais velha 41.

Tabela 1-Média de Idades

Estatísticas		
Idade		
N	Válido	50
	Omisso	1
Média		35,00
Mediana		35,00
Moda		35
Mínimo		25
Máximo		41
Percentis	25	32,00
	50	35,00
	75	38,00

Quando questionadas sobre com quem vivem, a maioria das inquiridas afirma viver com o marido e filhos, uma pequena amostra vive apenas com os filhos e uma minoria vive com os pais e filhos. Relativamente às habilitações literárias 50% das mães são licenciadas, 20% tem o grau de mestre, 28% tem 12º ano ou curso profissional equivalente, e apenas 2,00% tem o 9º ano de escolaridade. Mais de 90% das inquiridas estão empregadas no momento.

Tabela 2- Dados Sociodemográficos

Secção 1 Dados Sociodemográficos	
Com que vive?	
Vive com marido e filhos	90,20%
Vive com os seus filhos	5,88%
Vive com os seus pais e filhos	3,92%
Quais os seus estudos?	
Licenciatura	50%
12ºano ou curso profissional	28%
Mestrado	20%
9ºano	2%
Atualmente está empregada?	
Sim	92,16%
Não	7,84%

Solicitou-se às inquiridas que indicassem a sua profissão caso se encontrassem a trabalhar. Podemos verificar que a moda da nossa amostra é “Enfermeira” com 8 mães a desempenharem estas funções.

Tabela 3- Profissão das Inquiridas

Profissão					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	99	4	7,8	7,8	7,8
	Adjunta de Loja	1	2,0	2,0	9,8
	Administrativa	1	2,0	2,0	11,8
	Advogada	1	2,0	2,0	13,7
	Agente Imobiliária	1	2,0	2,0	15,7
	Arquiteta	1	2,0	2,0	17,6
	Assistente Operacional	1	2,0	2,0	19,6
	Assistente Social	2	3,9	3,9	23,5
	Auxiliar de Ação Educativa	1	2,0	2,0	25,5
	Auxiliar de Lar	2	3,9	3,9	29,4
	Contabilista	1	2,0	2,0	31,4

Empregada de Balcão	2	3,9	3,9	35,3
Empregada de Lagar	1	2,0	2,0	37,3
Enfermeira	8	15,7	15,7	52,9
Engenheira Agrónoma	2	3,9	3,9	56,9
Engenheira Civil	2	3,9	3,9	60,8
Fioterapeuta	1	2,0	2,0	62,7
Instrutora Física	1	2,0	2,0	64,7
Logista	2	3,9	3,9	68,6
Médica	1	2,0	2,0	70,6
Operadora de Caixa	2	3,9	3,9	74,5
Operadora de Call Center	1	2,0	2,0	76,5
Professora de Educação Física	1	2,0	2,0	78,4
Psicóloga	2	3,9	3,9	82,4
Técnica de Análises	2	3,9	3,9	86,3
Técnica de Farmácia	1	2,0	2,0	88,2
Técnica Profissional de Ambiente	4	7,8	7,8	96,1
Terapeuta Ocupacional	2	3,9	3,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Assim podemos caracterizar a amostra como mães com 35 anos, que vive com o marido e os filhos, licenciada e atualmente a trabalhar.

Na seção 2, sobre os dados obstétricos, as inquiridas foram questionadas sobre o seu parto. 43,14% das mães teve parto eutócico, 37,25% teve parto por cesariana, 11,76% de ventosa, uma pequena amostra teve parto por fórceps e ventosa e a minoria teve parto por fórceps. Relativamente ao contacto pele-a-pele entre mãe-bebé a maioria afirma que sim e 45% afirma que não.

Tabela 4- Dados Obstétricos

Secção 2 Dados Obstétricos	
Tipo de parto?	
Eutócico	43,14%
Cesariana	37,25%
Ventosa	11,76%
Forcêps e ventosa	5,88%
Forcêps	1,96%
Contacto pele-a-pele após nascimento?	
Sim	55%
Não	45%

Em relação ao peso do bebé ao nascer, e ao peso atual, observa-se que o peso médio ao nascer é 3,101 Kg e o peso médio atual é 8,470 Kg. O bebé mais pequeno nasceu com 1,170Kg e o maior com 4,025 Kg. Atualmente o peso mínimo são 4,700 Kg e o máximo são 12,470 Kg.

Tabela 5 - Estatística dos pesos dos bebés

Estatísticas			
		Peso_Nascer	Peso_Atual
N	Válido	51	43
	Omisso	0	8
Média		3,10167	8,46953
Mediana		3,10000	8,46500
Moda		3,000	4,700 ^a
Mínimo		1,170	4,700
Máximo		4,025	12,470
Percentis	25	2,98500	7,10000
	50	3,10000	8,46500
	75	3,32500	9,85000
a. Ha várias modas. O menor valor é mostrado			

Na seção 3, alimentação do bebé, questionou-se as mães sobre a forma como alimentam os seus bebés em casa. 47,06% das inquiridas dá leite artificial e introduziu outros alimentos. De salientar que 50,97% das mulheres continuam a amamentar, mesmo que só 5,88% o faça em exclusivo.

Tabela 6 - Alimentação do Bebê

Secção 3 Alimentação do seu Bebê	
Como alimenta o seu bebê?	
Leite materno	5,88%
Leite artificial	1,96%
Leite artificial e alimentos	47,06%
Leite materno e leite artificial	1,96%
Leite materno, leite artificial e alimentos	5,88%
Leite materno e alimentos	30,25%

Em relação ao número de vezes que alimenta o bebê, podemos observar na tabela 7 que em média as mães alimentam 7,63 vezes por dia os seus bebês, sendo que, no mínimo o fazem 4 vezes e no máximo 14.

Tabela 7 - Estatística sobre o número de vezes que alimenta o bebê

Estatísticas		
N_Vezes		
N	Válido	51
	Omisso	0
Média		7,63
Mediana		7,00
Moda		8
Mínimo		3
Máximo		14
Percentis	25	6,00
	50	7,00
	75	8,00

Assim, a alimentação dos bebês neste estudo é composta por leite artificial e outros alimentos em cerca de 8 vezes ao dia.

Na seção 4, apoio familiar, mais de metade das mães afirmam estar sempre satisfeitas com a ajuda que lhes é prestada por parte dos familiares e 42,18% refere estar satisfeita às vezes. De salientar que nenhuma inquirida respondeu nunca estar satisfeita com a ajuda que lhe é prestada. Referem que às vezes conversam entre todos acerca dos problemas familiares e que as decisões

importantes são sempre tomadas em família. Nem sempre se sentem satisfeitas com o tempo que passam juntos e sentem que a família gosta delas.

Tabela 8- Apoio Familiar

Secção 4 Apoio Familiar		
Estou satisfeita com a ajuda que recebo da minha família quando tenho problemas	Às vezes	41,18%
	Sempre	58,82%
Conversamos entre todos sobre os problemas que temos em casa	Nunca	1,96%
	Às vezes	50,98%
	Sempre	47,06%
As decisões importantes são tomadas em conjunto na família	Nunca	3,92%
	Às vezes	37,25%
	Sempre	58,82%
Estou satisfeita com o tempo que passamos juntos	Nunca	13,73%
	Às vezes	56,86%
	Sempre	29,41%
Sinto que a família gosta de mim	Às vezes	17,65%
	Sempre	82,35%

Na secção 5, satisfação vivida na amamentação, foi utilizada a Escala de avaliação Materna da amamentação/Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES) de Ellen Leff (1994), Versão Portuguesa de Galvão (2000), (Ramalho, S., Castro, F., & Galvão, D.,2010), onde em cada questão as inquiridas devem selecionar se discordam totalmente, discordam, não têm opinião, concordam ou concordam totalmente. De acordo com a análise dos resultados apresentados na tabela abaixo, para as mães a amamentação foi fisicamente e emocionalmente esgotante, no entanto gostaram de amamentar, deu-lhes uma satisfação interior, proporcionou-lhes momentos especiais com o bebé, fê-las sentir boas mães, confiantes, extremamente ligadas

ao bebé e cerca de 80% reconheceram a importância desta prática nas suas vidas. No entanto é de ressaltar que perto de 90% das mães mostrou preocupação com o peso do bebé e 48% referiram problemas com a amamentação numa fase inicial. Apenas 34% das mães consideraram a amamentação um momento de êxtase e 46% sentiram-se presas enquanto amamentavam os seus filhos. Metade da amostra refere ter conseguido ajustar a amamentação com as outras atividades e 46% afirmou que o seu bebé se desenvolveu muito bem com as mesmas. A maioria das inquiridas discorda que o seu bebé não tivesse interesse em mamar e que ser a principal fonte de alimentação do bebé seja um fardo, pelo contrário, consideraram esse facto gratificante. Quanto às alterações corporais, metade das mães inquiridas referiu sentir constrangimento com essas alterações e ansiavam retomar a forma física.

Tabela 9- Satisfação vivida na amamentação

Secção 5 – Satisfação vivida na amamentação					
	Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente
A amamentação dá-me/ deu-me satisfação interior	3,92%	9,80%	7,84%	41,18%	37,25%
A amamentação proporciona (ou) momentos especiais com o bebé	2%	4%	12%	34%	48%
O meu bebé não tem/tinha qualquer interesse em mamar	17,65%	39,22%	15,69%	19,61%	7,84%
O meu bebé adora/adorou mamar	5,88%	19,61%	13,73%	31,37%	29,41%
Para mim é/foi um fardo ser a principal fonte de alimentação do bebé	29,41%	31,37%	15,69%	15,69%	7,84%
Sinto-me/ senti-me extremamente ligada ao meu bebé quando o amamentei	4%	10%	8%	36%	42%
O meu bebé mama/mamava avidamente	4%	28%	14%	28%	26%
A amamentação é/foi fisicamente esgotante	10%	16%	10%	46%	18%
Para mim é/foi importante poder amamentar	4%	6%	10%	44%	36%
Durante a amamentação o crescimento do bebé é/foi excelente	4%	22%	10%	36%	28%
Eu e o me bebé “trabalhamos/trabalhámos” em conjunto para que a amamentação corresse calmamente	2,04%	18,37%	24,49%	36,73%	18,37%
A amamentação é/foi uma experiência muito afetiva e maternal	4%	6%	12%	34%	44%
Enquanto amamento sinto/senti constrangimento em relação ao meu corpo	18%	20%	12%	36%	14%
Enquanto amamento sinto/senti-me demasiado presa todo o tempo	10%	30%	14%	36%	10%

Enquanto amamento preocupo-me/preocupe-me com o aumento do peso do bebé	0%	2,04%	8,16%	53,06%	36,73%
A amamentação acalma/acalmava o bebé quando estava aborrecido ou chorava	4%	24%	18%	30%	24%
A amamentação é/era como uma espécie de êxtase	4%	28%	34%	24%	10%
O facto de produzir alimento para o bebé é/foi muito gratificante	4%	10%	12%	42%	32%
No princípio o meu bebé teve problemas com a amamentação	14%	32%	8%	38%	8%
A amamentação faz/fez-me sentir uma boa mãe	4%	6%	14%	48%	28%
Gosto/Gostei muito de amamentar	4,08%	12,24%	8,16%	38,78%	36,73%
Enquanto amamento anseio/ansiava por retomar a minha forma física	4%	16%	12%	34%	34%
A amamentação faz/fez-me sentir mais confiante como mãe	4%	14%	14%	42%	26%
O meu bebé desenvolve-se/desenvolveu-se muito bem com as minhas outras atividades	6%	12%	36%	32%	14%
A amamentação faz/fez com que o meu bebé se sentisse mais seguro	4%	18%	26%	38%	14%
Posso/Pude ajustar facilmente a amamentação do bebé com as minhas outras atividades	4%	20%	26%	42%	8%
A amamentação fez-me sentir como se fosse uma vaca	22%	32%	10%	20%	16%
O meu bebé estava relaxado enquanto mamava	6,12%	18,37%	12,24%	36,73%	26,53%
A amamentação foi emocionalmente desgastante	14%	20%	6%	36%	24%
A amamentação foi uma sensação maravilhosa para mim	6%	10%	10%	40%	34%

Por fim, na secção 6, as mães foram questionadas acerca das razões que as levaram a deixar de amamentar. Nesta secção do questionário, apenas responderam as mulheres que deixaram de amamentar os seus filhos. As razões foram divididas em seis grandes grupos, razões físicas da mãe, razões pelo desenvolvimento do bebé, razões de conjugalidade, razões sociais da mãe, razões do conselho de família e relações laborais. As respostas nesta secção eram apenas de sim ou não e para uma interpretação mais simples analisaremos os resultados em grande grupo.

Relativamente às razões físicas para o abandono da amamentação, os principais responsáveis por este facto foram o cansaço por ter outras tarefas a realizar e cansaço por noites mal dormidas. Quantos às razões que se prendem com o desenvolvimento do bebé, mais de 75% das inquiridas admitiram estar preocupadas com o peso do bebé, 55,17% pareceu-lhes que o bebé fica insatisfeito ou com fome apenas com a mama e 37,93% acha ter pouco leite. No aspeto da conjugalidade a interferência nas relações de intimidade com o marido aparece em 17,24% das respostas, 27,59% das inquiridas considera que a amamentação lhe deixa pouca

disponibilidade para relações de intimidade, 34,48% tem a sensação de ficar com pouca disponibilidade para acompanhar o marido e apenas 6,90% afirma que o marido está farto. Nas razões sociais 20,69% das mães considera a amamentação uma “prisão” pela dependência do bebê, 13,79% abondonou porque o bebê não tem horas certas para mamar e 37,93% considera que amamentar ocupa muito tempo. Quanto às razões do conselho de família, a percentagem apresentada foi pouco significativa. Por fim, nas relações laborais, grande parte das mulheres aponta o regresso ao trabalho, a falta de condições físicas para retirar leite e a negação do horário de amamentação como principais causas para abandonar a amamentação.

Tabela 10 - Razões de abandono do aleitamento materno

Secção 6 Razões de abandono da amamentação		
Razões físicas da mãe	Dor ao amamentar	17,24%
	Gretas ou fissuras	20,69%
	Cansaço pelo ritmo da amamentação	41,38%
	Cansaço por ter outras tarefas a realizar	55,17%
	Cansaço por noites mal dormidas	58,62%
Razões pelo desenvolvimento do bebé	Preocupação com o peso do bebé	75,86%
	Pouco leite	37,93%
	Parece insatisfeito, com fome	55,17%
Razões da conjugalidade	Interferência nas relações de intimidade com o marido	17,24%
	Pouca disponibilidade para relações de intimidade	27,59%
	Pouca disponibilidade para acompanhar o marido	34,48%
	Marido está farto	6,90%
Razões sociais da mãe	“Prisão” pela dependência do bebé	20,69%
	Porque o bebé não tem horas certas para mamar	13,79%
	Ocupa muito tempo	37,93%
Razões do conselho da família	As pessoas de família pensam que 6 meses é demais	3,45%
	As pessoas de família pensam que o leite é insuficiente	10,34%
	Mãe/Sogra/Tia recomendam seguir o exemplo delas	0%
Razões laborais	Regresso ao trabalho	50,00%
	Colegas pouco compreensíveis	3,85%
	Horários pouco flexíveis (noturnos, rotação...)	7,69%
	Patrão nega o direito do horário de amamentação	15,38%
	Falta de condições para retirar o leite no emprego	26,92%
	Vergonha por necessidade de retirar o leite	23,08%

Após análise dos resultados apresentados na figura 14 observa-se no topo das causas de abandono precoce de aleitamento materno com 25% o desenvolvimento infantil relacionado com a preocupação que as mães manifestam com o peso do seu bebé. Com 19%, segue-se o desgaste físico relatado pelas mães devido às tarefas domésticas que se juntam aos cuidados que os filhos exigem. As questões laborais devido a entraves e questões físicas no local de trabalho e as questões sociais relacionadas com o constrangimento em amamentar em público e com a limitação social que as mães sentem por se dedicarem a esta prática apresentam percentagens muito similares, 15 e 16% respetivamente que nos dias de hoje ainda ocupam valores consideráveis. Com 12% identificam-se as questões físicas relacionadas com dor ao amamentar causada por maceração e fissuras nos mamilos. As relações de intimidade, apenas a representar apenas 9% dos fatores de abandono precoce, relacionadas com a indisponibilidade das mães para manter relações de intimidade com os companheiros e por fim, surpreendentemente, 4% dos fatores estão ligados às questões familiares, mais concretamente com a influência que alguns familiares exercem nas mães que se encontram a amamentar. Identificados os fatores responsáveis pelo abandono precoce do aleitamento materno, torna-se possível implementar medidas que promovam, a correta orientação pelos profissionais de saúde a este grupo alvo.

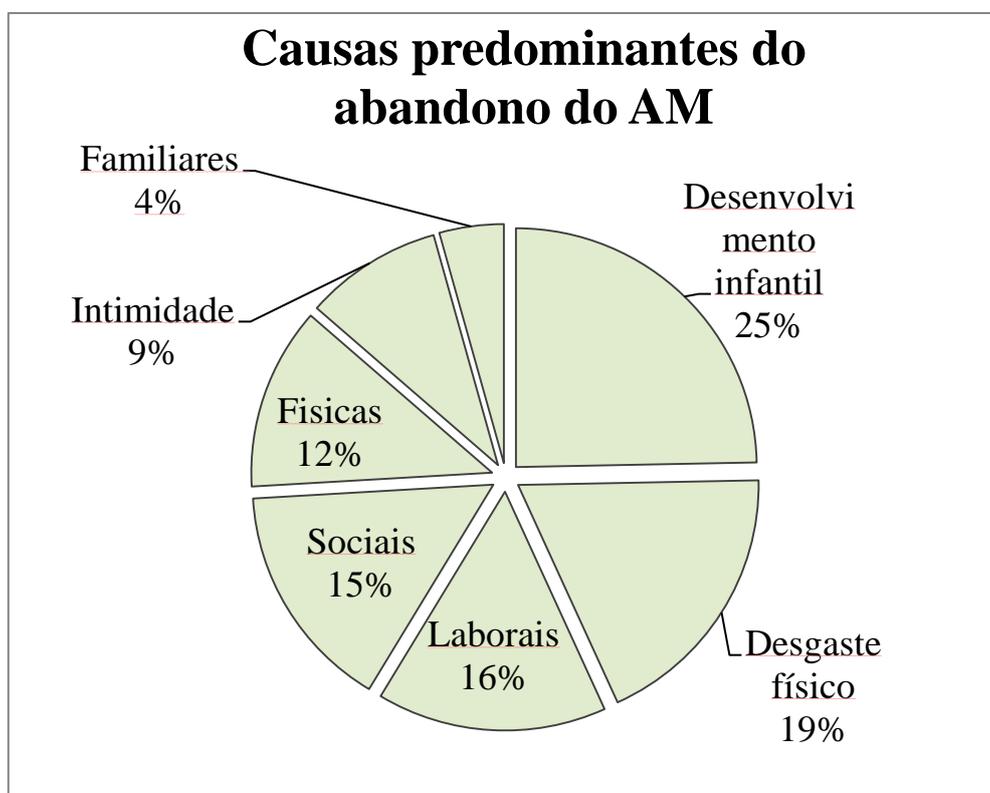


Figura 14- Causas Predominantes do abandono do aleitamento materno

4 – Análise Reflexiva Sobre o Processo de Mobilização de Competências

Os profissionais de enfermagem são detentores de conhecimentos tais em que a responsabilidade e a complexidade do seu papel a que estes os obrigam requer um progresso permanente a longo prazo. No que respeita aos níveis de perícia em enfermagem, pode afirmar-se que existem os principiantes, os iniciados avançados, os habilitados, os competentes e os peritos, em que os últimos, uma vez fortalecidos pela prática clínica têm a capacidade de compreensão de forma intuitiva perante cada situação com que se deparam (Benner, 2001). Entende-se assim, que o interesse pela evolução dentro de cada fase é algo também essencial ao desenvolvimento de competências em enfermagem, competências estas descritas e reconhecidas pela OE como fundamentais para a atribuição do título de enfermeiro especialista.

