

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

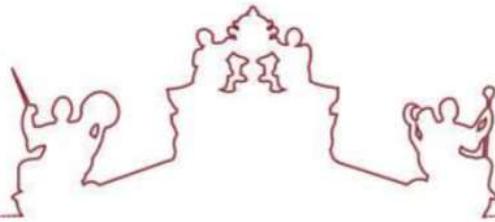
Relatório de Estágio

Estratégias Promotoras da Vinculação Mãe-Bebé Após o Parto

Cátia Alexandra Martins Cordeiro

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2022



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

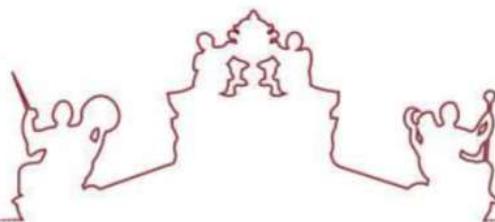
Relatório de Estágio

Estratégias Promotoras da Vinculação Mãe-Bebé Após o Parto

Cátia Alexandra Martins Cordeiro

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2022



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

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

Vogais | A. Frias (Universidade de Évora) (Orientador)
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Arguente)

AGRADECIMENTOS

À minha família, que me apoiou durante toda a minha vida, e que foi essencial para esta jornada.

Aos meus amigos, que sempre compreenderam todas as ausências.

Às minhas colegas, pela força que me deram ao longo destes dois anos.

À equipa de Ortopedia, por todas as trocas de turnos e pela compreensão.

À equipa de Obstetrícia por me ter recebido tão bem.

A todos os que tive oportunidade de conhecer durante este percurso, os professores e os excelentes supervisores clínicos, em especial à Professora Doutora Ana Frias, essencial para o fim do meu percurso, sempre disponível e com muita paciência. Obrigado pelos vossos conhecimentos e por serem um apoio para a etapa que há de vir.

O meu mais sincero obrigado, obrigado por me fazerem acreditar que eu conseguia. Têm um lugar especial no meu coração.

RESUMO

Título: Estratégias Promotoras da Vinculação Mãe-Bebé Após o Parto

O cuidado na saúde materna e obstétrica é centrado na mulher, para atingir o grau de mestre e o título de enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica é necessário melhorar o conhecimento técnico-científico e adquirir competências específicas. Este relatório pretende investigar as estratégias promotoras da vinculação mãe-bebé após o parto, descrever as atividades e o processo de desenvolvimento e aquisição de competências ao longo do estágio de natureza profissional. Foi realizada uma revisão da literatura com pesquisa bibliográfica em bases de dados. Não estão esclarecidas as medidas que existem para promover a vinculação mãe-bebé após o parto. No entanto, foi possível verificar que o contacto pele a pele, o aleitamento materno, o corte tardio do cordão umbilical e o alojamento conjunto ajudam na criação, promoção e desenvolvimento da vinculação. O resultado deste percurso foi positivo, mas existe sempre espaço para melhorias de forma a atingir a excelência dos cuidados.

Descritores: Mãe; Recém-nascido; Vinculação: Pós-parto; Estratégias.

ABSTRACT

Title: Strategies to promote mother-baby bonding after parturition

Care in maternal and obstetric health is centered on women, to achieve the master's degree and the title of specialist nurse in maternal and obstetric health, it is necessary improve technical-scientific knowledge and acquire specific skills. This report intends to investigate the strategies that promote mother-baby bonding after childbirth, describe the activities and the process of development and acquisition of competences during the professional internship. A literature review was carried out with bibliographic research in databases. The measures that exist to promote mother-baby bonding after parturition are not clear. However, it was possible to verify that skin-to-skin contact, breastfeeding, late cutting of the umbilical cord and rooming-in help in the creation, promotion and development of bonding. The result of this journey was positive, but there is always room for improvement in order to achieve excellence in care.

Descriptors: Mother; Newborn; Bonding; Postpartum; Strategies.

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO	11
2.CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	15
2.1. Caracterização do Contexto	15
2.1.1. Unidade de Saúde Familiar Alcaides	16
Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos.....	17
2.1.2. Hospital do Espírito Santo Évora, EPE.....	18
Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos.....	22
2.2. Metodologia	26
3.CONTRIBUTO PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	40
3.1. Concetualização	40
3.2. Metodologia	43
3.3. Resultados	55
4.ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	59
4.1. Competências comuns dos enfermeiros especialistas	59
4.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	60
4.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade	61
4.1.3. Gestão dos Cuidados	63
4.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	64
4.2. Os resultados dos contributos para a assistência dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	64
4.2.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.....	65
4.2.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal ...	66
4.2.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto....	69