4.1 – Competências comuns dos enfermeiros especialistas

A mobilização de competências ao longo do estágio de natureza profissional permitiu capacitar-nos para a aquisição de competências específicas de enfermeira especialista. A par da mobilização de competências mobilizam-se também saberes que permitiram a consolidação do conhecimento.

Entende-se como competência, *“Um sistema de conhecimentos, conceituais e processuais, organizados em esquemas operatórios que permitem, no interior de uma família de situações, a identificação de uma ação eficaz (...) é a capacidade para resolver um problema”* (Desaulniers,1998,p.8). Ainda de acordo com Le Boterf (2003), para um profissional com competência é necessário que este tenha a capacidade para mobilizar conhecimentos e habilidades para agir em determinada situação com que se depara.

A atribuição do Título de Enfermeiro Especialista subentende que, os enfermeiros detenham competências comuns, que são aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados, além das competências específicas de cada Especialidade em Enfermagem, De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE), publicado a 6 de Fevereiro de 2019 em Diário da República, 2.ª série — N.º 26, as competências comuns definem-se como *“competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, 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”*.

Este define quatro domínios intrínsecos às competências comuns do EE, sendo eles:

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Ao longo do estágio de natureza profissional foi desenvolvida uma prática profissional na área da saúde materna e obstetrícia baseada no respeito pela decisão e interesse das utentes assumindo sempre a responsabilidade profissional dos cuidados prestados. Analisou-se e decidiu-se acerca do plano de cuidados individualizado e tomaram-se decisões relacionadas com o alívio não-farmacológico da dor durante o trabalho de parto através de banho, massagem lombar e bola de pilates. Orientou-se o trabalho de parto durante o período expulsivo em situações que justifiquem, por exemplo, mulheres sob efeito de analgesia epidural em que não apresentavam sensibilidade às contrações uterinas.

- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:

- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Foram realizadas sessões de educação a grávidas e puérperas acerca do aleitamento materno onde foi possível esclarecer dúvidas e trocar impressões entre as mesmas e sessões de educação acerca da segurança rodoviária da grávida e do recém-nascido (RN) possibilitando nesta última temática uma sessão de treino. Sugeriu-se à chefe e equipa do serviço de Obstetrícia da ULSBA, a implementação de uma cadeira auto de RN cujo objetivo passa pela instrução e treino dedicado às puérperas permitindo assim uma alta com confiança e segurança para mãe e RN. Esta proposta foi registada e encontra-se a aguardar orçamento bem como condições físicas/materiais para aprovação e implementação. As intervenções supracitadas visaram sempre a melhoria contínua dos cuidados prestados ao longo do estágio de natureza profissional bem como a promoção de um ambiente terapêutico e seguro.

- Competências do domínio da gestão dos cuidados:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;

Desenvolveu-se a capacidade de gestão de cuidados, visando a melhoria da resposta da equipa e houve articulação com os restantes membros da equipa de saúde, discutindo com a colega e equipa médica características da cervicometria e opções para alívio da dor. Capacidade de gestão dos recursos, por exemplo na atribuição de cama a grávida em situação mais delicada como uma interrupção médica da gravidez (IMG) cabendo a nós a gestão do espaço físico priorizando a intimidade e o afastamento de enfermeiras com RN.

- Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;

De acordo com plano de estudos, ao longo do estágio de natureza profissional devem ser evidenciados conhecimentos nas vertentes de cuidados especializados e de investigação. Neste sentido, de forma a corresponder ao proposto pelo plano de estudos da Universidade de Évora, foi desenvolvido um trabalho exploratório de pesquisa acerca de uma temática sobre a qual despertou interesse em aprofundar conhecimentos. A temática em questão, aleitamento materno, despertou interesse em aprofundar conhecimento no que respeita às práticas de aleitamento materno em mulheres do Baixo-Alentejo, mais especificamente na UCSP em Beja. O facto das taxas de aleitamento materno em exclusivo ainda se encontrarem abaixo do que é recomendado foram o principal motivo de reflexão e de interesse em aprofundar conhecimentos acerca das práticas do aleitamento materno.

O tema em questão apresenta-se fundamentado com base na evidência científica no capítulo 3.1 do presente relatório. Para tal, recorreu-se a um conjunto de base de dados, como a *B-On*, *Scielo*, *EBSCO*, fontes científicas e reconhecidas a nível mundial. O desenvolvimento da competência neste domínio, permitiu capacitar para uma comunicação de conclusões, de conhecimentos e raciocínios subjacentes, de forma clara quer a especialistas e a não especialistas. Tornou possível também, desenvolver capacidades no sentido de ampliar a aprendizagem na área de Saúde Materna e Obstetrícia ao longo da vida profissional e de forma

autónoma. Neste sentido, a competência de investigação contribuiu para a melhoria da prática de enfermagem baseada na evidência, nomeadamente, nos cuidados do aleitamento materno prestados às mulheres tendo por base os resultados do estudo efetuado.

4.2 – Competências específicas dos enfermeiros em enfermagem de saúde materna e obstetrícia

Ao longo de todo este percurso com vista a aquisição de competências específicas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, foi tido em consideração, as competências específicas, respetivas unidades de competência bem como os critérios avaliados nas diversas vertentes de atuação tais como:

- Competências de diagnóstico, planeamento e execução;
- Competências de avaliação;
- Competências de Gestão de Cuidados;
- Competências de Responsabilidade Profissional e Prática Segundo a Ética.

Estas competências resultaram da reunião de diversos recursos que ao longo do Estágio permitiram a interpretação, análise e formulação de juízos com base crítica nas mais variadas situações de cuidados. Deste modo, houve mais facilidade na compreensão da realidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstétrica e ginecológica. A Prática de Supervisão Clínica, proporcionou uma maior aptidão para realização de ações que mobilizaram as competências nos domínios cognitivo através de habilidades mentais, domínio afetivo/atitudinal através da gestão/valorização de sentimentos e emoções, e no domínio psicomotor e tecnológico através de habilidades instrumentais e execução de cuidados.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, estas competências juntamente com as competências comuns do EE, originam um conjunto de competências clínicas especializadas com o objetivo de regulamentar e certificar as competências bem como comunicar as mesmas aos cidadãos o que é esperado da prestação de cuidados.

Em situações que envolvem processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da vida da mulher, baixo risco, e estão envolvidos processos patológicos, e processos de vida disfuncionais no ciclo de vida da mulher, médio e alto risco, o EEESMO assume intervenções autónomas e autónomas e interdependentes respetivamente no seu exercício profissional. (Regulamento nº 391/2019 do Diário da República, 2.ª série – Nº 85 de 3 de Maio de 2019)

As competências específicas do EEESMO assentam nos seguintes domínios:

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

No que respeita ao cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, o regulamento das competências define que deve ser estabelecido e implementado programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Esta competência divide-se em 3 unidades de competências, a promoção da saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, o diagnóstico precocemente e prevenção de complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional e a providência de cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.

No âmbito desta competência, agiu-se sempre de forma a estabelecer cuidados promotores de saúde na mulher e família através ensinamentos realizados em consulta de saúde materna e em aulas de preparação para o parto nos CSP. Uma vez que não surgiu a oportunidade de desenvolver as duas últimas unidades de competência nos CSP, estas foram aplicadas através de ensinamentos realizados acerca dos domínios em questão, a puérperas durante o internamento no puerpério.

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;

Relativamente à competência, cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, esta apresenta três unidades de competência, a promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento, o diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento e providência de cuidados à mulher facilitando a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.

Foi possível desenvolver esta competência em contexto de CSP em Beja bem como em meio hospitalar, no HESE durante o período de estágio no internamento de ginecologia/grávidas patológicas em Évora e no HJJF em Beja durante o internamento no puerpério. Desenvolveu-se competências no domínio da promoção de estilos de vida saudáveis no período pré-natal e em situação de abortamento nomeadamente em consultas de saúde materna, onde se deu maior destaque à alimentação materna, exercício físico, aleitamento materno, sexualidade, medidas de alívio de desconfortos da gravidez, sinais de alerta e estilos de vida nocivos, nomeadamente consumo de álcool, drogas e tabaco. Abordou-se também durante as consultas o desenvolvimento embrionário/fetal adaptando a linguagem à mulher/família e facultou-se informação à grávida acerca dos recursos disponíveis na comunidade, nomeadamente da existência dos cheques-dentista, aulas de preparação para o parto, consulta de nutrição nos CSP e visita à maternidade do HJJF.

A visita à maternidade é realizada de 15 em 15 dias, por dois elementos da equipa de enfermagem do serviço de Obstetrícia do HJJF, nomeadamente uma enfermeira especialista e uma enfermeira generalista a exercer funções na ala do puerpério. Esta consiste numa receção ao grupo de grávidas onde é feita uma pequena sessão de educação para a saúde, apresentando o serviço e recursos disponíveis, o circuito pelo qual a grávida passa após a inscrição no serviço de urgência, horários de visitas, horário de refeições, pertences necessários a levar para a maternidade e procedimentos a realizar após a alta hospitalar. São também abordados temas pertinentes, como as vantagens do aleitamento materno e sinais de alerta. Estas visitas têm uma adesão significativa por parte da mulher/casal pelo que são sujeitas a agendamento entre a administrativa do serviço de Obstetrícia do HJJF e as EEESMO de todos os Centros de Saúde pertencentes à ULSBA para evitar um número elevado, não devendo ultrapassar as cinco a seis pessoas por visita. De realçar que, a pandemia devido ao Covid-19 veio impedir a realização desta visita, fazendo com que as grávidas manifestassem o seu desagrado e tristeza em relação a esta situação.

Promoveu-se o plano de parto, esclarecendo e apoiando a mulher/casal respeitando sempre a sua decisão. Esclareceu-se, informou-se e orientou-se a mulher para os recursos disponíveis na comunidade para a interrupção voluntária da gravidez respeitando sempre a decisão da mesma, as suas crenças e cultura. Informou-se e orientou-se para estilos de vida saudáveis em aulas de preparação para o parto onde houve oportunidade de participar bem como em meio hospitalar no HESE e no HJJF. Exemplo disso, são as sessões de educação para a saúde realizadas acerca das temáticas “Segurança Rodoviária antes e depois da gravidez” e promoção do “Aleitamento Materno” em que este último vai também de encontro à temática que suscitou interesse em aprofundar conhecimentos. Foi feita avaliação do bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados, através de cardiotocógrafo e auscultação do foco fetal, de salientar, que se

considera vantajoso o uso de novas tecnologias na saúde uma vez que estas vieram assim auxiliar a organização dos serviços, permitir o acesso mais rápido e simplificado à informação do utente, maior flexibilização e desburocratização dos procedimentos, facilitar a linguagem entre os profissionais de saúde e ligação entre instituições, gerar intra e inter-relações nas equipas contribuindo para a eficácia e garantia dos cuidados. A enfermagem tornou-se mais rica graças ao uso da tecnologia pois esta promoveu nos profissionais de saúde uma atitude de mudança, progresso na monitorização dos cuidados e uma melhoria na gestão da tomada de decisão (Narciso, & Carvalho, 2014). No entanto, fomos sempre capazes de saber assegurar também os nossos cuidados centrados num trabalho humanizado.

Houve cooperação com outros profissionais de saúde no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e ou concomitante, nomeadamente referenciando para a equipa médica e nutrição grávidas com valores de glicémia e hipertensão arterial elevados e foi feito planeamento, implementadas e avaliadas intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento no HESE respeitando sempre o espaço, crenças e cultura do casal.

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;

A competência do cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina subdivide-se em 3 unidades de competência. A promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimização da adaptação do RN à vida extrauterina, o diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do RN e a providência de cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.

No que diz respeito a esta competência, pode-se afirmar que se sentiu maior dificuldade em atingir competências neste domínio ao longo do percurso do estágio de natureza profissional uma vez que o grau de exigência no que respeita ao domínio técnico e psicomotor através das habilidades instrumentais requeriam bastante prática. Durante o período de 18 semanas de ensino clínico desenvolvido em sala de partos, foi respeitado o plano de parto estabelecido pela mulher considerando sempre a qualidade das intervenções, o controlo do risco materno-fetal e um ambiente calmo e seguro durante o trabalho de parto e parto tal como o SNS cita a recomendação da (OMS, 2018): “(...) *reduzir intervenções médicas desnecessárias, nas quais recomenda que as equipas médicas e de enfermagem não interfiram no trabalho de parto de uma mulher de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos reais de complicações*”.

Relativamente ao plano de parto, pôde-se constatar que o contacto pele-a-pele, o corte tardio do cordão umbilical e o períneo intacto foram os pedidos mais solicitados pela mulher/família. Planeou-se, implementou-se e avaliou-se intervenções promotoras de conforto e bem-estar da mulher e família de acordo com os seus desejos, nomeadamente, um ambiente calmo, acolhedor, com pouca luminosidade e musicoterapia. Promoveu-se o aleitamento materno e a vinculação entre a tríade após o nascimento através da presença do convivente significativo no momento do parto, do contacto pele-a-pele, do corte do cordão umbilical efetuado pela mãe ou pai e do aleitamento materno na 1ª hora de vida do RN tal como o Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros (2017) afirma que é benéfico para mãe e RN a amamentação precoce, ou seja, na 1ª hora de vida, bem como o contacto pele-a-pele após o nascimento uma vez que estas atitudes promovem uma boa ligação entre mãe e bebé. Houve também colaboração com outros profissionais no sentido de adotar e promover medidas de prevenção e controlo da dor, através de medidas farmacológicas, administração de analgésicos e anti-inflamatórios e medidas não-farmacológicas como o uso da bola de pilates, o repouso, a deambulação, massagem ou duche.

A identificação e monitorização do trabalho de parto feita através da cervicometria bem como a aplicação de manobras a realizar durante o trabalho de parto e parto foram sem dúvida as maiores dificuldades sentidas durante todo este percurso. Inicialmente foram técnicas realizadas conjuntamente com a Enfermeira Supervisora e graças à sua colaboração e disponibilidade estas competências foram-se adquirindo com a prática, tornando possível executá-las autonomamente e assertivamente por volta da 6ª semana, a técnica de cervicometria, e as manobras a realizar durante o trabalho de parto e o parto em si por volta da 10ª semana do ensino clínico em sala de partos. Foi feita referenciação para outros profissionais de saúde em situações que transcenderam a área de atuação enquanto futura enfermeira especialista, nomeadamente uma distócia de ombros de difícil reversão, pondo em causa o bem-estar fetal, uma dequitação cuja placenta apresentou membranas fragmentadas e uma desaceleração de difícil recuperação.

Relativamente à avaliação imediata do recém-nascido e implementação de medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina estas também foram atingidas na medida em que houve oportunidade de receber e prestar os primeiros cuidados ao RN, secando/aquecimento o RN, promovendo o contacto pele-a-pele e realizando estimulação táctil no dorso obrigando-o a chorar/respirar tal como recomendado pela OMS: *“(...) ações essenciais ao bebé imediatamente após o parto ajudá-lo-ão numa transição bem sucedida para a vida extrauterina (...) O primeiro passo após o parto, é secar imediatamente o bebé e mantê-lo quente. Para o manter quente, pode-se colocar o recém-nascido contra a pele da mãe ou cobri-lo com uma*

manta seca e quente. Se o bebê chorar e parecer saudável, poder-se-á então dispensar-lhe os cuidados de rotina. Caso o bebê não chore nem respire, o profissional de saúde deverá estimulá-lo, esfregando-lhe as costas.” (Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros, 2017, p.51)

Adquiriu-se também competências do domínio afetivo, implementando medidas de suporte emocional e apoio psicológico à mulher em trabalho de parto, à parturiente, bem como à família através da transmissão de mensagens tranquilizadoras e de coragem, escuta ativa e diálogo. Relativamente à avaliação da integridade do canal de parto e aplicação de técnicas de reparação, foram competências desenvolvidas, inicialmente com alguma dificuldade que, graças à prática clínica foi superada e executada de forma autónoma por volta da 10ª semana de ensino clínico em sala de partos, fazendo sempre encaminhamento para outros profissionais cujas situações ultrapassavam a área de atuação enquanto futura enfermeira especialista.

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

A competência do cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, de acordo com o regulamento das competências específicas do EEESMO apresenta três unidades de competência, sendo elas: A promoção da saúde da mulher e RN no período pós-natal, o diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal e providência de cuidados nas situações que possam afetar de forma negativa a saúde da mulher e RN no período pós-natal.

Ao longo das semanas de estágio no serviço de puerpério, foram desenvolvidas competências do domínio afetivo e atitudinal, promovendo a saúde mental, o apoio psicológico bem como medidas de suporte emocional relativamente à adaptação da mulher ao pós-parto e adaptação ao puerpério, potenciando a parentalidade responsável tanto da mulher como do convivente significativo encaminhando sempre para outros profissionais situações que estão para além da área de atuação enquanto futura enfermeira especialista. Para tal recorreu-se à escuta ativa, ao diálogo, ao esclarecimento de dúvidas e à transmissão de informação pertinente tal como recursos disponíveis na comunidade, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido, sexualidade/contraceção no pós-parto e promoção/apoio ao aleitamento materno, onde a última temática, aleitamento materno teve maior destaque uma vez que foram realizadas sessões de educação para a saúde às puérperas. Nas sessões realizadas foram abordados os benefícios do aleitamento materno, a frequência das mamadas, possíveis desconfortos passíveis de surgir durante a amamentação e métodos de alívio dos mesmos. *“O nascimento do primeiro filho é, portanto, um acontecimento que exige recurso a ajudas externas, nas quais se incluem os*

profissionais da saúde. Torna-se essencial que os enfermeiros estejam despertos para esta fase da transição maternal e que saibam que analisar e aceitar as experiências vividas (...). (Silva & Carneiro,2014,p. 22). A este respeito, referem ainda os autores, *“A puérpera primípara espera da Enfermagem atenção, paciência, estar junto, dar apoio e orientação nesta fase de adaptação, que ela considera uma experiência única na sua vida”* (Silva & Carneiro,2014, p. 22).

Foram feitas visitas domiciliárias no decorrer do estágio em CSP com o intuito de prestar suporte emocional à mulher e convivente significativo, auxílio na prática de aleitamento materno/alívio dos desconfortos mamários e apoio nos cuidados ao RN em contexto domiciliário potenciando a adaptação da mulher ao puerpério assim como à parentalidade responsável do casal no período pós-natal. De acordo com a DGS, *“Nesta fase é importante avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido bem como a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel. A visita domiciliária durante o período do puerpério (até ao 42º dia) constitui um instrumento de trabalho, sendo particularmente importante nas famílias ou situações identificadas como de risco”* (DGS, 2015,p.79).

Desenvolveram-se ainda competências da prática clínica que visaram promover a saúde da mulher e RN bem como competências que visam a prevenção, o diagnóstico e execução de medidas na saúde da mulher e recém-nascido em situações que possam afetar negativamente a saúde dos mesmos ao longo do período pós-natal, foi exemplo disso, a atonia uterina provocando uma perda hemática abundante levando conseqüentemente a mulher ao choque hipovolémico. Houve sempre cooperação com outros profissionais em situação de complicação pós-parto bem como encaminhamento para os mesmos nas situações que se revelaram estar para além do campo de atuação da EEESMO.

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;

A promoção da saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa, o diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério e a providência de cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa constituem as três unidades de competência do cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Neste domínio, no HESE durante o ensino clínico que decorreu no serviço de ginecologia, foram adquiridas competências de promoção da saúde da mulher ao longo do climatério, prevenção e diagnóstico de complicações para a saúde da mulher no climatério, execução de

cuidados à mulher que visem a proteção da saúde da mesma bem como a prevenção das alterações associadas ao climatério, referenciando para outros profissionais, situações que transcendam a área de atuação do EEESMO. Foi feita orientação e transmitida informação à mulher, acerca das alterações associadas ao climatério, dos recursos disponíveis na comunidade e desenvolveram-se competências do domínio afetivo promovendo a saúde mental na vivência da menopausa, executando medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério colaborando com outros profissionais no tratamento de complicações associadas ao climatério na mulher.

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;

A competência do cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde compreende como unidades de competência a promoção da saúde ginecológica da mulher, o diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções do aparelho genitourinário e/ou mama e a providência de cuidados à mulher com afeções do aparelho genitourinário e ou mama facilitando a sua adaptação à nova situação. Foi também ao longo das seis semanas de ensino clínico realizado no HESE no serviço de ginecologia, em regime de internamento que foi possível atingir competências no domínio da saúde/doença ginecológica. Foi um campo clínico que se destacou pela especificidade da área e também pelo facto de haver muito pouco contacto no que respeita à experiência profissional. Com a dedicação e disponibilidade por parte da supervisora clínica, foi possível desenvolver competências de informação e orientação da mulher acerca dos recursos disponíveis na comunidade no âmbito da saúde ginecológica, da mulher em tratamento de afeções do aparelho genitourinário/mama referenciando a mesma para outros profissionais sempre que a situação ultrapasse a área de atuação do EE.

Atingiu-se competências de promoção, diagnóstico e execução de cuidados à mulher que se encontra a vivenciar saúde/doença do foro ginecológico, onde as patologias com que se contactou ao longo das seis semanas de ensino clínico foram maioritariamente submetidas a cirurgias. Executou-se cuidados à mulher que se encontra a realizar tratamento ou em situação de complicações pós-cirúrgicas, em que esta foi a competência que se pôde desenvolver com maior possibilidade de prática clínica pelo número de cirurgias realizadas no serviço, nomeadamente a mulheres submetidas a histerectomia total e a histerectomia parcial estando na maioria da causa o útero miomatoso ou o mioma uterino. Prestou-se cuidados à utente sobretudo no período pré e pós-operatório, alívio e controlo de dor, cuidados ao penso e ferida operatória, administração de analgesia e transmissão de informação acerca da patologia e cuidados a ter aquando o momento da alta hospitalar. Foram desenvolvidas competências no domínio afetivo a

mulheres que necessitaram de medidas de apoio, suporte emocional e psicológico à mulher bem como ao convivente significativo, colaborando sempre com outros profissionais sempre que a situação ultrapasse o campo de atuação do EE.

De acordo com o quadro abaixo apresentado, através das experiências clínicas superadas ao longo do ensino clínico foi possível dar resposta a alguns dos objetivos do desenvolvimento sustentável da agenda da Organização das Nações Unidas (ONU) para 2030 nomeadamente:

Permitir que os serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, informação e educação, a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais, bem como que os direitos reprodutivos estejam acessíveis a toda a população agindo em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão. Reduzir ainda a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nados-vivos. (ONU, 2015)

Tabela 11-Quadro de experiências clínicas

1-Vigilância e prestação de cuidados à grávida	
• Exames pré-natais	217
2- Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos Eutócicos	43
• Participação ativa em partos gemelares	1
• Participação ativa noutros partos	9
• Episiotomia	15
• Episiorrafia/ Perineorrafia	27
• Participação ativa em partos pélvicos	/
3- Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco	
• Gravidez	30
• Trabalho de parto	9
• Puerpério	6
4- Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis	111
5- Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis	130
6- Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	12
7- Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afeções ginecológicas	46

5 – Considerações Finais

A obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora exigiu a aquisição de competências em diversos campos clínicos, sendo eles, no cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto e parto, período pós-natal, durante o climatério bem como na vivência de saúde/doença do foro ginecológico tal como o regulamento da OE assim o define. Para que fosse possível desenvolver e adquirir a prática clínica exigida nas áreas supracitadas, foi necessário mobilizar conhecimentos adquiridos ao longo do período teórico assim como realizar algum estudo/pesquisa adicional.

O presente relatório visa descrever e refletir cuidadosamente toda a experiência clínica ao longo dos seis locais de estágio assim como a exposição do trabalho exploratório de pesquisa desenvolvido no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia acerca da temática “Aleitamento Materno” recorrendo à investigação científica e sustentação na evidência científica.

O facto de a amamentação ter sido uma marca positiva do ponto de vista pessoal, pelo prazer que foi em amamentar, pelo vínculo estabelecido com os filhos, pelos momentos únicos de amor e carinho vivenciados com esta prática, despertou sempre um gosto especial por esta temática. Ao constatar no dia-a-dia a existência de muitas mães que não amamentavam os seus filhos até aos seis meses de idade em exclusivo tal como é recomendado pela OMS, despertou o interesse em aprofundar conhecimento acerca dos motivos que levava as mulheres da região, do Baixo-Alentejo, a abandonar esta prática através do desafio exigido pelo presente mestrado em saúde materna e obstétrica para a realização de um projeto de investigação. Esta temática encontra-se devidamente fundamentada com base na teorização e na evidência científica, apresentado no capítulo 3.1. Com a incursão na investigação considera-se que foi possível demonstrar os fundamentos sobre os quais se pode determinar a prática de enfermagem relativamente à promoção do aleitamento materno. O interesse pela temática explorada, a escassez de estudos na região do Alentejo e perante os resultados obtidos despertou o interesse em contribuir para a disseminação do conhecimento publicando os resultados do trabalho desenvolvido numa revista científica, publicação esta que será posterior à defesa das provas públicas devido à escassez de tempo e sobrecarga que a posição de trabalhador-estudante exige.

A realização do presente trabalho permitiu conhecer de uma forma mais ampla as questões que se colocam em torno da prática do aleitamento materno e desmame precoce, que tipo de influências são exercidas nesta prática e o que é possível ser feito por parte dos profissionais de saúde de forma a melhorar as taxas de aleitamento materno de acordo com o que é recomendado. Constatou-se que embora a maioria das mães tenha conhecimento acerca dos benefícios do leite materno, esse facto não é suficiente para que estas adiram e/ou mantenham esta prática pelo menos até aos seis meses do filho. Para que tal suceda é fundamental o apoio e a transmissão de informação, (seja ela através de consulta ou sessões de educação para a saúde) e o esclarecimento de dúvidas deve ser feito ao longo do período pré-natal uma vez que é ainda enquanto grávida que a mulher tem maior capacidade de interiorizar informação e não apenas no período pós-natal num ambiente que não lhes é familiar (meio hospitalar), onde se dá o primeiro contato com o filho no que respeita ao aleitamento materno onde provavelmente surgem as dificuldades iniciais. A grande maioria das mulheres inicia a amamentação em meio hospitalar mas por volta dos três meses acabam por cessar esta prática. Além da intervenção dos EESMO nas duas fases anteriormente descritas, é de realçar que atuação destes no pós-parto aquando a alta hospitalar, nomeadamente em visita domiciliária, é essencial ao sucesso da amamentação uma vez que vai permitir a avaliação de fatores que possam interferir de forma negativa no processo desta prática para posteriormente atuar e possibilitar que a puérpera se sinta confiante e autónoma no papel de mãe tal como vários estudos revelaram. Acredita-se que seria uma mais valia para o sucesso do aleitamento materno a inclusão da visita domiciliária nos CSP no plano de intervenção para todas as puérperas. Um aspeto que deve ser ainda trabalhado prende-se com as questões laborais das mães, uma vez que ainda existe uma percentagem elevada de abandono precoce cujas razões estão interligadas às entidades patronais como por exemplo: questões relacionadas com o espaço físico para retirar/armazenar leite ou aceitação do horário de amamentação.

Ao longo deste período surgiram alguns obstáculos a nível da prática clínica, pela sobrecarga de horários e a dificuldade que houve em conjugar os mesmos com a vida pessoal e profissional, pela interrupção forçosa causada pelo SARS COV 2 e ao nível da pesquisa pelos atrasos que processos burocráticos interferiram na aplicação do plano delineado, no entanto considera-se que estes não causaram interferência com os momentos de aprendizagem. O estágio de natureza profissional proporcionou uma diversidade de experiências com culturas e realidades diferentes, contribuindo assim para a reflexão, desenvolvimento e enriquecimento a nível pessoal e profissional, melhorando a qualidade da prestação de cuidados, a capacidade de comunicação e raciocínios subjacentes de forma clara, quer a EE e não especialistas assim como desenvolver aprendizagem ao longo da vida de modo fundamentalmente autónomo com vista a aquisição de um nível de competência de Mestre em Enfermagem e de EEESMO.

6 – Referências Bibliográficas

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists (2018) - Otimizando o Apoio à Amamentação como Parte da Prática Obstétrica, Vol. 132, Nr756, 4ª Edição, p.187. Acedido a 11 de Outubro de 2020, disponível em: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/ACOG Committee Opinion No 756 Optimizing Support.62.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/ACOG%20Committee%20Opinion%20No%20756%20Optimizing%20Support.62.pdf)

Alvarenga, S. et al, (2017) - Fatores que influenciam o desmame precoce. Acedido a 12 de Maio de 2019, disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74149923009.pdf>

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve. – Acedido a 25 de Setembro de 2020, disponível em: <http://www.chualgarve.min-saude.pt/>

Desaulniers, J. (1998) – Formação & Trabalho & Competência. Porto Alegre Editora;

DGS – Direção Geral da Saúde – Aleitamento Materno. Acedido a 12 de Outubro de 2020, disponível em: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/aleitamento-materno.aspx>

DGS - Direção Geral de Saúde (2015) - Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. p.79. Acedido a 12 de Outubro de 2020, disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

DGS - Direção Geral de Saúde (2012) – Registo do Aleitamento Materno/Relatório julho 2010 – junho 2011. Acedido a 7 de Outubro de 2020, disponível em: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/aleitamento-materno.aspx>

Diário da República Eletrónico – Regulamento nº140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 18 de Setembro de 2020, disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Diário da República Eletrónico – Regulamento nº391/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Acedido a 18 de Setembro de 2020, disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

Fialho, F. et al (2014) – Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. Revista Cuidarte. Acedido a 29 de Outubro de 2020, disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732014000100011

Fortin, Marie-Fabienne (1999) – O processo de investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência;

Frank, N.M., Lynch, K.F., Uusitalo, U. et al (2019) - A relação entre a amamentação e as taxas de infecção respiratória e gastrointestinal relatadas em crianças pequenas. BMC Pediatrics 19, N°339. Acedido a 20 de Outubro de 2020, disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1693-2>

Gaspar, J. et al (2015) - Aleitamento Materno – Ainda Longe do Desejável. Ata Pediátrica Portuguesa. Acedido em 16 de Outubro de 2019, disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/AleitamentoMaterno-ActaPeditricaPortuguesa.pdf>

HESE - Hospital Do Espírito Santo em Évora (2019) - Acedido a 2 de Outubro de 2020, disponível em: <https://www.hevora.min-saude.pt/>

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30, 607-610;

Levy, L. & Bértolo, H. (2012) - Manual de Aleitamento Materno - Edição revista;

Le Boterf, G. (2003) – Desenvolvendo a Competência dos Profissionais. Artmed Editora;

Maciel, O. et al (2014) - Recurso ao inquérito por questionário na avaliação do papel das Tecnologias de Informação Geográfica no ensino de Geografia – Revista de Geografia e Ordenamento do Território, N°6 - Acedido a 10 de Novembro de 2020, disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/got/n6/n6a10.pdf>

Mendes, F. & Zangão, M. (2010) – Aleitamento materno. Uma Abordagem na área de influência num Hospital de Apoio Perinatal diferenciado no Alentejo. Revista Investigação Enfermagem n°22. Acedido a 6 de Maio de 2019, disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/2410/1/ALEITAMENTO%20MATERNO.pdf>

Ministério da Saúde Brasileira (2009) – Saúde da Criança: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar – Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 23 - Brasília 1.ª edição. Acedido a 19 de Maio de 2019, disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf

Miranda, L., Zangão, O., & Risso, S. (2017). O Papel do Enfermeiro no Sucesso para o Aleitamento Materno. RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, 3(1). Acedido a 6 de Maio de 2019, disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/180-735-1-PB.pdf>

Morais, B. et all, (2016) - Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. Revista Gaúcha de Enfermagem. Acedido a 2 de Novembro de 2020, disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/moraes2016.pdf>

Moura, E. (2015) - Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. Acedido a 5 de Abril de 2019, disponível em: <http://autores.revistarevinter.com.br/index.php?journal=toxicologia&page=article&op=view&path%5B%5D=203&path%5B%5D=418>

Narciso, M., Inácio, R. & Carvalho, S. (2014) - As Tecnologias da Informação na Gestão em Cuidados de Enfermagem – Revisão Sistemática da Literatura. Acedido a 7 de Novembro de 2020, disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume-3-edicao-1-2014/as-tecnologias-da-informacao-na-gestao-em-cuidados-de-enfermagem-revisao-sistematica-da-literatura/>

Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel;

ONU – Organização das Nações Unidas (2015) – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Acedido a 28 de Setembro de 2020, disponível em: <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>

OE – Ordem dos Enfermeiros (2018) – Conselho de Enfermagem 2016-2019. Integração em Bloco Operatório. Acedido a 17 de Outubro de 2020, disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7307/parecerplusnC2%BAplus78plusceplus-plus19102017_integra%C3%A7%C3%A3oplusnoplusblocoplusoperat%C3%B3rio_edoc_2017_11256_rectifica%C3%A7%C3%A3o_anoni.pdf

Oliveira, A. et al (2017) - Práticas e crenças populares associadas ao desmame precoce. Acedido a 2 de Novembro de 2020, disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=7789243d-9717-4418-bd06-eaf1e34cd3b9%40pdc-v-sessmgr05>

Oliveira, C. (2015) - Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. Acedido a 5 de Outubro de 2020, disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/oliveira2015.pdf>

Oliveira, M. (2016) - Aleitamento Materno: Estudo de Prevalência e Fatores Condicionantes nos Primeiros Seis Meses de Vida. Pensar Enfermagem, Vol. 20, N.º 1. Acedido a 3 de Outubro de 2020, disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1_4_15.pdf

OMS – Organização Mundial de Saúde (2017) - Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros. Acedido a 1 de Novembro de 2020, disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Pordata – Base de dados Portugal Contemporâneo. Partos nos hospitais. Acedido a 18 de Maio de 2019, disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/SNS+partos+nos+hospitais-278>

Pordata – Base de dados Portugal Contemporâneo. População residente. Acedido a 20 de Setembro de 2020, disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente++estimativas+a+31+de+Dezembro-120>

Ramalho, S., Castro, F., & Galvão, D. (2010). Avaliação Materna da Amamentação às 48 horas pós-parto. International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 2, Nr 1, p.287-297. Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores Badajoz, España. Acedido a 2 de Outubro de 2020, disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832325029.pdf>

Rocci, E. e Fernandes, R. (2014) - Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. Acedido a 3 de Maio de 2019, disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0022.pdf>

Rodrigues, N. e Gomes, A. (2014) - Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. Acedido a 1 de Abril de 2019, disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/12791-Texto%20do%20artigo-45786-1-10-20160906.pdf>

Sarafana, S. et al (2006) – Aleitamento Materno: evolução na última década. Acedido a 16 de Outubro de 2020, disponível em: <http://docplayer.com.br/3842561-Aleitamento-materno-evolucao-na-ultima-decada.html>

Silva, C. e Carneiro, M. (2014) - Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. Acedido a 29 de Outubro de 2020, disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a03.pdf> Silva e Carneiro 2014

Silva, C. et al (2015) – Sentimentos e Vivências maternas associadas ao processo de amamentação. Acedido a 5 de Maio de 2019, disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/10739-22865-1-PB.pdf>

Small-Sample Techniques. The NEA Research Bulletin, Vol. 38 (December, 1960), p. 99;

SNS – Serviço Nacional de Saúde (2018) – Parto/Novas Recomendações da OMS. Acedido a 2 de Novembro de 2020, disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo-Alentejo (2019) - Intranet – Dados caderno estatístico. Acedido a 30 de Setembro de 2020, disponível em: http://intranet/ASuporte/statistics/Cadernos%20Estatsticos%20Geral/Caderno%20Estat%C3%A4stico%20Jan%20a%20Jun%202019_2020_Final.pdf

ANEXOS

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria da Luz Ferreira Ramos</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora / Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>082579806</u> <u>_ZZ3</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> ar <input checked="" type="checkbox"/> cc <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Telef.: <u>917127477</u> E-mail: <u>mlb@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-5620-0162</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> ar <input type="checkbox"/> cc <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> ar <input type="checkbox"/> cc <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgeec.nac.pt/tp4/08</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>Alimentação Materna; Emoções; Desmame; Leite Humano; Saúde da Mulher</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
<u>Alimentação Materna</u>	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA (Se necessário, submeter como anexo a este impresso)	
<u>Em anexo</u>	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano de Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração de Unidade Orgânica de acolhimento <small>(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipe de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo</small> <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos da 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 TDE/TP.</p>

Anexo B – Autorização da comissão de ética UE



Documento	1	9	0	4	8
-----------	---	---	---	---	---

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.ª Doutora Margarida Amoedo
Prof.ª Doutora Fátima Jorge
Prof.ª Doutora Sandra Leandro
Prof. Doutor Luís Sebastião
Prof. Doutor Armado Raimundo
Prof. Doutor Fernando Capela
Prof. Doutor Paulo Infante,

deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: *"Retrato das práticas de aleitamento materno das mulheres de uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários no Alentejo"* pela mestranda **Cora Machado dos Santos Moreira**, sob a supervisão da Prof.ª Doutora Maria da Luz Ferreira Barros (responsável académica).

Universidade de Évora, 18 de dezembro de 2019

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo C – Autorização da comissão de ética da ULSBA



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE 1979-2019



EXTRATO DE ACTA DA REUNIÃO N.º 07/2020 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 07.10.2020 (Ata n.º 43, Ponto 3.1)

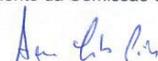
Aos seis dias do mês de outubro de dois mil e vinte, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Sara Isabel Veiga Martins, Assistente de Medicina Geral e Familiar, Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, Enfermeira do Gabinete de Promoção e Garantia da Qualidade e Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica. Não puderam estar presentes Aida Maria Matos Pardal, Enfermeira, e Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sênior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão que justificaram a sua falta. -----

----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----
««**PONTO QUATRO** – EDOC/2020/26987 – Pedido de autorização para aplicação de questionários para efeito de relatório de estágio/Tese de Mestrado, a realizar pela Enfermeira Cora Moreira -----

--- A Comissão de Ética após análise do Projeto não tem nada a opor e emite parecer favorável. -----

Beja, 12 de outubro de 2020

A Presidente da Comissão de Ética



Ana Matos Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES
Rua Dr. António Fernando Covas Lima
7801-849 Beja, Portugal
Tel: (+351) 284 310 200 Fax: (+351) 284 322 747
geral@ulsba.min-saude.pt www.ulsba.pt
NIF: 508 754 275

Anexo D – Escalas

Seção 1: dados sociodemográficos

1. Qual a sua data de nascimento? ____/____/____	2. Com quem vive?	3. Quais os seus estudos?
	<input type="checkbox"/> 1. Marido/companheiro	<input type="checkbox"/> 1. Não completou 4ª classe
	<input type="checkbox"/> 2. Marido e filhos	<input type="checkbox"/> 2. Não completou o 9º ano
	<input type="checkbox"/> 3. Só com os seus filhos	<input type="checkbox"/> 3. 9º ano
	<input type="checkbox"/> 4. Com os seus pais	<input type="checkbox"/> 3. 12º ano ou profissional
	<input type="checkbox"/> 5. Com os seus pais e filhos	<input type="checkbox"/> 4. Licenciatura
		<input type="checkbox"/> 5. Mestrado
		<input type="checkbox"/> 6. Doutoramento
4. Atualmente está empregada? <input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não		5. Se trabalha, qual a sua profissão? _____

Seção 2: Dados Obstétricos

6. Data parto _____	7. Assinale como foi o seu parto	8. O seu bebé esteve em contacto pele-a-pele consigo, imediatamente depois de nascer? <input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não
	<input type="checkbox"/> 1. Normal Vaginal	
	<input type="checkbox"/> 2. Cesariana	
	<input type="checkbox"/> 3. Forceps (ferros)	
	<input type="checkbox"/> 4. Ventosa	
		<input type="checkbox"/> 5. Forceps e ventosa
4. Peso do bebé ao nascer? _____		5. Peso do bebé atual? _____

Seção 3: Alimentação do seu Bebé. Por favor assinala com um X a opção referente ao seu caso.

4. Em casa, agora, como alimenta o bebé?	Número de vezes		
1. Se dá só mama, quantas vezes é que o bebé mama por dia?			
2. Se dá mama, o seu leite por copo ou biberão, quantas vezes o faz por dia?			
3. Se dá mama e biberão de leite artificial, quantas vezes o faz por dia?	1. Mama	2. biberão	
4. Se dá só biberão de leite artificial, quantos biberões dá por dia?			
5. Se dá mama e introduziu outros alimentos, quantas vezes o faz por dia?	1. Mama	2. Alimentos	
6. Se dá leite artificial e introduziu outros alimentos, quantas vezes o faz por dia?	1. L. artificial	2. Alimentos	
7. Se dá mama, leite artificial e introduziu outros alimentos, quantas vezes o faz por dia?	1. Mama	2. L. artificial	3. Alimentos

Seção 4: Apoio familiar. Assinale com X de 0 (nunca) a 2 (sempre), a opção referente ao seu caso. (Smilkstein, 1978.)

	Nunca	Às vezes	Sempre
1. Estou satisfeita com a ajuda que recebo da minha família quando tenho problemas	0	1	2
2. Conversamos entre todos sobre os problemas que temos em casa	0	1	2
3. As decisões importantes são tomadas em conjunto na família	0	1	2
4. Estou satisfeita com o tempo que passamos juntos	0	1	2
5. Sinto que a família gosta de mim	0	1	2

Seção 6: Satisfação vivida na amamentação. Indique a sua experiência relativamente à amamentação. Se já não amamenta, a experiência que viveu nessa altura (Versão Garcia Galvão, 2000) – Como definem a escala?

	Discordo Totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente
1. A amamentação dá-me/ deu-me satisfação interior	1	2	3	4	5
2. A amamentação proporciona (ou) momentos especiais com o bebé	1	2	3	4	5
3. O meu bebé não tem/tinha qualquer interesse em mamar	1	2	3	4	5
4. O meu bebé adora/adorou mamar	1	2	3	4	5
5. Para mim é/foi um fardo ser a principal fonte de alimentação do bebé	1	2	3	4	5
6. Sinto-me/ senti-me extremamente ligada ao meu bebé quando o amamentei	1	2	3	4	5
7. O meu bebé mama/mamava avidamente	1	2	3	4	5
8. A amamentação é/foi fisicamente esgotante	1	2	3	4	5
9. Para mim é/foi importante poder amamentar	1	2	3	4	5
10. Durante a amamentação o crescimento do bebé é/foi excelente	1	2	3	4	5
11. Eu e o meu bebé "trabalhamos/trabalhámos" em conjunto para que a amamentação corresse calmamente	1	2	3	4	5
12. A amamentação é/foi uma experiência muito afectiva e maternal	1	2	3	4	5
13. Enquanto amamento sinto/senti constrangimento em relação ao meu corpo	1	2	3	4	5
14. Enquanto amamento sinto/senti-me demasiado presa todo o tempo	1	2	3	4	5
15. Enquanto amamento preocupo-me/preocupe-me com o aumento do peso do bebé	1	2	3	4	5
16. A amamentação acalma/acalmava o bebé quando estava aborrecido ou chorava	1	2	3	4	5
17. A amamentação é/era como uma espécie de êxtase	1	2	3	4	5
18. O facto de produzir alimento para o bebé é/foi muito gratificante	1	2	3	4	5
19. No princípio o o meu bebé teve problemas com a amamentação	1	2	3	4	5
20. A amamentação faz/fez-me sentir uma boa mãe	1	2	3	4	5
21. Gosto/Gostei muito de amamentar	1	2	3	4	5
22. Enquanto amamento anselo/ansiava por retomar a minha forma física	1	2	3	4	5
23. A amamentação faz/fez-me sentir mais confiante como mãe	1	2	3	4	5
24. O meu bebé desenvolve-se/desenvolveu-se muito bem com as minhas outras actividades	1	2	3	4	5
25. A amamentação faz/fez com que o meu bebé se sentisse mais seguro	1	2	3	4	5
26. Posso/Pude ajustar facilmente a amamentação do bebé com as minhas outras actividades	1	2	3	4	5
27. A amamentação fez-me sentir como se fosse uma vaca	1	2	3	4	5
28. O meu bebé estava relaxado enquanto mamava	1	2	3	4	5
29. A amamentação foi emocionalmente desgastante	1	2	3	4	5
30. A amamentação foi uma sensação maravilhosa para mim	1	2	3	4	5

Seção 8: Se deixou de amamentar, quais as razões

		Sim	Não
Razões físicas da mãe	1.Dor ao amamentar		
	2.Gretas ou fissuras		
	3.Cansaço pelo ritmo da amamentação		
	4.Cansaço por ter outras tarefas a realizar		
	5.Cansaço por noites mal dormidas		
Razões pelo desenvolvimento do bebê	1.Preocupação com o peso do bebê		
	2.Pouco leite		
	3.Parece insatisfeito, com fome		
Razões da conjugalidade	1.Interferência nas relações de intimidade com o marido		
	2.Pouca disponibilidade para relações de intimidade		
	3.Pouca disponibilidade para acompanhar o marido		
	4.Marido está farto		
Razões sociais da mãe	1."Prisão" pela dependência do bebê		
	2.Porque o bebê não tem horas certas para mamar		
	3.Ocupa muito tempo		
Razões do conselho da família	1.As pessoas de família pensam que 6 meses é demais		
	2.As pessoas de família pensam que o leite é insuficiente		
	3.Mãe/Sogra/Tia recomendam seguir o exemplo delas		
Razões laborais	1.Regresso ao trabalho		
	2.Colegas pouco compreensíveis, achariam estranho, troçam		
	3.Horários pouco flexíveis (noturnos, rotação...)		
	4.Patrão nega o direito do horário de amamentação		
	5.Falta de condições para retirar o leite no emprego		
	6.Vergonha por necessidade de retirar o leite		

Por favor, antes de entregar, confirme se respondeu a todas as questões

Agradecemos muito ter-nos dado algum do seu tempo, a responder a este questionário. Muito obrigado.

APÊNDICES

Apêndice A – Reflexões críticas

O presente trabalho insere-se na unidade curricular Relatório do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica e tem como objetivo descrever as experiências bem como as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica e de mestre em enfermagem desenvolvidas ao longo dos vários campos de estágio.

O primeiro campo de estágio, iniciou-se a 17 de Setembro de 2019 na Unidade de Cuidados de Saúde Primários em Beja. Esta unidade é composta por 3 pisos. No piso -1, encontra-se a lavandaria, arrecadações, sala de esterilização, serviço de aprovisionamento, bar e uma wc com chuveiro.

No piso 0, encontra-se a área de atendimento aos utentes, está disponível a consulta de recurso para a qual têm ao dispor 2 gabinetes médicos, 1 sala de enfermagem, wc, 1 balcão de atendimento administrativo e sala de espera. Neste mesmo piso, podem-se encontrar ainda 6 módulos de consultas. Os 3 primeiros módulos são compostos por 2 a 3 gabinetes médicos, 2 gabinetes de enfermagem, 1 sala de tratamentos e 1 área administrativa comum. O 4º módulo é composto por 1 gabinete médico, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala de tratamentos, 2 salas destinadas a consulta de nutrição e consulta de higiene oral. O 5º módulo é composto por 2 gabinetes médicos, 2 gabinetes de enfermagem, 1 gabinete de planeamento familiar, atendimento administrativo e 1 gabinete de enfermagem destinado a enfermeira especialista em Saúde Materna. O último módulo, o 6º, é composto por 1 gabinete de ortóptica, 1 gabinete médico, 1 sala de tratamento do pé diabético, wc e um posto administrativo.

No piso 1, encontram-se os serviços administrativos, a UCC onde também funciona a RNOCI de ambulatório, gabinetes de chefia, gabinetes de consulta de psicologia, sala de reuniões, atendimento social, gabinetes de cuidados continuados, biblioteca telefonista, wc e o laboratório de análises clínicas e de saúde pública. Relativamente aos recursos humanos, esta unidade de saúde dispõe de 14 médicos, 7 médicos internos de medicina familiar, 20 enfermeiros, 11 enfermeiros da UCC, 7 assistentes operacionais, 15 administrativos, 2 assistentes sociais, 1 nutricionista, 1 optometrista, 1 técnico de higiene oral, 1 fisioterapeuta e 3 psicólogos.

Ao longo das 6 semanas neste campo de estágio, tive a oportunidade de realizar rastreios das doenças metabólicas, realizar cardiocorografias as grávidas a partir das 36 semanas de gestação, colheitas de exudado vaginal e rectal para despiste da presença de streptococos, auscultação do foco fetal, consultas do 1º, 2º e 3º trimestre, assistir e participar em aulas de preparação para o nascimento, realizar uma sessão de educação para a saúde acerca da segurança rodoviária na grávida e recém-nascido, auxiliar na prática de aleitamento materno/alívio dos desconfortos mamários, realizar algumas visitas domiciliárias e ainda frequentar o Congresso de Saúde

Materna e Obstétrica do CHPVVC – Póvoa do Varzim “Nascer em Família” juntamente com a minha enfermeira perceptora.

Dei início a esta etapa num dos Centros de Saúde de Beja com alguma apreensão e nervosismo pois não se tratava de um ensino clínico de uma licenciatura, estava ali agora já uma profissional, formada, no ensino clínico de um Mestrado mas sem experiência na área.

A forma como fui recebida e apresentada a todas as equipas pertencentes a este centro de saúde fez com que me sentisse “em casa” e permitiu-me relaxar e encarar aquele ensino clínico de uma forma mais natural e fluida.

As seis semanas passadas nos cuidados de saúde primários deram-me a conhecer a importância que a enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica tem nesta fase da vida da mulher seja ela em fase de planeamento familiar, grávida ou no pós parto. Contactei com grávidas e puérperas nos mais variados estados emocionais, mulheres que estampavam um sorriso no rosto contagiante e que transbordavam felicidade plena pelo filho que carregavam no ventre independentemente dos desconfortos que se faziam sentir e isso trouxe-me algumas recordações e saudade das minhas grávidas. Contactei também com o lado menos bom, em que mulheres traziam com elas a dúvida de seguir ou não com aquela gravidez, mulheres que pediram para frequentar a consulta de IVG, mulheres que após dar a notícia da gravidez ao companheiro foram abandonadas por eles e mesmo assim reuniram forças e seguiram em frente com muitas dificuldades e mulheres à beira de uma depressão pós-parto por talvez não se encontrarem preparadas para as alterações fisiológicas e para o cansaço físico e psicológico que a maternidade exige, e em todas estas mulheres pude constatar que tinham um sentimento em comum, o medo. Medo de ter dificuldade em engravidar, medo de seguir com a gravidez, medo de dar a notícia ao companheiro, medo de surgir alguma complicação, o medo da perda e o medo do parto.

Foram várias as situações que me marcaram e uma delas foi a de uma grávida que foi à consulta do 1º trimestre, era a 3ª gravidez e tinha dois filhos vivos. Esta mulher atravessava uma fase conturbada na sua vida familiar e amorosa e engravidou. Foi uma consulta que demorou muito mais tempo que aquele que era estipulado por toda a escuta e diálogo que disponibilizámos para ela. Esta consulta começou por perguntarmos “Como está? Como se sente com a gravidez? E como tem passado?”, a qual nos apercebemos de imediato que algo não estava bem pela resposta que a grávida nos respondeu: “Mal. Não sei se deveria ter continuado com isto”. Damos tempo a esta senhora para ela chorar, desabafar, fazer-nos questões e até mesmo tempo em que o silêncio prevaleceu naquele gabinete.

Revelou-nos que desde o nascimento do 2º filho, se sentia exausta e vencida pelo cansaço que as tarefas diárias e o tempo que disponibilizava para os filhos. Revelou-nos alguma mágoa, tristeza e desilusão no que respeitava à relação com o seu marido, o que a levou a pensar na separação e na IVG, tendo mesmo ido à consulta para este efeito mas que sem nos saber dar uma razão concreta acabou por não querer interromper aquela gestação. Contudo, conseguiu levar o seu marido juntamente com ela a frequentarem consultas de psicoterapia para casais, uma vez que achava fulcral para aquela gravidez e futuro filho, o bem estar dela e daquela relação com o marido. Mostrou-se bastante preocupada com a falta de apoio e ajuda perante o nascimento do 3º filho. Pode constatar que esta mulher infelizmente não estava a vivenciar a gravidez como desejava, como vivenciou as outras gravidezes anteriores e como todas as mulheres que desejam engravidar idealizam, com felicidade e disfrutando de cada avanço sentido.

Uma outra situação que me marcou foi a de uma puérpera que contactou a Enfermeira Especialista para que lhe fossem esclarecidas algumas dúvidas em relação à amamentação uma vez que estava com alguns problemas neste sentido. Agendámos de imediato a ida desta mãe até lá pois não queríamos de maneira alguma que esta desistisse do aleitamento materno e também porque nos apercebamos de que algo mais se passava pois a labilidade emocional estava presente naquele telefonema.

Tratava-se de uma rapariga com cerca de 36 anos, Psicóloga de profissão e tinha sido seguida connosco nas aulas de preparação para o parto, nas consultas de vigilância pré-natal bem como na realização do cardiocograma a partir das 36 semanas o que permitiu criar alguma relação de empatia e confiança com esta mãe. Recebemos então a puérpera E.M. acompanhada pelo companheiro e bebé. Ao contrário das vezes que esteve connosco, naquele dia vinha com uma imagem pouco cuidada, pouco arranjada e com um ar um pouco apreensiva e entristecida.

Esta puérpera inicialmente expôs as dificuldades que estava a passar em relação à prática do aleitamento materno e colocou algumas questões que iam sendo esclarecidas ao longo da conversa que tivemos no gabinete. Após os esclarecimentos no que respeitava à teoria, partimos então para a prática onde colocámos o bebé à mama. Quando auxiliámos a mãe neste sentido, constatámos que o bebé apresentava alguma irritabilidade, que a mãe ficava em estado de ansiedade e stress e o companheiro intervia com as mais variadas observações e afirmações relativamente ao leite materno tais como: "O leite não deve ser suficiente e ele chora porque não fica satisfeito", e "Acho que é melhor fazer leite de lata porque se não o bebé vai perder peso".

Posto isto, conseguimos recolher daquele cenário informação que nos levou a perceber o motivo da labilidade emocional da E.M e das dificuldades que esta estava a sentir na prática do

aleitamento materno. Naquele momento vimos que havia ali alguma pressão por parte do companheiro e que aquela mãe estava numa posição de dúvida. Referiu-nos que desejava muito amamentar, porque sempre idealizou amamentar o seu filho e por toda a informação que havia lido acerca dos benefícios do aleitamento materno durante a gravidez. Por momentos o companheiro saía do gabinete para atender um telefonema e a senhora, em lágrimas confessou-nos que não aguentava mais a pressão por parte do pai do bebé, que não aguentava mais ouvir a cada momento da mamada “o leite não é suficiente para o bebé ficar satisfeito por isso é que ele chora” e que estava por momentos a pensar que talvez fosse ela a estar errada e até mesmo a ser egoísta por querer insistir com a amamentação.

Para além desta questão, veio-nos também a confidenciar que não tinha ligação com o seu pai, que a mãe já havia falecido e que durante a gravidez soube pela sua tia que a sua mãe queria muito tê-la amamentado e não tinha concretizado esse desejo por questões laborais. Referiu-nos que essa situação andava a fazê-la pensar muito e que gostaria de concretizar com o seu filho, aquilo que a sua mãe não tinha conseguido realizar com ela. Sentimos que aquela mãe tinha muita falta de falar e de desabafar tudo o que a atormentava e que para além disso, precisava de alguém que a ouvisse e apoiasse nas suas dúvidas e decisões. Naquela manhã tivemos todo o tempo do mundo e demonstramos a nossa disponibilidade para escutar aquela mãe. No final de tudo, foi gratificante ouvir um obrigado pela nossa disponibilidade, pela nossa atenção, pela nossa escuta e saber que aquela mãe deixou o peso que carregava e todas as suas dúvidas e incertezas conosco, “vou para casa bem mais leve”.

Estas seis semanas passadas neste campo de estágio permitiram-me ter uma visão dos cuidados prestados a grávida e puérpera relativamente aos cuidados de saúde primários e usufruir de uma maior disponibilidade horária que existe nos cuidados de saúde primários para a triade. Foi possível realizar visitas domiciliárias onde avaliei o ambiente e relação da família no domicílio, realizei alguns Rastreios de Doenças Metabólicas tanto no domicílio como no Centro de Saúde, administrei algumas vacinas da Hepatite B a recém-nascidos, realizei consultas dos três trimestres onde abordei vários temas pertinentes e onde também estive disponível para escutar as preocupações e dúvidas das grávidas, participei nas aulas de preparação para o parto. Foram experiências que me enriqueceram quer a nível pessoal como a nível profissional, sobretudo como futura enfermeira especialista na área da Saúde Materna e Obstetrícia.

O segundo campo de estágio decorreu na cidade de Évora no Serviço de Obstetria/Ginecologia do Hospital Espírito Santo. Este serviço integra a rede nacional de Hospitais de apoio perinatal diferenciado. No que respeita a recursos humanos, dispõe de 30 enfermeiros, 8 médicos especialistas, 2 médicas internas da especialidade, 11 assistentes operacionais, 3 administrativas e 1 segurança.

Este serviço encontra-se no piso 3 do hospital e é composto por uma recepção, uma sala de admissões, 1 gabinete de Consulta de Diagnóstico pré-natal, 1 Gabinete do Diretor de Serviço, 1 Sala de Reuniões, 1 Gabinete Médico, 1 Gabinete de Enfermagem e 1 Gabinete de Triagem de Recém-Nascidos. Ainda dispõe de 12 enfermarias, 5 delas compostas por duas camas cada e 7 com três camas cada.

Dispõe ainda de 1 sala de testes auditivos, 1 sala de tratamentos, 5 casas-de-banho tendo uma delas um chuveiro ao dispor, 1 sala de vijos, 1 arrecadação, 1 vestiário, 1 copa, 1 sala de esvaziamento mamário, 1 sala do cantinho da amamentação e uma zona restrita para os funcionários do serviço.

Foi um campo clínico que exigiu muito esforço físico, mental, psicológico e até mesmo financeiro da minha parte uma vez que vi restrito o contacto com a minha família, sobretudo com os meus filhos pela carga horária de trabalho/estágio que estas seis semanas exigiram e pelas despesas que as deslocações para o campo clínico assim o obrigaram. No entanto, apesar de todo o meu esforço considero que este campo de estágio foi bastante interessante e enriqueceu-me a nível pessoal e profissional uma vez que a Ginecologia foi uma área na qual contactei muito pouco enquanto aluna do curso base da licenciatura e a área de grávidas com patologia associada foi uma área que nunca tinha tido contacto até então.

Ao longo destas seis semanas nos meses de Outubro a Dezembro, tive a oportunidade de realizar uma sessão de educação para a saúde acerca dos benefícios do aleitamento materno, durante a qual as senhoras puderam colocar-me questões acerca do tema, falar um pouco da sua experiência como mães de "segunda viagem" e trocaram impressões entre elas. Pude também realizar cardiocografias a grávidas com patologias associadas, nomeadamente, diabetes gestacional, hipertensão gravídica, oligoâmnios, hidrâmnios e que requeriam internamento, pude realizar a auscultação do foco fetal, preparar doentes para cirurgia ginecológica e prestar cuidados às mulheres do foro ginecológico no pré e pós-operatório. Criei empatia com algumas grávidas e utentes do foro ginecológico que acabaram por ter um internamento um pouco mais longo e que mantiveram contacto alguns dias comigo, o que permitiu falar um pouco de uma forma mais aberta durante a prestação de cuidados e que me deixou também feliz por existir essa abertura e a vontade para tal.

Foram 6 semanas num ambiente acolhedor e agradável, onde me colocaram sempre à vontade para esclarecimento de qualquer dúvida que pudesse surgir. Ao longo deste tempo, surgiu uma situação que me marcou pela negativa e que me fez refletir durante alguns dias. Num dos turnos realizados neste serviço, além de grávidas com patologia associada, tinha também ao meu cuidado uma senhora com um aborto retido com 16 semanas de gestação. Tratava-se de uma senhora nova, com cerca de 36 anos, que passava por esta situação pela 2ª vez. Ao entrar na enfermaria encontrei uma senhora pouco comunicativa, muito introvertida e que nos dava pouca abertura para falar ou até mesmo escutar num momento como este. Tinha feito medicação no turno da manhã com o propósito de expulsar o feto morto, referia dor semelhante à contração mas ainda sem benefício.

No final do turno da tarde, a senhora solicitou a presença de uma enfermeira junto dela por “sentir sair algo”, pelo que pedimos permissão para a observar e de facto constatámos que estávamos diante do feto morto. Explicámos à senhora a situação e quais os procedimentos que iríamos ter de seguir, recolher o feto para um contentor próprio e enviar para análise uma vez que se tratava de um segundo aborto. A utente foi receptiva à informação prestada e colaborou connosco dentro das possibilidades. Damos então início ao tratamento do conteúdo que havia sido expulso, acomodámo-lo no contentor próprio com formol, identificámos e colocámos com a devida requisição médica e de transporte no local onde estas amostras são recolhidas para a análise.

Confesso que toda aquela situação mexeu um pouco comigo...o visualizar o feto, todo aquele aspeto que apenas conhecia de livros ou vídeos, o estado de espírito da senhora, saber que tem o filho que desejou, morto no seu ventre e que aguarda que ele saia, o facto de passar por esta situação pela 2ª vez, o sentir a expulsão do feto, são situações que devem envolver muitos e muitos pensamentos durante aqueles minutos, horas e dias seguintes ao se confirmar o diagnóstico, o aborto. Penso que é uma situação muito dura para uma mulher que deseja uma gravidez e que necessita de um grande suporte emocional e familiar para minimizar os danos que uma perda desta dimensão causa.

Após os procedimentos que toda a situação nos obrigava, fomos junto da senhora e oferecemos a nossa disponibilidade e atenção para o que esta precisasse. A senhora prontamente nos respondeu que precisava ter alta médica e seguir para casa para junto da sua família. Foi-lhe então esclarecido que tal só seria possível no dia seguinte de manhã caso a noite que se seguia decorresse sem intercorrências. Respeitámos o momento que a senhora pediu para ficar só. Não foi colocada nenhuma outra senhora junto na enfermaria e tivemos em atenção a distância desta senhora em relação às puérperas e respetivos recém-nascidos que se encontravam neste serviço de forma a não causar transtornos emocionais. No dia seguinte, logo pela manhã, esta senhora

tomou o pequeno-almoço, reuniu toda a burocracia necessária e teve alta hospitalar acompanhada pelo seu companheiro.

Foi uma situação pela qual nunca tinha assistido, nem mesmo enquanto aluna da licenciatura e esta experiência, embora com uma carga negativa, permitiu-me ver o lado menos positivo do mundo da Obstetria e compreender os procedimentos a cumprir. De todo este período decorrido no serviço em Évora, esta foi a única situação que me marcou pela negativa, todas as outras experiências que surgiram foram positivas e acabaram por enriquecer bastante o meu ensino clínico na área. Penso que foi um campo clínico importante também para conhecer outra realidade diferente daquela em que vou exercer a minha profissão, para conhecer o funcionamento deste serviço e para tomar consciência das competências da enfermeira enquanto especialista na área da utente do foro ginecológico e da grávida com patologia associada bem como ter oportunidades para colocá-las em prática ao longo destas 6 semanas.

O terceiro campo de estágio decorreu na Unidade Local de Saúde do Baixo-Alentejo na Sala de Partos do Serviço de Obstetrícia do Hospital José Joaquim Fernandes em Beja. Relativamente aos recursos humanos, dispõe de quinze enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia incluindo a Enfermeira Chefe e sete enfermeiras generalistas, cinco médicos residentes, oito médicos externos à instituição, duas médicas internas da especialidade, nove assistentes operacionais e uma administrativa.

Este serviço encontra-se no 3º piso do hospital e contém três valências, sendo elas a urgência de ginecologia e obstetrícia, as salas de partos e o por fim o puerpério. O serviço é constituído por uma sala de admissões/urgência, duas salas de partos, uma enfermaria de grávidas composta por três camas, um quarto destinado ao internamento de grávidas com patologias, uma sala polivalente na qual se realizam exames de diagnóstico, cardiocotogramas e partos. Na quarta e última valência, o puerpério, estão ao dispor cinco enfermarias, quatro delas constituídas por três camas cada uma e uma enfermaria de duas camas, perfazendo um total de quatorze camas, um gabinete médico, um gabinete destinado ao registo do recém-nascido na conservatória do registo civil, uma sala de desinfeção de material clínico, um espaço de wc para as utentes constituída por duas zonas de duche e três casas-de-banho, uma casa de banho para os funcionários do serviço, um espaço destinado à administrativa do serviço, uma copa de leite na qual se conserva o leite materno, prepara o leite artificial e ainda permite pequenas refeições aos funcionários, um gabinete de enfermagem e um vestiário para os funcionários do serviço.

Até ao presente momento, a sala de partos foi de todos os campos de estágio aquele que mais me impressionou pelas experiências que vivi tanto pela positiva na sua grande maioria como pela negativa. Foi um período de estágio em que tive a oportunidade de aplicar na prática alguns conhecimentos que fui adquirindo na teoria do 1º ano deste Mestrado em Enfermagem Obstétrica.

Pude colocar por muitas vezes o cardiocotograma nas mulheres grávidas, permitindo assim interpretar vários padrões da frequência cardíaca fetal e refletir acerca dos mesmos. Pude observar as mulheres e trocando algumas impressões com a minha enfermeira perceptora acerca da cervicometria, pude compreender o estado do trabalho de parto na sala de partos, ponto este que senti inicialmente alguma dificuldade mas que com a prática foi conseguindo melhorar e ultrapassar. Tive também a oportunidade de suturar episiotomias e lacerações. Área esta que também senti alguma dificuldade e que na minha opinião, acabará por ser ultrapassada com a prática. Coloquei em prática a entrevista na admissão da grávida e contactei com um mundo de medicação diferente daquele que me era familiar.

Este campo de estágio permitiu-me vivenciar uma diversidade de emoções. Desde o stress, a tensão, a adrenalina, a felicidade e a realização de dever cumprido após cada parto realizado. Ao longo destas 6 semanas, pude observar, auxiliar e participar naquela que considero o melhor que uma mulher pode vivenciar, o nascimento de um filho. Presenciei partos lindos e que me deixaram de alma e coração cheio. Partos esses em que juntamente com a minha perceptora permitimos a presença de um familiar/pessoa significativa sempre que a parturiente demonstrou interesse em estar acompanhada, colaborei no alívio da dor através do duche, da adoção de posições verticais e da utilização da bola suíça. Proporcionei um ambiente calmo com a presença de música, um ambiente descontraído, onde houve um diálogo com a parturiente acerca das mais diversas temáticas ao longo do trabalho de parto permitindo assim que esta relaxasse e não ficasse tão ansiosa com a aproximação do período expulsivo. Recordo-me de ouvir uma senhora a dizer após o parto: "O bebé estava quase a nascer e vocês aqui tão calmas a falar comigo de maquilhagem. Foi tão bom...nem dei por tudo o que se estava a passar". Auxiliei também as parturientes na técnica de respiração durante o período das contrações e período expulsivo. Técnica esta que penso ser fundamental ao longo do trabalho de parto uma vez que vai permitir um melhor controle da mulher a nível emocional e consequentemente uma melhor colaboração com os profissionais de saúde nas horas que antecedem o nascimento.

Tive também oportunidade de prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido. Momento este que me deixou sob alguma tensão pois são minutos que requerem agilidade, rapidez e grande poder de observação de forma a despistar alguma complicação. Felizmente, vivenciei sempre aquela sensação de alívio por ultrapassar aqueles 10 minutos e não haver intercorrências com o recém nascido e puder levá-lo para junto da mãe, permitir o contacto pele a pele e a amamentação na 1ª hora de vida tal como é recomendado pela Organização Mundial de Saúde, indo de encontro também a um dos meus objetivos neste campo de estágio.

Todas estas experiências que referi foram experiências positivas e que me fizeram sair daqueles turnos com um sentimento de realização enorme e um sorriso no rosto. Mas infelizmente nem sempre foi assim. Num final de turno da noite, poucos momentos antes da passagem de turno, chegou uma grávida de 21 semanas, muito quieta e a desvair-se em lágrimas. Vinha de cadeira de rodas e acompanhada pelo seu companheiro. Já na sala de admissão/urgência, enquanto aguardávamos a chegada da equipa médica e aquando a passagem da cadeira de rodas para a marquesa eis que se vê nas calças desta mulher uma mancha de sangue sem tamanho. Mancha esta que em questão de segundos invadiu o chão daquela sala. No momento em que se despiu a senhora e a colocámos na marquesa, vimos de imediato a cabeça do feto. Recorrer a um resguardo e receber aquele ser já sem vida foi o máximo que se conseguiu fazer naquele momento. As palavras daquela mãe ficaram-me no ouvido como se fosse hoje: "Não quero

ver... tirem mas eu não quero ver! E agora como é? Fico com o outro bebê ainda?!”). E foi nesse momento que percebemos que se tratava de uma gravidez gemelar. Poucos momentos depois, nasceu o 2º feto, também ele sem vida. Foi com uma enorme tristeza que juntamente com a minha perceptora, peguei aqueles fetos e os identifiquei para que depois pudessem seguir para estado. Tratava-se de uma menina e um menino, completamente formados e anatomicamente perfeitos sem que nada apontasse para a causa de tamanha crueldade. Depois de todo aquele acontecimento, aquela mulher ficou ainda na sala em observação, a aguardar a dequitação e a receber apoio juntamente com as colegas que iriam entrar para o turno da manhã. Sai daquele turno com sentimentos de mágoa, dor, angústia e tudo aquilo que se passou naquele curto espaço de tempo no final daquele turno ficou a pairar na minha cabeça ao longo do dia. Foram sem dúvida as piores imagens que vi na minha vida e vão ficar-me na memória por muitos e muitos anos se não para a vida.

Penso que foi um campo de estágio bastante enriquecedor, na medida em que me permitiu colocar em prática os conhecimentos/técnicas que adquiri no período de teoria bem como experienciar diversas situações, que sendo elas de forma positiva ou negativa que me fizeram refletir.

O quarto campo de estágio decorreu no Bloco de Partos do CHUA de Portimão. No que respeita a recursos humanos, este serviço dispõe de equipa de 30 Enfermeiros, sendo 1 Enfermeira Chefe com a Especialidade em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, 19 Enfermeiras com a Especialidade em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, 1 Enfermeira com Curso de Supervisão e Tutoria Clínica em Enfermagem, 1 Enfermeira com Pós-graduação em Administração e Gestão dos serviços de Saúde e 1 Enfermeira que colabora como Tutora, na área de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, com Escola Superior de Saúde de Beja. Este serviço é ainda composto por 10 Médicos Especialistas pertencentes à instituição e 14 Médicos Especialistas prestadores de serviços, 14 Assistentes Operacionais e 2 administrativas.

Este, assiste uma população de cerca de 130 000 habitantes e abrange os municípios de Portimão, Lagos, Silves, Lagoa, Monchique, Aljezur e Vila do Bispo.

Bloco de Partos do Hospital de Portimão CHUA que se encontra localizado no 2º piso do Hospital. Este piso compreende o Bloco Operatório para Urgências Obstétricas e Ginecológicas, a Urgência Obstétrica e Ginecologia o Bloco de Partos. Todos estes serviços que se encontram neste piso pertencem ao departamento Materno-Infantil, a exceção da Urgência Pediátrica que se encontra no 1º piso.

O Bloco Operatório é composto por uma sala de apoio e reanimação de recém-nascidos, uma sala cirúrgica, duas casas-de-banho, uma zona de desinfeção e lavagem de mãos, uma zona de transfer e uma arrecadação. Relativamente aos recursos humanos, o bloco operatório é composto por Médicos Obstetras, Anestesiistas e Pediatras que pertencem a uma escala de urgência, e uma equipa de enfermagem e assistentes operacionais fixos.

A Urgência Obstétrica e Ginecológica é composta por uma sala de espera, a admissão de doentes, quatro casas de banho, um Gabinete Médico, um Gabinete de Pessoal, o Gabinete da Chefe de Enfermagem, duas salas de observação e/ou admissão de Obstetrícia, uma sala de observação e/ou admissão de Ginecologia, uma sala para cardiocotografia, um vestíbul para utentes, um vestíbul para funcionários, uma rouparia e uma zona de sujos.

O Bloco de Partos é composto por cinco salas de dilatação/parto individuais que se encontram organizadas de modo a proporcionar conforto, tranquilidade e intimidade entre a grávida e quem a acompanha. Dispõe de duas salas de vigilância pós-parto/pós cirurgia, uma sala de preparação de fetos para estudo de anomalias congénitas/placentas, uma sala de trabalho de Enfermagem, uma sala de registos, uma arrecadação, e cinco casas-de-banho.

Este campo clínico, tal como o segundo campo, em Évora exigiu e muito de mim/família pela distância e custos que todas as deslocações e estadia assim o acarretam. Embora tomando mais uma etapa de esforço, foi um campo clínico de que gostei bastante, não só pela forma acolhedora e simpática que fui recebida juntamente com a minha colega de curso, Filipa Coelho mas também pela transmissão de conhecimentos e experiências que me proporcionaram ao longo das 4 semanas.

Quando ingressei neste campo clínico em Portimão, sentia-me mais confiante, segura e entusiasmada em relação ao campo clínico anterior (Bloco de Partos em Beja) uma vez que iria manter um tipo de cuidados de enfermagem muito semelhantes aos cuidados prestados anteriormente em Beja.

Ao longo destas 4 semanas nos meses de Fevereiro a Março tive a oportunidade de admitir a grávida em trabalho de parto ou para indução do trabalho de parto, recolher dados através do boletim individual de grávida/entrevista a grávida, dar a conhecer a sala onde esta ia permanecer com o acompanhante até o seu bebé nascer, colocar o cardiotocograma, o que permitia que treinasse a interpretação dos vários padrões da frequência cardíaca fetal/dinâmica uterina e discutisse com a minha enfermeira perceptor. Pude ainda melhorar a interpretação relativamente à cervicometria devido às oportunidades que surgiram para observar as grávidas que acompanhei e pude consolidar a medicação mais utilizada no mundo da Obstetria que tal como no serviço em Beja era também utilizada em Portimão, diferindo um pormenor por outro. Tal como é realizado no serviço de Obstetria em Beja, também no serviço em Portimão foi possível promover o contacto pele-a-pele como a OMS recomenda que seja feito, auxiliar a grávida no alívio da dor através de métodos não-farmacológico com recurso a bola de pilates, duche, massagem, deambulação e promover um ambiente harmonioso, relaxante onde dominava um ambiente musical e pouco luminoso. Pude colocar em prática os ensinamentos acerca da técnica de respiração durante o trabalho de parto e período expulsivo, o que auxiliou no controle da parturiente no momento do parto e auxiliou naturalmente a nós profissionais de saúde.

Um ponto que sentia alguma dificuldade e que neste campo clínico não tive muitas oportunidades de melhorar, foi no que respeita às suturas de episiotomias e lacerações uma vez que é um serviço onde promovem bastante o parto intacto e posto isto, foram poucas as vezes que me deparei com partos para reconstruir através da técnica de suturar.

Ao longo destas 4 semanas no bloco de partos em Portimão, vivenciei uma panóplia de emoções. Penso que enquanto profissionais de saúde, a posição que assumimos, de parteiras, nos obriga a viver com o medo do “desconhecido” porque nunca sabemos o que pode advir no momento do parto, o stress de quando algo corre menos bem, a felicidade do nascimento e este

sentimento é muito bom de vivenciar e difícil de explicar a quem não trabalha na área e por fim, toda a adrenalina que se faz sentir por toda a envolvente que é um parto.

Neste ensino clínico, tive no geral muitas experiências positivas e vivenciei-as num ambiente bastante agradável proporcionado pela excelente equipa deste serviço. Tive a oportunidade de conhecer uma realidade um pouco diferente daquela que conheci e contactei no serviço em Beja no que toca à liberdade de posição durante o trabalho de parto e parto, ao respeito pelo plano de parto, à possibilidade de escolha de um parto natural ou medicalizado e a possibilidade do acompanhante assistir a um parto por cesariana foram factores que considero vantajosos para a mulher/casal num momento tão importante da vida e que também o foram para mim, enquanto aluna uma vez que enriqueceram bastante o meu ensino clínico neste local.

No entanto, vivenciei uma experiência um pouco menos boa. Ocorreu em um dos 10 partos realizados por mim neste campo clínico. Todo o trabalho de parto decorria bem, sem quaisquer tipo de intercorrências. A dor estava minimamente controlada por analgesia epidural, a grávida fazia-se acompanhar pelo marido, estava calma, era um segundo filho e tinha uma boa experiência e prática no que respeitava à respiração no momento da contração. Era uma senhora bastante colaborante, comunicativa e que esteve sempre bem disposta ao longo de todo o trabalho de parto. Chegávamos à dilatação completa, começámos a preparar toda a mesa e respectivo material, posicionámos a senhora e esta iniciou esforços expulsivos. Momentos depois, a FC fetal começou a baixar sempre que a mãe exercia força, e retomava valores basais quando esses esforços cessavam. Confesso que comecei a ficar um pouco nervosa com o tal medo do “desconhecido” a alarmar-me perante esta situação. Foi colocado O₂ à parturiente e incentivamo-la a realizar força com o objetivo de “acelerar” o nascimento e assim foi. Era uma menina e apresentava um cordão umbilical muito curto, motivo pela qual se registava uma FC fetal abaixo da linha basal à medida que esta descia pelo canal de parto. A menina nasceu, coloquei-a em cima da mãe e iniciei de imediato estimulação tátil, fix expressão e esta recém-nascida mantinha-se com coloração, tónus, respiração e FC alteradas, pelo que clampei o cordão de seguida e a enfermeira que estava de apoio para receber o RN levou-a para a box de reanimação e contactaram o pediatra de serviço. A minha enfermeira perceptorra foi também prestar apoio ao RN e eu fiquei ali com o casal, sem me sair de imediato qualquer palavra. A mãe estava completamente desolada, a chorar, o marido a tentar confortá-la e eu enquanto aguardava a dequitação, tentei acalmar aqueles pais com uma palavra de conforto e tranquilidade uma vez que se estava a fazer tudo por aquele RN. Durante este período de tempo, apercebi-me de que a menina continuava sem chorar e o médico pediatra sem chegar à sala, até que entrou na sala o médico anestesista e este sim iniciou cuidados à RN. Momentos depois, ouviu-se a menina chorar e todo o ambiente de tensão passou a um ambiente mais calmo e senti

uma sensação de alívio por finalmente parecer estar tudo bem. A mãe mudou completamente de postura e pouco depois, foi-lhe colocada a sua manina no colo a fazer o contacto pele-a-pele onde também lhe foi administrado a vitamina K. No entanto, por indicação do médico pediatra que entretanto já havia chegado à sala, esta RN foi para o serviço de neonatologia apenas para vigilância mais apertada por uma noite. No final desse turno, fui para casa a pensar em tudo o que sucedeu, no estado de saúde daquela menina e estava sem dúvida desejando que chegasse o dia seguinte para poder saber notícias dela e da sua mãe. Assim foi, no dia seguinte, fui juntamente com a minha enfermeira perceptora ao serviço de neonatologia e para nossa felicidade, a bebé já estava junto na mãe no serviço de puérperio onde as visitámos. À chegada, deparámo-nos com mãe, pai, filha mais velha e RN bem de saúde, o que nos deixou bastante contentes. Estivemos um pouco a conversar com esta família acerca do visto que o casal tinha vivenciado, observámos a reação da filha mais velha com a bebé e pouco depois deixámos aquela família a usufruir do momento, desejando-lhes as maiores felicidades para os 4 e regressámos novamente ao bloco de partos.

Relativamente ainda a este campo de estágio, embora tenha sido uma mais-valia para o meu percurso académico, gostaria ainda de referir dois pontos que considero que tenham sido menos positivos e que talvez tenham exercido alguma influência negativa nestas 4 semanas de ensino clínico, nomeadamente, a instabilidade no serviço em alguns períodos do dia ou até mesmo dias devido à falta de assistência do Médico Pediatra e a indisponibilidade de recurso à analgesia epidural a partir das 00h para grávidas em trabalho de parto. Penso que estes dois pontos acabaram por provocar insegurança na mulher e exercer muita influência sobre a decisão de parir noutro serviço em tivesse a disposição analgesia epidural 24h/dia, fez aumentar o número de transferências para o hospital mais próximo, Faro, nos vários dias em que não havia Médico Pediatra escalado e tudo isto fez consequentemente diminuir o meu número de experiências durante as 4 semanas. O final deste ensino clínico foi marcado também pelo início da pandemia do vírus do Covid-19 no nosso país em que neste serviço por parte das grávidas e respetivos acompanhantes não se fazia sentir quaisquer tipo de alarmismo ou preocupação com a situação em questão ao contrário dos profissionais de saúde, em que já era visível alguma apreensão, insegurança e medo da incerteza do que ainda estava para vir.

Posto tudo isto, e embora faça referência anteriormente aos dois pontos menos positivos, acredito que foi sem dúvida uma boa escolha no que respeita ao campo de estágio, apesar de todas as dificuldades que senti e que este ensino clínico me obrigou na medida em que coloquei em prática os conhecimentos/técnicas que adquiri na teoria, conheci uma realidade diferente daquela que estava habituada a lidar e todas as experiências boas/más que me surgiram ao longo

das 4 semanas, levaram-me refletir no final de cada turno o que permitiu crescer um pouco mais enquanto estava.

O quinto campo de estágio decorreu na Unidade Local de Saúde do Baixo-Alentejo na ala do puerpério do Serviço de Obstetria do Hospital José Joaquim Fernandes em Beja.

Este campo clínico foi talvez aquele que mais exigiu de mim no que respeita à adaptação/regresso ao estágio do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica. É certo que é um serviço no qual eu exerço as minhas funções enquanto profissional de saúde e foi um serviço onde não passei dificuldade em integrar-me, em utilizar o sistema informático, em inteirar-me do espaço físico, rotinas, etc... mas, este campo veio no seguimento de uma interrupção dos ensinos clínicos de cerca de 3 meses devido à Pandemia causada pelo Covid-19 e essa grande pausa veio causar-me muito transtorno, desmotivação e muita carga horária a somar aos meus deveres laborais com a instituição onde exerço funções. No momento em que fui informada que estava autorizada a retomar os dois últimos ensinos clínicos, sem a possibilidade de recorrer à bolsa parcial que inicialmente a minha instituição me facultou o sentimento de tristeza, impotência e desespero apoderaram-se de mim e levaram-me a refletir bastante nos dias seguintes.

Foi uma tomada de decisão extremamente difícil para mim e coloquei muitas vezes em questão se seria realmente capaz de continuar este ano o ensino clínico nas condições que me eram exigidas. Foi com muito apoio e incentivo por parte da minha família, amigas, equipa de trabalho e Professora Orientadora que decidi levantar a cabeça e tomar coragem para aguentar as últimas 12 semanas que restavam.

Embora acusasse muito cansaço por todo o percurso que vinha dos meses anteriores causado pelo covid-19, sentia-me bastante à vontade no serviço enquanto aluna da especialidade. Tal como referi anteriormente, a fase de adaptação/integração foi ultrapassada sem qualquer problema devido ao facto deste serviço ser o meu local de trabalho no dia-a-dia e que considero ter sido uma mais-valia nesse sentido. Este ensino clínico veio-me abrir o campo de visão relativamente às competências de enfermeira especialista no puerpério bem como proporcionar experiências para colocar estas competências em prática o que me fez refletir também acerca desta evolução que vai de uma enfermeira generalista para uma enfermeira especialista na área do puerpério.

Fiquei mais desperta e a olhar para a mulher de uma outra forma nas primeiras horas após o parto uma vez que é nestas que podem advir mais complicações. Passei a valorizar mais determinadas queixas das puérperas tal como a dor no ombro após um parto distócico por cesariana, as perdas aumentadas associadas a um levante difícil, cefaleias intensas associadas à analgesia epidural, dificuldade na amamentação em puérperas cesariadas, entre outras uma vez que tenho já outro tipo de conhecimentos que enquanto enfermeira generalista não o tinha.

Foram 4 semanas onde tive experiências positivas, onde realizei algumas vezes os cuidados perineais, onde já o fiz com uma visão diferente da visão de uma enfermeira generalista, tendo sempre como foco de atenção nesta prestação de primeiros cuidados, as características das perdas, a existência ou não de coágulos, a presença ou não de uma atonia uterina perante perdas aumentadas, presença ou não de sinais inflamatórios na episiorrafia/perineorrafia, características do penso operatório nas puérperas submetida a cesariana e, observando a mulher tendo em conta o tipo de parto que esta teve.

Pude aperfeiçoar os ensinamentos durante o banho do RN sobretudo no que respeita ao coto umbilical, tema este que mais dúvidas e receios suscitam nas mães, realizei bastante vezes também o rastreio das doenças metabólicas aos RN de etnia cigana uma vez que estes acabam por não cumprir nos cuidados de saúde primários entre o 3º e o 6º dia de vida como é recomendado. Realizei o rastreio das Autoemissões acústicas a todos os RN no momento da alta, auxiliiei as mães na amamentação e/ou alimentação do RN e esclareci todas as dúvidas que estas me colocaram para que estas fossem o mais autónomas possível para o seu domicílio e prevenindo o abandono do aleitamento materno.

Ao longo destas quatro semanas, embora com as restrições que tive no serviço devido ao covid-19, pude realizar uma sessão de educação para a saúde acerca dos benefícios do aleitamento materno, a frequência das mamadas, possíveis desconfortos que podem surgir durante a amamentação e como podem tratar e aliviar os mesmos entre outros pontos importantes. Ainda durante esta sessão de educação para a saúde, esclareci dúvidas, permiti partilha de experiências entre as puérperas e promovi esta temática de forma a reduzir o abandono do aleitamento materno que vai de encontro ao tema da minha tese de mestrado. Uma temática que não era muito explorada por mim durante os ensinamentos à puérpera no momento da alta ou até mesmo durante o internamento destas, era a sexualidade. Após estas 4 semanas de ensino clínico e em troca de impressões com a minha Enfermeira orientadora, penso que melhorei neste sentido pois fiquei mais desperta para a importância desta temática. Comecei a abordar e a aprofundar mais este tema com as mães e estas acabaram por me colocar dúvidas que caso não se tivesse abordado o tema estas teriam ido para o domicílio com dúvidas. As questões mais colocadas prenderam-se mais com o medo da diminuição do desejo sexual, a altura certa para retomar as relações sexuais, as alterações corporais sobretudo com as mamas devido à saída de leite e com o abdómen aumentado e flácido que as deixava desconfortáveis na intimidade com o companheiro.

Relativamente a esta pandemia causada pelo covid-19, pude constatar que trouxe pontos negativos não só para os profissionais de saúde mas também para as puérperas e respetivos RN. A ausência de visitas dos familiares mais chegados e sobretudo do pai do filho veio trazer um

sentimento de intranquilidade, de insegurança e de desgosto por parte das mães. Muitas foram as mães que me confessaram que estavam felizes com a chegada do seu bebê mas, que ao mesmo tempo se sentiam desgostosas por não ter visitas, sobretudo do pai do filho para estarem presentes no nascimento do bebê, contactarem com ele nas primeiras horas, no primeiro banho, na primeira troca de fralda e no primeiro colo, onde todos estes momentos puderam apenas ser atenuados com as novas tecnologias, nomeadamente, com fotografias e videochamadas. O covid-19 veio também reduzir o tempo de internamento das puérperas e respetivos RN's, em que senhoras com partos por via baixa têm alta hospitalar as 36 horas após o parto e 48 horas senhoras com parto distócico por cesariana. Devido a aplicação desta alteração no serviço, penso que em algumas situações poderá haver senhoras a ir para o seu domicílio com um grau de autonomia um pouco abaixo do esperado.

Ao longo destas 4 semanas, foram muitos os momentos bons, de alegria e de sensação de coração cheio por ter auxiliado mães e por lhes ter sido útil através de ensinios que lhes serão proveitosos no futuro. No entanto, houve uma situação que me marcou pela negativa e que me fez passar por uma série de sentimentos de medo, stress, insegurança e ansiedade perante a ameaça do desconhecido, do que poderia advir daquela situação. Tratou-se de uma puérpera de nacionalidade Indiana que apenas falava inglês, cujo parto foi distócico por ventosa e forceps e que ainda em sala de parto teve perdas aumentadas. Tinha-me sido passado pela enfermeira parteira de que havia sido um parto complicado devido a má orientação da apresentação e que tinha havido perdas aumentadas, com indicação médica para ser feita colheita de sangue para tubo de hemograma de forma a consultarmos posteriormente o valor de hemoglobina desta puérpera.

A enfermeira parteira transferiu a senhora para a enfermaria e colocou o RN a mama e tudo parecia estar aparentemente normal. Cerca de 30 minutos depois, a senhora alimentou-se de um chá açucarado, chá este que não terminou de beber e pediu a presença da equipa de enfermagem por se sentir indisposta, nauseada, acabando por vomitar mesmo quando cheguei perto desta. Em questão de minutos a senhora desencadeou um estado de ansiedade, agitação onde a barreira linguística não facilitou a situação de forma a pudermos ajuda-la. Esta senhora começou por entrar num estado de sonolência, a bocejar, com palidez, sudorese intensa e deixou de comunicar connosco. Verifiquei de imediato os sinais da senhora e pude confirmar perdas abundantes. Trouxe de imediato um dinamap, coloquei-o a avaliar os sinais vitais da puérpera, chamei a equipa médica que chegou de imediato a médica anestesiista que se encontrava no piso para realizar analgesia epidural a uma grávida. A senhora apresentava uma tensão arterial baixa, cerca de 50/30mmHg e uma frequência cardíaca de 145 batimentos por minuto, confirmava-se que a senhora estava a entrar em choque. Coloquei um balão de lactato de ringar em curso via endovenosa a correr a um ritmo bastante rápido de forma a aumentar a volémia, e administrei

por indicação médica cerca de 4 ml de efedrina para reverter a tensão arterial, falando e estimulando a puérpera de forma a mantê-la acordada conosco que foi conseguido com algum benefício. Voltei a avaliar a tensão arterial e esta mantinha-se com valores bastante baixos pelo que a médica anestesta deu indicação para se administrar mais 5 ml de efedrina via endovenosa mas sem benefício pois os valores tensionais mantinham-se baixos, a senhora mantinha-se num estado de agitação a gritar-nos de que não se sentia bem e que ia morrer alternado com sonolência, sudorese intensa e palidez. Minutos depois, chegaram as duas médicas obstetras de serviço e após observarem e receberem informação da situação desta utente, tomaram a decisão juntamente com a médica anestesta de que era crucial levar esta senhora ao bloco operatório para controlar a hemorragia e assim foi.

A senhora foi de urgência para o bloco operatório com administração de bolus de efedrina e a ser estimulada para manter-se a falar conosco. Estávamos perante uma atonia uterina que foi bastante difícil de controlar, sendo mesmo colocada a hipótese de histerectomia. Felizmente, e graças a uma boa e rápida intervenção por parte dos profissionais de saúde não foi necessária a histerectomia para controlar a hemorragia. Após esta situação, a senhora foi encaminhada para o recobro do bloco operatório onde recuperou dentro do que era espectável e apresentou sempre sinais vitais estáveis. Foi encaminhada para a ala de puerpério do serviço de obstetria e vinha com indicação para repouso até resultado do hemograma que seria colhido 6 horas após a cirurgia. Sai deste turno exausta, mais calma e com o sentimento de dever cumprido pois senti que fiz o meu melhor para melhorar o estado de saúde desta puérpera.

No dia seguinte contactei novamente com esta e havia feito 3 unidades de concentrado de eritrócitos pois apresentou uma hemoglobina de 5,4 g/dl após toda a situação relatada anteriormente e embora já se encontrasse autónoma o levante tinha sido um pouco difícil. Felizmente tudo correu pelo melhor e toda a situação foi ultrapassada. Foi uma situação que vai servir-me de exemplo e vai com toda a certeza deixar-me mais desperta para situações semelhantes a esta no pós parto na ala do puerpério.

Faço um balanço positivo deste ensino clínico uma vez que me permitiu abrir o horizonte da enfermagem em saúde materna e obstetria na área do puerpério e permitiu-me colocar em prática os conhecimentos/técnicas que adquiri no período de teoria bem como experienciar situações, que sendo elas de forma positiva ou negativa que me fizeram refletir.

O sexto e último campo de estágio decorreu na Unidade Local de Saúde do Baixo-Alentejo na Sala de Partos do Serviço de Obstetrícia do Hospital José Joaquim Fernandes em Beja.

Foi um início de estágio com o sentimento de “é a reta final”. Foram 8 semanas muito difíceis, com muito cansaço acumulado do estágio anterior e do trabalho exercido na minha instituição que não permitiu que gozasse férias uma vez que nos mantínhamos perante uma situação de pandemia levando-me a acumular turnos atrás de turnos onde dominou o sentimento de insegurança e medo da possibilidade de estar perante uma grávida com este vírus e ficar infetada. Também pude sentir um enorme sentimento de felicidade e gratidão por todos os momentos bons e de alegria que proporcionei nos partos que realizei bem como naqueles que tive o privilégio de estar presente.

Ao longo destas 8 semanas, tal como nos anteriores períodos de ensino clínico em bloco de partos, continuei a ter muitas oportunidades para colaborar no alívio da dor através da adoção de posições verticais, da massagem, do duche e da utilização da bola suíça bem como para proporcionar um ambiente tranquilo, relaxante com pouca luminosidade e com disponibilidade para ouvir música caso fosse do interesse da grávida de forma a diminuir a ansiedade. Continuei a colocar em prática os ensinamentos acerca da técnica de respiração durante o período das contrações e período expulsivo, técnica esta que continuo a afirmar que é uma mais-valia quer para a parturiente quer para o profissionais de saúde que lhes estão a prestar cuidados na medida em que as parturientes conseguem assumir um melhor controlo da dor e da ansiedade através da mesma. É uma técnica que ao longo das semanas que realizei em bloco de partos, me fez refletir e concluir que as parturientes conseguem de facto controlar-se e colaborar connosco, parturidas e é um ensino que irei aplicar sempre que possível quando assumir o papel de enfermeira especialista.

Mantive a oportunidade de receber e prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido, situação que também fui ficando com mais segurança e prática neste sentido uma vez que soube aproveitar todas as oportunidades que me foram dadas ao longo do estágio. Foram também bastantes as oportunidades que tive para colocar o cardiotocograma e interpretar as variáveis do mesmo, as grávidas que recorriam ao serviço de urgência, as que estavam internadas e as que, perante a pandemia que estávamos a viver viram-se “obrigadas” a induzir o parto e a parir com dia agendado por uma equipa médica responsável pela organização do plano de atuação do Covid-19.

Uma vez que devido a pandemia como referi anteriormente, as grávidas eram contactadas via telefone pela equipa médica, era agendado o teste a Covid-19 e 48 horas após a realização do teste, as senhoras tinham de se apresentar às 8:30h no Serviço de Obstetrícia para induzir o

parto. Posto isto, foram também muitas as oportunidades que tive de fazer a entrevista/história durante a admissão da grávida, observá-las e fazer a análise da cervicometria, análise do trabalho de parto ponto este que foi uma das minhas dificuldades no 1º ensino clínico em bloco de partos e neste momento penso que esta dificuldade foi superada e senti-me mais segura e confiante aquando essa avaliação. Surgiram também várias oportunidades no que respeita às suturas de episiotomias e lacerações de 1º e 2º grau, área esta que também já me sentia autónoma graças aos ensinamentos que me foram realizados e à prática que tive nas 10 semanas que já somava de estágio em bloco de partos. Também a medicação com que contactei ao longo destas 8 semanas quer na preparação/administração da analgesia via cateter epidural, quer na preparação/administração de antibióticos e/ou outro tipo de analgesia já me era familiar e fez-me sentir segura da minha prestação de cuidados.

Um ponto que não foi possível manter neste ensino clínico foi a presença do pai ou familiar significativo durante a indução do parto e na sala de partos no momento do nascimento tal como sempre foi permitido. A pandemia devido ao Covid-19 veio trazer este ponto bastante negativo que levou a que as mulheres se sentissem “desamparadas” sem este acompanhamento. Pude concluir as grávidas e parturientes tinham sentimentos em comum através dos seus testemunhos na fase de pandemia que estávamos a atravessar. Todas elas demonstraram a ansiedade pelo motivo que as levava ao serviço, a indução do parto e o nascimento, a felicidade de chegar o momento de ser mãe e ver o seu bebé, mas também o medo do parto, o medo do vírus e o desgosto de não ter o pai do seu filho ou alguém significativo como a mãe, pai ou irmã a acompanhá-la ao longo do trabalho de parto e naquele momento tão marcante da vida, no nascimento. Tentei estar o mais presente possível com estas mulheres, tentei ter sempre uma palavra amiga, de compreensão, de apoio para com elas dando-lhes motivos para confiarem em nós, nos nossos cuidados, motivos para acreditarem que não estavam sós, que estávamos lá para as apoiar em tudo o que necessitassem, atenuando uma pouco aquele sentimento de insegurança e medo causado pela ausência dos seus acompanhantes como idealizaram no início da gravidez.

Considero que esta recta final, embora que muito cansativa, foi bastante enriquecedora e gratificante uma vez que me permitia colocar em prática mais uma vez os conhecimentos/técnicas que adquiri no período de teoria, técnicas que já tinha tido a oportunidade de colocar em prática em campos clínicos anteriores aperfeiçoando alguns pormenores que achei que poderia melhorar, mas agora de uma forma autónoma e segura da minha prestação de cuidados especializados na área da obstetria. Permitiu-me ainda, vivenciar muitas experiências positivas e algumas negativas que de certa forma me levaram a refletir e a aprender algo com as mesmas.

Termino assim esta etapa da minha vida pessoal e profissional de alma e coração cheio por tudo o que vivenciei e aprendi com as utentes, profissionais e docentes que me acompanharam ao longo destes meses de ensino clínico que tudo isto só foi possível graças ao meu esforço e também ao apoio incondicional que me foi dado pela minha família, amigas, colegas de trabalho e Professora Orientadora que me fizeram ir buscar força para continuar onde eu nunca havia ido. A todas estas pessoas, o meu muito obrigada.

Apêndice B – Relato de experiências de cuidados

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE SÃO JOÃO DE DEUS
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRICIA
Unidade Curricular: Estágio

Relato de Experiências no Bloco de Partos em Beja



Elaborado por:

- Cora Machado Moreira, Nº43407

Docente:

- Profª Doutora Maria da Luz Barros

Enfermeira Orientadora

- Enª Solena Marques

Beja

Dezembro2019/Janeiro 2020

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente trabalho trata-se de relato de experiências de cuidados por mim vivenciadas relativamente a uma parturiente, sendo este documento também um instrumento de avaliação de um dos seis campos de estágio do Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

Este ensino clínico decorreu no período de 9 de Dezembro de 2019 a 31 de Janeiro de 2020 na sala de partos do serviço de obstétrica da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), no Hospital José Joaquim Fernandes, em Beja.

A situação que vai aqui ser relatada é referente ao dia 19 de Janeiro de 2020, no turno da tarde período entre as 16:30 horas e as 00 horas. A escolha desta situação para relatar, calu sobre o facto de ter acompanhado a evolução do trabalho de parto desta senhora, desde a fase ativa, período expulsivo e dequitadura.

DADOS DA SITUAÇÃO CLÍNICA DA UTENTE E FAMÍLIA

Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos:

A Srª S.S. teve a menarca aos 12 anos de idade e a primeira relação sexual aos 21 anos e nunca teve comportamentos sexuais de risco. De acordo com a Srª S.S. apresentava ciclos menstruais regulares de 28 dias e recorre à pilula como método contraceptivo hormonal, referindo ter havido algumas falhas nos horários bem como nas tomas da mesma. Apresentava um índice obstétrico de 4-0-0-3: um parto distócico por ventosa, de 21 de Novembro de 2011, às 39 semanas e 2 dias de gestação do qual nasceu uma menina, com 2,730 Kg e que fez aleitamento materno até aos 22 meses aproximadamente; um parto eutócico em 10 de Maio de 2014, às 40 semanas e 1 dia de gestação do qual nasceu uma menina, com 2,820 Kg e que fez aleitamento materno até aos 18 meses aproximadamente e por fim um parto eutócico em 16 de Janeiro de 2017, às 38 semanas e 3 dias de gestação do qual nasceu um menino, com 3,255 Kg e que fez aleitamento materno até aos 14 meses aproximadamente.

Antecedentes Pessoais e Familiares:

A Sra S.S. relatou ter hipertensão gravídica nesta gravidez, tendo iniciado por volta das 30 semanas com necessidade de iniciar terapêutica nessa altura. Relativamente aos antecedentes familiares, também a sua mãe é portadora de hipertensão, hipercolestrolémia e hipertiroidismo e o seu pai é portador de diabetes mellitus tipo 2. Apresentava hábitos de vida saudáveis, fazendo cerca de 7 refeições/dia com alguns cuidados relativamente ao sal, não ingeria café nem outras bebidas com cafeína, não era fumadora nem consumia drogas/álcool. Não referia alergias e fez uma cirurgia estética em Maio de 2009 sem intercorrências.

Caracterização do Casal:

Relativamente ao casal, a Sra S.S. tinha 38 anos de idade, era de nacionalidade portuguesa, de raça caucasiana. Licenciada em Arquitetura e Urbanismo e trabalhava num atelier há cerca de 6 anos. Vivia na cidade de Beja, em união de facto há cerca de 10 anos com o seu companheiro, Sr. R.S., de 42 anos de idade, técnico de gás numa empresa há cerca de 18 anos. Do agregado deste casal, fazem parte ainda os seus 3 filhos.

Caracterização da Actual Gestação:

A Srª S.S. tinha até ao dia do parto, 40 semanas e 1 dia de gestação e era uma Gesta IV, Para III. A última menstruação tinha sido no dia 11 de Abril de 2019. A data provável de parto seria dia 18 de Janeiro de 2020. Por volta das 30 semanas de gravidez foi diagnosticada hipertensão gravídica tendo sido medicada com metildopa 250mg 2xdia. Apresentava edemas dos membros inferiores e valores tensionais um pouco acima dos valores de referência. Durante a gravidez fez ainda folifer e lodo sob forma de comprimidos, um por dia. Mediu 1,56 cm de altura e no dia do parto pesava 67 kg, pelo que apresentava um ganho de peso de cerca de 17 kg durante actual gravidez.

Seguiu a gravidez no consultório particular e no Centro de Saúde de Beja, com cerca de 9 consultas e 6 ecografias no total. O seu grupo sanguíneo era AB Rh positivo. O seu boletim de vacinas encontrava-se actualizado e apresenta análises completas e actualizadas. Era imune à rubéola, não imune à toxoplasmose e apresentava serologias com resultados negativos. Fez pesquisa de estreptococos B na vagina e anus às 36 semanas no Centro de Saúde com a Enfermeira de Saúde Materna, cujo resultado foi negativo.

PLANEAMENTO/METODOLOGIA UTILIZADA

Antes de dar início à recolha de dados para a elaboração deste trabalho, apresentei-me à Sra S.S como aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, informei a mesma acerca dos princípios éticos e legais essenciais à privacidade bem como à confidencialidade das informações e pedi autorização a esta para utilização dos dados da qual obtive uma resposta positiva.

Posteriormente recolhi toda a informação anteriormente descrita através da consulta do boletim individual da grávida bem como de uma pequena entrevista à Sra S.S, tendo por base a folha de colheita de dados utilizada no Serviço de Obstétrica do Hospital José Joaquim Fernandes em Beja. A conduta de enfermagem utilizada foi de acordo com a actuação do conjunto de protocolos e normas estabelecidas neste serviço, que nelas incluem o acolhimento/recolha de dados da grávida e cuidados a esta ao longo dos quatro estádios do trabalho de parto.

INTERVEÇÕES DE ENFERMAGEM

No dia 19 de Janeiro de 2020, a Sra S.S deu entrada no serviço de Obstetrícia no turno da tarde, por volta das 17:10h acompanhada pelo seu companheiro onde foi de imediato encaminhada para a sala de admissão/urgência para ser observada pela equipa médica e após decisão de internamento, ser feita então a colheita de dados através de entrevista segundo o protocolo do serviço. A grávida tinha sido encaminhada pela En^ª especialista em Saúde Materna e Obstetrícia do Centro de Saúde de Beja por esta apresentar valores tensionais elevados (164/80mmHg, 161/91mmHg e 168/89mmHg) durante a consulta de vigilância.

Quando a Sra S.S deu entrada na sala de admissão/urgência, foi avaliada a tensão arterial e constatou-se um valor igualmente elevado aos valores referidos pela En^ª do Centro de Saúde. De seguida foi colocada na marqueta e o Dr.F. realizou ecografia abdominal, auscultou a frequência cardíaca fetal (140 batimentos por minuto) e fez a cervicometria, pelo que segundo o médico, a apresentação era cefálica, a bolsa de águas estava íntegra e apresentava um colo formado, um pouco rijo, com 50% de apagamento, posição intermédia e permeável a dois dedos.

Posteriormente, orientei a grávida para a enfermaria de grávidas onde a instalei confortavelmente e coloquei o cardiotocógrafo em curso para 20 minutos mais tarde podemos proceder à maturação cervical bem como à indução do trabalho de parto caso o traçado cardiotocográfico assim o permitisse. Coloquei também a braçadeira do dinamap e programei o mesmo para avaliar a tensão arterial a Sra S.S de 15/15 minutos e administrei um comprimido de nifedipina de ação rápida 10mg via oral de acordo com a indicação do Dr.F.

Ao longo dos 20 minutos, o CTG apresentava uma boa variabilidade, com frequência cardíaca fetal na ordem dos 132 batimentos por minuto e contratilidade uterina pouco frequente, irregular, de fraca intensidade e de curta duração. Os valores tensionais da grávida haviam baixado ligeiramente, a avaliação feita durante aquele espaço de tempo foi de 158/78mmHg. Toda esta informação foi transmitida ao Dr F. assim como entregue o impresso do cardiotocógrafo.

Posto isto e uma vez que o colo ainda não se encontrava favorável o Dr F. prescreveu ¼ de comprimido de misoprostol jugal o que equivale a uma dosagem de 25 microgramas o qual foi administrado por mim por volta das 17:50h após ter incentivado a grávida a ir à casa-de-banho esvaziar a bexiga. Informei-a de que nas 2 horas

seguintes iria sentir algum desconforto e que teria de se encontrar em repouso no leito uma vez que a este tipo de medicação estão associadas algumas complicações que poderão surgir após a sua administração, tais como o aumento da frequência das contrações uterinas o que pode levar à diminuição de oxigénio no bebé e/ou rutura do útero e hemorragia.

Por volta das 19:30 horas, a Sra S.S pôde ingerir apenas um chá açucarado por indicação médica e por volta das 20:25h foi feita nova cervicometria da qual constatámos que o colo se apresentava mole, com cerca de 80% de apagamento, posição centrada, permeável a 3 dedos e meio e a apresentação cefálica que se encontrava ao nível do plano II de Hodge. Ao longo daquelas horas, o CTG não apresentou características fora do padrão normal. Apresentava uma boa variabilidade fetal, com frequência cardíaca fetal na ordem dos 130-150 batimentos por minuto e contratilidade uterina mais frequente, irregular, de moderada intensidade e curta duração. Os valores tensionais encontravam-se com valores um pouco mais controlados, na ordem dos 145/75mmHg pelo que reunia condições para poder ir à casa de banho, deambular pelo serviço ou utilizar a bola Suíça mantendo a monitorização cardiotocográfica permanente móvel controlada por wireless de forma a desistarmos alguma alteração materno-fetal.

Por volta das 22h a grávida encontrava-se um pouco ansiosa e referiu queixas na região abdominal de moderada intensidade. Encaminhei a grávida para a enfermaria e cama a que lhe pertencia, coloquei a braçadeira do dinamap para monitorização de sinais de 30/30minutos e procurei acalmá-la através do diálogo e ensinios acerca da respiração a adoptar durante as contrações uterinas de forma a aliviar a dor. Procedi à cervicometria, o colo apresentava-se mole, com 100% de apagamento, posição centrada, permeável a 5 dedos e a apresentação cefálica que se encontrava ao nível do plano III de Hodge. Foi transmitida toda esta informação à equipa médica, pelo que foi tomada a decisão de transferência da grávida para a sala de partos para posteriormente se proceder a rutura artificial de bolsa de águas. Encaminhei a Sra S.S para a sala de partos, instalei-a na marquesa e questionei-a acerca da intenção de ouvir música durante o trabalho de parto, tipo de música ou rádio e intensidade da luz e fui de encontro ao gosto da mesma. Após a preparação do ambiente, providenciei todo o material necessário para ser realizada a rutura artificial da bolsa de águas e antes do procedimento, incentivei a Sra a urinar na arrastadeira para que a distensão da bexiga não fosse impedimento em todo o processo de descida da apresentação ou

até mesmo alterações a nível do tónus da bexiga no pós-parto. Foi feita então a rotura artificial da bolsa de águas onde visualizel saída de líquido claro, sem cheiro e em quantidade moderada. Uma vez que o colo uterino já se encontrava favorável, por indicação médica colocou-se em curso perfusão de ocitocina endovenosa, uma dosagem de 5 unidades em 500 ml de soro dextrosado a 5% a um ritmo inicial de 30ml/hora com indicação de um aumento de 10ml por hora até a um ritmo máximo de 180ml/hora no momento expulsivo caso reunisse condições de bem-estar materno-fetal para tal.

Uma vez que a grávida nos tinha transmitido o interesse em realizar analgesia epidural, contactel o anestesista de serviço, descrevi-lhe a cervicometria e solicitei a presença do mesmo na sala de partos para proceder a esta técnica. Por volta das 22:10h, disponibilizel ao médico anestesista as análises da Sra relativamente à coagulação que são solicitadas obrigatoriamente pelos médicos anestesistas para a realização da analgesia. Preparei toda a mesa anestésica, suspendi momentaneamente a perfusão de ocitocina para a realização da técnica, colaborei com o anestesista de serviço, fui prestando apoio à Sra através do toque, do diálogo e incentivando-a a realizar a técnica de respiração correcta no momento da contração ao longo da técnica de epidural nunca esquecendo a importância de vigiar as características do CTG naquela fase. Após a analgesia, que ocorreu de certa forma, rápida e sem intercorrências, a parturiente encontrava-se mais calma, relaxada e disposta a dialogar de forma mais descontraída connosco e com o companheiro que após a realização da epidural pôde regressar à sala de partos. Coloquei em curso novamente a perfusão de ocitocina já a um ritmo de 40ml/hora.

Por volta das 22:45h, uma vez que a Sra se encontrava bem-disposta, sem dor mas com bastante apetite, ofereci-lhe uma gelatina com consentimento médico e esta tolerou. Por volta das 23:15h a Sra referiu uma "pressão na zona da vagina e vontade de ir à casa de banho". Dadas as características da queixa, expliquei à Sra que aquela sensação que me havia descrito prendia-se ao facto da descida do seu bebé e da pressão que este exercia sobre o recto. Realizel novamente cervicometria e apresentava um colo centrado, mole, apagado e com 9 dedos de dilatação. O CTG mantinha-se tranquilizador, com boa variabilidade, com frequência cardíaca fetal na ordem dos 130-150batimentos por minuto e dinâmica uterina regular, cerca de 5 contrações a cada 10 minutos de moderada intensidade. Uma vez que se tratava de uma grande multipara, achei pertinente e seguro preparar a mesa de parto pois o

momento do nascimento não deveria tardar em chegar. Questionei a parturiente se sentia vontade em urinar mas, com a analgesia epidural esta não nos sabia especificar na realidade o que sentia. Coloquei então a arrastadeira e realizei esvaziamento através de sonda vesical, da qual drenou urina amarela, cheiro suís genérico e uma quantidade considerável.

Cerca das 23:50h, observei novamente a Sra e apresentava dilatação completa e a apresentação encontrava-se ao nível do plano IV de Hodge. O CTG mantinha-se com características de padrão normal. Boa variabilidade com frequência cardíaca fetal na ordem dos 140-150 batimentos por minuto, com dinâmica uterina regular de alta intensidade e os valores tensionais maternos também estavam controlados. Posto isto, informei a Sra S.S de que reunimos as condições para iniciar esforços expulsivos aproveitando sempre o momento da contração e que a iríamos colocar em posição ginecológica, uma vez que é a posição adoptada por este serviço no momento do nascimento mas, tentaríamos deixá-la da forma mais confortável possível e assim foi. Coloquei a Sra em posição ginecológica e com a cabeceira elevada de forma confortável para a Sra e beneficiando também as condições materno-fetais no que respeita à facilidade de auscultação cardiotetral e prevenindo o síndrome de hipotensão supina.

Questionei a parturiente se durante o parto fazia questão em manter as condições ambientais da sala de partos, equpei-me devidamente com os equipamentos de protecção individual e incentivei-a a realizar os esforços expulsivos tal como lhe tinha explicado. A Sra encontrava-se calma, controlada e colaborante. Coloquei os panos esterilizados e solicitei a água e sabão para realizar a lavagem e posteriormente a iodopovidona ginecológica para desinfectar. Após 2 ou 3 momentos de esforço expulsivo, visualizei o coroamento e adoptei um discurso de elogio para com a Sra de forma a encorajá-la a manter a atitude eficaz durante aquele processo. Com o auxílio de vaselina pomada, fui manobrando o perineo de forma equilibrada e verifiquei que os tecidos e músculos que rodeavam aquela zona tinham elasticidade suficiente para a exteriorização da cabeça fetal sem que fosse necessário a realização da episiotomia e mantive aquela zona protegida através da manobra de Ritgen..

Visualizei a cabeça fetal e apoiéi a mesma de forma segura, pesquisei a possível presença de circulares cervicais e iniciei o desencravamento do ombro anterior e seguidamente o ombro posterior. Procedi à expressão manual das vias aéreas do recém-nascido com o objectivo de eliminar as secreções oro e naso-faríngeas e

consequentemente permitir uma adaptação ao meio extra-uterino sem dificuldade. Realizei estimulação tátil e após um choro vigoroso coloquei o recém-nascido em contacto pele-a-pele com a mãe de forma a promover o vínculo materno precoce. Uma vez que mãe e filho se encontravam bem, aguardei o fim de pulsar do cordão umbilical de forma a realizar o corte tardio do cordão. Recorrendo a duas pinças de Kocker, questionei o pai e mãe se faziam questão em ser um dos progenitores a realizar a laqueação do cordão umbilical. Tomaram a decisão de ser o pai a fazê-lo e felicitei-os pelo nascimento do filho. Incentivei os pais a colocarem o seu filho à mama enquanto eu prestava cuidados à mãe que o fizeram de forma autónoma e com sucesso. O recém-nascido apresentou uma boa adaptação à mama, com reflexos de sucção e deglutição fortes e coordenados.

De seguida, e enquanto os pais se deliciavam com o seu filho mais recente, observei um jacto de sangue à vulva, o crescimento do cordão através da descida da pinça de Kocker que clampava o cordão, sinais estes que me levaram a constatar que era o momento de dequitar e solicitei à Sra S.S para fazer um pouco de força. Foi exteriorizando o cordão com uma pressão moderada no sentido descendente até surgir a placenta de forma espontânea e na face fetal, ou seja, através do mecanismo de Schultze. Coloquei a placenta sobre a mesa de parto e analisei a sua integridade, características do cordão, inserção do mesmo e confirmei a presença dos 3 vasos (2 artérias e uma veia). Após a dequitação observei o períneo, vagina e colo do útero com o intuito de despistar a presença de lacerações, pedi à Enfermeira de apoio para administrar ocitocina (5 unidades via endovenosa directa e 10 unidades a adicionar à perfusão de ocitocina que se encontrava em curso) de forma a permitir uma involução uterina mais rápida e promover a hemóstase.

Avaliei uma última vez os sinais vitais à puérpera, que apresentava valores tensionais de 138/72mmHg, confirmei a formação do globo de segurança de Pinard e expliquei à puérpera que iríamos transferi-la para a enfermaria juntamente com o seu bebé e que o primeiro levante seria aproximadamente ao fim de 4 a 6 horas após o parto mas sempre com a supervisão da enfermeira que iria ficar responsável por ela. Acomodei então a puérpera e filho na enfermaria, providenciei uma refeição ligeira e depois da Sra se alimentar promovi um ambiente calmo para que mãe e filho pudessem descansar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relato de experiências/prestação de cuidados veio permitir a aplicação e consolidação dos conhecimentos adquiridos no período teórico, levando-me a reflectir sobre a presente situação bem como na aquisição de novas competências nesta área. Permitiu-me ainda fazer a descrição de todas as intervenções que desenvolvi e analisei ao longo do trabalho de parto desta Sra. Perante esta situação, tive sempre como foco de atenção a grávida e família, mostrando-me sempre disponível para ambos ao longo do trabalho de parto uma vez que o sentimento de segurança e apoio faz toda a diferença num momento como este. Penso que os objectivos que me foram propostos foram atingidos com sucesso e tal só foi possível graças à colaboração da Sra S.S e da sua família bem como à orientação da minha Enfermeira perceptora Solena Marques ao longo deste processo. A eles, devo-lhes um muito obrigado.

Apêndice C – Sessão de educação para a saúde – aleitamento materno



1



2



3



4



ALEITAMENTO MATERNO

É mais do que uma simples nutrição, o aleitamento materno permite uma redução das gastos da família com a alimentação do bebê, diminui os dispêndios de saúde em cuidados de saúde (WHO, 2018).

Imagem: Getimagesid.com (2018)

5



IMPORTÂNCIA PARA O BEBÊ

Prevenção de:

- Alergias e distúrbios metabólicos (Truchet & Hono-Kaultz, 2017)
- Aftas e infecções respiratórias (Ex: Bronquite, Amigalite)
- Diarreias
- Obesidade

Imagem: Getimagesid.com (2018) ORIS/UNICEF (2014)

6



IMPORTÂNCIA PARA O BEBÊ

- Ajuda o crescimento e desenvolvimento cognitivo (WHO, 2009)
- Tem tudo que um bebê precisa no 1º e mais de vida.
- Muda de acordo com as necessidades do bebê.
- Faz com que os bebês tenham uma melhor adaptação a outros alimentos.

Bebês não amamentados têm maior probabilidade de adoecer.

Imagem: Getimagesid.com (2018) ORIS/UNICEF (2014)

7



IMPORTÂNCIA PARA A MÃE

- Protege contra o câncer de mama
- Facilita uma lactação eficiente
- Promove a conexão mãe-filho
- Alimentação que não é dependente

Imagem: Getimagesid.com (2018) ORIS/UNICEF (2014)

8



IMPORTÂNCIA CONTACTO PELE A PELE APÓS O NASCIMENTO

- > Mantém o bebé quente, aquecido;
- > Ajuda a iniciar a amamentação;
- > Promove a oxigenação;

© 2014 OMS/UNICEF (2014)

9



RISCO DE NÃO AMAMENTAR

- > Tapa carter;
- > Fenda de proteção contra abanço (Dampor reflexo);
- > Controlo e envio ao parto;
- > Dificuldade em cometer o decido de se amamentar;

© 2014 OMS/UNICEF (2014)

10



COMPOSIÇÃO DO LEITE

- > Quando um bebé começa a mamar no peito da mãe, o primeiro leite que sobe é um leite mais rico em água e lactose, que é o açúcar do leite;
- > À medida que a mamada avança, o leite vai ficando cada vez mais gorduroso;
- > É importante que o bebé anexe uma mama em cada mamada de forma a obter as diferentes características do leite;

© 2014 OMS/UNICEF (2014)

11



COMPOSIÇÃO DO LEITE

- > O bebé deve primeiro sugar a primeira mama e se depois disso continuar com febre é que lhe é oferecida a segunda mama;
- > Sugar a esquerda e depois a direita para uma maior produção de leite uma vez que quanto mais o bebé mamar, maior será a estimulação e consequentemente maior produção de leite;

© 2014 OMS/UNICEF (2014)

12



IMPORTÂNCIA DA DURAÇÃO DA MAMADA

- O bebé deve mamar cerca de 10 a 12 vezes durante as 24 horas;
- A duração da mamada não é o mais importante, uma vez que o maior parte dos bebés consomem 90% do que precisam em 4 minutos;
- Alguns bebés abrigam mais as mamas, até cerca de 30 minutos ou mais.

Imagem: detomplivada, 2018 OMS/UNICEF (2014)

13



IMPORTÂNCIA DA DURAÇÃO DA MAMADA

- O que é importante é perceber se o bebé está a obter leite da mama da mãe ou se está a fazer da mama da mãe uma chupeta, pois isto pode encorajar as mamas, criar fissuras e levar a mãe a desistir da amamentação.

Imagem: detomplivada, 2018 OMS/UNICEF (2014)

14



IMPORTÂNCIA DA DURAÇÃO DA MAMADA

- O bebé deve ser alimentado quando tem fome. É o chamado regime livre;
- Não se deve impor ao bebé um regime rígido. Quando um bebé tem fome acorda para comer, e este sinal é importante para um melhor ingestão de leite materno. No entanto, durante o primeiro mês de vida não se deve deixar o bebé dormir mais de 3 horas.

Imagem: detomplivada, 2018 OMS/UNICEF (2014)

15



IMPORTÂNCIA DE UMA POSIÇÃO ADEQUADA E PEGA CORRECTA

- A mãe tem de aprender a segurar o bico e posicionar o bebé, para que este faça uma pega correcta;
- O bebé tem de aprender a pegar na mama para ter uma sucção eficaz.

Imagem: detomplivada, 2018 OMS/UNICEF (2014)

16



IMPORTÂNCIA DE UMA POSIÇÃO ADEQUADA E PEGA CORRECTA

Figura 7. Amamentação correcta (1)

- A boca do bebé tem de apertar a maior parte do aréolo;
- O bebé mama no aréolo e não no mamilão. O mamilão

Imagem de exemplo 2018 OMS/UNICEF (2014)

17



IMPORTÂNCIA DE UMA POSIÇÃO ADEQUADA E PEGA CORRECTA

Figura 8. Amamentação não correcta

- O lábio inferior tem de estar virado para fora; (Boca do bebé deve envolver-se à "boca do seu paião")

Imagem de exemplo 2018 OMS/UNICEF (2014)

18



IMPORTÂNCIA DE UMA POSIÇÃO ADEQUADA E PEGA CORRECTA

- O queixo do bebé tem de tocar a mama;
- A boca do bebé deve estar bem aberta;
- Pode ver-se todo aréolo acima do queixo da boca do bebé.

Imagem de exemplo 2018 OMS/UNICEF (2014)

19



DESCONFORTOS MAMÁRIOS

Nas primeiras semanas de amamentação podem surgir algumas dificuldades, sobretudo para mães que estão a amamentar pela primeira vez:

Dor aguda e súbita

- Quando se dá a subida do leite por volta de 2^a - 3^a dia, as mamas podem ficar quentes, mais pesadas e duras, devido ao aumento de leite.

Imagem de exemplo 2018 OMS/UNICEF (2014)

20



DESCONFORTOS MAMÁRIOS

- > Pode ter um ligeiro aumento da temperatura corporal que não ultrapassa, em regra, os 38°C.
- > Se o leite não é retirado em quantidade suficiente, as mamas podem ficar tensas, inchadas e dolorosas e pode ser difícil retirar o leite.

© 2018 OMS/UNICEF (2018)

21



DESCONFORTOS MAMÁRIOS

O que fazer?

- > Dar de mamar com frequência para retirar o leite, ou retirá-lo manualmente se com bomba (usar sempre as mãos).
- > Quando se consegue retirar um pouco de leite, a mama fica mais mole e a bebé poderá sugar mais eficientemente.

© 2018 OMS/UNICEF (2018)

22



DESCONFORTOS MAMÁRIOS

- > Se a bebé não consegue mamar, deve retirar o leite para um copo (normalmente ou com bomba) e dá-lo ao bebé.
- > Deve continuar a retirar com a frequência necessária para que as mamas fiquem mais confortáveis e até que o inchaço esteja desaparecido.

© 2018 OMS/UNICEF (2018)

23



DESCONFORTOS MAMÁRIOS

- > Passar com o chuveiro ou com água quente (jornal).
- > Massajar levemente com a ponta dos dedos ou com o dedo fechados na direção das mamas.
- > Se as mamas apresentarem edema (inchaço), pode aplicar-se água fria ou gelo, depois de retirar o leite.

© 2018 OMS/UNICEF (2018)

24



DESCONFORTOS MAMÁRIOS

- Expor os mamilos ao ar e ao sol, sempre que possível, no intervalo das mamadas.
- Se a dor for intensa que mesmo utilizando a pega do bebê não desapareça, pode retirar o leite e dar ao bebê com copo ou colher até que o mamilo melhore as condições.

Imagem ilustrativa 2018 ORISUNICOP (2014)

29



DESCONFORTOS MAMÁRIOS

Os mamilos abrem-se cerca de 30 a 20 vezes que durante a lactação. Pode acontecer que alguns ductos possam ficar obstruídos, provavelmente por leite espesso.

Sinal de Ductos:

- Pode sentir um nódo (bolinha) dolorosa numa parte do mamilo, a qual ficará avermelhada.
- Não tem febre e sente a dor;

Imagem ilustrativa 2018 ORISUNICOP (2014)

30



DESCONFORTOS MAMÁRIOS

Esta situação pode ocorrer pela uso de roupas apertadas (sutiãs), pressão no mamilo, ou porque o bebê não suga daquela parte do mamilo.

O que fazer?

- Deixar amamentar em diferentes posições de modo a excitar todas as partes do mamilo (por exemplo, colocando o corpo do bebê abaixo do busto).

Imagem ilustrativa 2018 ORISUNICOP (2014)

31



DESCONFORTOS MAMÁRIOS

- Fazer uma leve pressão, com os dedos, no sentido do mamilo para ajudar a excitar aquela parte do mamilo.
- Usar roupas largas e um sutiã que aperte, mas não comprima.

Imagem ilustrativa 2018 ORISUNICOP (2014)

32



DÉSCONFORTOS MAMÁRIOS

64 a (2004) bloqueada não drenar o leite, ou no caso de ingurgitamento mamário grave, a mama pode infectar. A situação melhora, habitualmente em um ou dois dias.

Maneiras

- > Parte da mama fica amolecida, quente, inchada e dolorosa;
- > Tem febre, geralmente elevada e sente grande mal-estar;

Imagem descomplexada, 2008 OMS/PAHO/2010

33



DÉSCONFORTOS MAMÁRIOS

Q. um fazer?

- > Consultar o médico;
- > O médico indicará quais os medicamentos que deve tomar;
- > É fundamental a repouso;
- > Retirar o leite manualmente, ou com bomba;
- > Acompanhar de perto o efeito;

Imagem descomplexada, 2008 OMS/PAHO/2010

34

Bibliografia

- > OMS/PAHO/2010. Acompanhamento em Amamentação: Um Guia de Treino - Manual de Conselheiro;
- > Saúde descomplexada. Acesso a 15/11/2010. disponível em <http://saude.descomplexada.com.br/2010/06/22/pago-umefraco-ou-fazendo-lado-mom-um-dor/>;
- > Trachten, S. & Hanno-Huhta, E. (edits de 2007). Physiology of milk secretion. (E. L.H. Ed.) Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 31(4), 367-384. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beem.2007.03.006>

35

Bibliografia

- > World Health Organization. (2002). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO. Acesso a 7 de fevereiro de 2010. de <http://apps.who.int/infocollab/10655/4421/>;

36



37

Apêndice D – Sessão de educação para a saúde – segurança rodoviária antes e depois da gravidez



1



2



3



4



Segurança Rodoviária

Um acidente pode acontecer num tempo ou curto percurso, e sites ou baixas velocidades, dentro ou fora das localidades e, por isso, é importante o uso dos SRC em todos os instantes e as questões relativas à segurança da criança devem sempre ser salvaguardadas (ACP et al., 2014)

(Pisa & Fines, 2019)

5



Segurança Rodoviária

O uso de cadeiras e dispositivos de retenção para crianças é obrigatório por lei (Decreto-Lei nº 44/2005, artigo 55, ponto 1).

Segundo as alterações do código de estrada, que entraram em vigor a 1 de janeiro de 2014, "as crianças com menos de 12 anos de idade transportadas em automóveis equipados com cintos de segurança, desde que tenham altura inferior a 135 cm, devem ser seguras por sistema de retenção homologado e adaptado ao seu tamanho e peso" (Lei nº 72/2013, de 3 de setembro, p. 5469).

(Pisa & Fines, 2019)

6



Segurança da Grávida

Um cinto, duas vidas protegidas!

- > Deve usar sempre o cinto de segurança. Seja como condutora, seja como passageira;
- > Em caso de determinadas complicações, em que é desaconselhado o uso de cinto, o recomendável é evitar o carro para deslocações;
- > É possível controlar-se o maior parte do tempo de gravidez;

(Pisa & Fines, 2019)

7



Segurança da Grávida

- > A barriga deve ficar a pelo menos 20cm de distância do volante;
- > A faixa inferior do cinto nas grávidas deve ser sempre colocada abaixo do ventre e apoiado na pélvis;
- > A faixa superior, deve passar por cima da zona média do esterno e do clavícula de modo a não ficar muito junto ao pescoço;

(Pisa & Fines, 2019)

8



Segurança da Grávida

- » Nunca deve estar estirada ou deitada na carroça;
- » Não deve estar por baixo do esticador do braço;



(FunçãoMafra, 2019)

9



Antes de ir para a Maternidade

- » Deve informar-se/questionar acerca de segurança no estóvel e sistemas de retenção para crianças junto dos profissionais de saúde que acompanham a sua gravidez;
- » Deve adquirir a cadeira para transportar o seu bebé no carro com antecedência tal como se faz com o berço, carrinho de passeios, etc;

(FunçãoMafra, 2019)

10



Antes de ir para a Maternidade

- » Deve consultar as instruções de utilização do sistema de retenção para crianças e treinar a sua instalação no carro antes do nascimento;
- » Deve ter em atenção que a roupa do recém-nascido deve permitir a colocação e o ajuste correcto da arêola (cinto interno) da cadeira para bebé;

(FunçãoMafra, 2019)

11



Antes de ir para a Maternidade

- » Deve ter em atenção que os locais de dormir a criança podem dificultar o ajuste do arêola sobretudo se tiverem uma fenda/fenda entre as pernas;
- » Em situações de utilização de uma manta para tapar o bebé, esta deve ser colocada por cima deste e **em frente** do arêola aberta, para evitar folgas entre o corpo do bebé e o arêola;

(FunçãoMafra, 2019)

12



Segurança do Recém-Nascido

Segurança desde o 1º minuto após o(a)l

- Deve ter-se dispôr o assento para transportar o bebê em segurança.
- Ter especial atenção com os equipamentos em segunda mão, uma vez que podem não estar em perfeito estado e não proteger de forma igual.
- Deve transportar **sempre** o bebé no assento e **sempre** ao colo mesmo em curtas distâncias.

© 2019 FINE

13



Segurança do Recém-Nascido

- Deve colocar o bebé virado para trás até aos 15 meses de idade.
- De acordo com A Fundação MAYFRE, é recomendado que se continue a usar os cadeiras viradas para trás para crianças até os 4 anos de idade.

© 2019 FINE

14



Segurança do Recém-Nascido

- Deve colocar o seu bebé numa posição intermédia entre a vertical e a horizontal e não muito erguida.
- Deve mudar a cadeira do seu bebé à medida que ele vai crescendo.
- Deve transportar o bebé obrigatoriamente nos bancos traseiros, exceto se a viatura não tiver cintos de segurança traseiros, banco ou se a criança for transportada de costas para o trânsito. (Airbag frontal deve estar desligado).

© 2019 FINE

15



Segurança do Recém-Nascido

- Deve ter em atenção que o assento mais seguro é o central traseiro por estar mais afastado das portas.
- No entanto, os ancoragens são costumam ser instaladas nos dois assentos laterais. Nesta situação, recomenda-se colocar o sistema de retenção infantil no assento atrás do assento dianteiro do passageiro para ter um melhor acesso e estabilidade da criança.

© 2019 FINE

16



Segurança do Recém-Nascido

- > Mãe deve colocar o bebê virado para trás no banco direito do passageiro se não for possível, desativar previamente o airbag.

(Poa&F/Inea 2019)

17



Erros mais comuns

- > Sentar o criança no cadeira sem fechar o cinto.
- > Permitir que as crianças viajem com as mãos para fora dos cintos de segurança.
- > Viajar com as crianças sozias.
- > Mover a criança de sistema de retenção cedo ou tarde demais.

(Poa&F/Inea 2019)

18



Erros mais comuns

- > Utilizar uma cadeira em segunda mão desconhecendo o seu histórico.
- > Colocar a cadeira no banco direito tendo a possibilidade de ser colocada no banco traseiro.
- > Colocar a cadeira voltada para trás no banco dianteiro com o airbag ativo.
- > Deixar o cinto de segurança torcido.

(Poa&F/Inea 2019)

19



Erros mais comuns

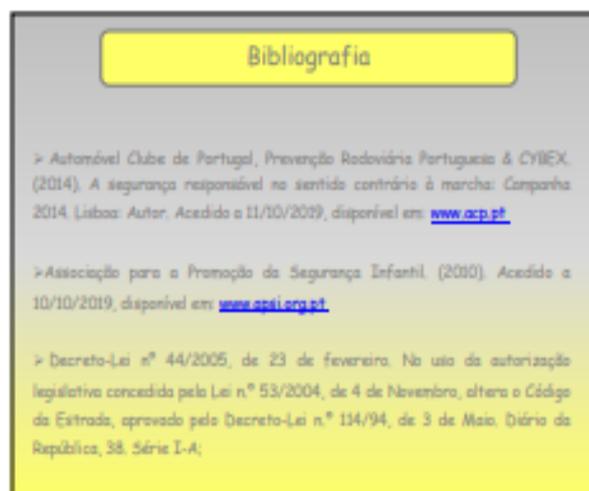
- > Deixar falhas nos cintos de segurança.
- > Colocar o armlie num percurso errado.
- > Sentar o criança no cadeira com o colocone solto ou vestido.
- > Permitir que o criança utilize apenas as faixas inferiores do armlie.

(Poa&F/Inea 2019)

20



21



22



23



24

Apêndice E – Manuscrito a submeter para publicação

Título: Prevalência do aleitamento materno, e satisfação materna

Autores:

Cora Machado dos Santos Moreira

Maria da Luz Barros

Resumo

A melhoria nas práticas do aleitamento materno ajuda as mães a tornarem-se confiantes, competentes e satisfeitas, oferece benefícios tanto para a mãe como para o bebê, sendo necessário identificar possíveis obstáculos. **Objetivos:** identificar as causas de abandono precoce do aleitamento materno exclusivo e descrever a experiência materna quanto às práticas do aleitamento materno de mulheres apoiadas num Centro de Saúde do Baixo Alentejo. **Método:** Estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa. Participaram 51 mães com idades entre os 25 e os 41 anos (M=35,). Eram de nacionalidade portuguesa (n=51, 100%) e referiam viver com o marido e filhos (n=46, 90,20%). As habilitações académicas mais representadas são o ensino superior (n= 25; 50%) e o 12º ano ou profissional (n=14; 28%). O tipo de parto mais representado foi o parto eutócico (n= 22; 43,14%) e cesariana (n=19; 37,25%). Utilizou-se a escala de satisfação vivida na amamentação (versão Garcia Galvão,2000) e a escala de apoio familiar (Smilkstein,1978). **Resultados:** As mães reconhecem que a amamentação lhes deu satisfação interior e concordam totalmente que proporciona momentos especiais com o bebê. As razões apontadas para o abandono da amamentação, foram fundamentalmente, razões físicas 17,24% dor ao amamentar, 20,69% gretas ou fissuras, 41,38% cansaço causado pelo ritmo de amamentação, 55,17% cansaço por ter outras tarefas a realizar e 58,62% cansaço por noites mal dormidas. **Conclusão:** No estudo atual as mães expressaram satisfação com a experiência do aleitamento materno, e identificaram-se fatores que favorecem o abandono precoce do aleitamento materno, possibilitando a implementação de medidas que promovam, a correta orientação pelos profissionais de saúde a este grupo alvo.

Palavras-Chave: Aleitamento Materno; Emoções; Desmame; Leite Humano; Saúde da Mulher.

Apêndice F – Consentimento informado



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Consentimento Informado

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação em Estudo

Título do Trabalho: Retrato das práticas de aleitamento materno das mulheres de uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários no Alentejo.

Apresento-me como estudante do Mestrado em Enfermagem De Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora. Pretendendo realizar um trabalho que traga contributos para o sucesso do aleitamento materno no Alentejo. O que solicito à Senhora, é a resposta a um questionário. A decisão de participar é sempre sua. Por favor considere-se livre para aceitar ou rejeitar este convite. A confidencialidade dos dados é garantida, pois comprometo-me a não divulgar o seu nome ou qualquer dado que a possa identificar. Caso tenha dúvidas ou questões a colocar, contacte-me através do telefone 968129357 ou cora__moreira@hotmail.com

Li este consentimento e concordo
em
participar

Li, expliquei e assegurei-me que a senhora
compreendeu

Data ____ / ____ / ____

Data ____ / ____ / ____

A Senhora Participante

A investigadora

Este consentimento será assinado por mim em duplicado e eu fico com um dos exemplares