4.2.4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal...	73
4.2.5. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério	74
4.2.6. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.....	75
4.2.7. Cuidar o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.....	76
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
APÊNDICES	103
Apêndice A – Grelha Curricular	103
Apêndice B – Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas.....	104
Apêndice C – Plano Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade sobre Promoção do Aleitamento Materno.....	108
Apêndice D - Plano Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade sobre Trabalho de Parto e Parto	111
Apêndice E - Plano Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade sobre Cuidados ao Recém-nascido	113
Apêndice F - Plano Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade sobre Exercícios Respiratórios e Fortalecimento Pélvico.....	116
Apêndice G – Formulário para Avaliação das Sessões de Preparação para o Parto e Parentalidade – USF Alcaides.....	119
Apêndice H – Respostas ao Formulário para Avaliação das Sessões de Preparação para o Parto e Parentalidade – USF Alcaides.....	122
Apêndice I – Panfleto sobre o Alojamento Conjunto e Aleitamento Materno	126
Apêndice J - Artigo Científico: Vinculação paterna no pré-natal.....	126

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Número de partos no HESE nos últimos cinco anos	19
Tabela 2 - Taxa Bruta de Natalidade em Portugal (quantos bebés nascem por 1000 residentes) e Taxa de Fecundidade Geral em Portugal (quantos filhos existem em cada 1000 mulheres em idade fértil)	20
Tabela 3 - Taxa Bruta de Natalidade em Portugal e no Alentejo (onde nascem mais e menos bebés por 1000 residentes)	20
Tabela 4 - Percentagem de cesarianas no total dos partos feitos em unidades hospitalares	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Sequência do Estágio de Natureza Profissional	16
Figura 2 - Idade e Estado Civil das utentes	28
Figura 3 - Nacionalidade das utentes	29
Figura 4 - Motivos de internamento das mulheres com afeções do foro ginecológico.....	30
Figura 5 - Motivos de internamento das mulheres grávidas	32
Figura 6 - Motivos de internamento das puérperas	32
Figura 7 - Gráficos do tipo de gravidez das utentes, vigilância da gravidez e existência de patologias na gravidez.....	33
Figura 8 - Número de mulheres grávidas e puérperas que realizaram analgesia no trabalho de parto e tipo de parto das puérperas.....	33
Figura 9 - Percentagem de mulheres com períneo íntegro, episiotomia ou laceração no parto	35
Figura 10 - Estratégias promotoras da vinculação utilizadas na população.....	36
Figura 11 - Tipo de parto.....	38
Figura 12 - Peso ao nascer dos recém-nascidos	38
Figura 13 - Índice de Apgar dos recém-nascidos	39
Figura 14 - Percentagem de recém-nascidos alimentados com leite materno e/ou leite adaptado	39
Figura 15 - Modelo PICO para a formulação da questão de investigação.....	43
Figura 16 - Fluxograma da pesquisa de artigos na base de dados.....	44
Figura 17 - Resumo dos artigos.....	48

1. INTRODUÇÃO

O cuidar do ser humano é a essência da enfermagem. O enfermeiro deve ser empenhado de forma a procurar atualizar constantemente os seus conhecimentos e tentar aproximação com o principal sentido da profissão, o cuidado (Santos, et al., 2017). Cuidar é colocar-se no lugar do outro em diferentes situações tendo em conta a dimensão pessoal e social (Souza, et al., 2005). O papel do enfermeiro é complexo pelo desempenho de atividades gerenciais e assistenciais, e pela tomada de decisão rápida e adequada (Santos, et al., 2017). O enfermeiro protege, promove e preserva a pessoa, de forma a ajudá-la a encontrar significados na dor, sofrimento, doença e própria existência (Souza, et al., 2005).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) presta um cuidado centrado na mulher, dando prioridade às necessidades e desejos das mulheres, promovendo a escolha informada, a continuidade dos cuidados, o envolvimento das mulheres, a eficácia clínica, capacidade de resposta e acessibilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O EESMO atua na vida da mulher e família no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, período pré-natal, no trabalho de parto e parto, período pós-natal, e climatério.

Segundo Treviso et al. (2017) a enfermagem está diretamente ligada às práticas do cuidado que requerem competências profissionais. Como tal, a formação dos enfermeiros é baseada em competências (Nunes, et al., 2016) e a complexidade da atuação dos enfermeiros carece do desenvolvimento de competências (Lourenção & Benito, 2010). A competência é a capacidade em articular valores, conhecimentos, capacidades e posturas necessários para desempenhar eficazmente a profissão (Treviso, et al., 2017). O enfermeiro deve ter uma postura inovadora, ser crítico e criativo, consciente das suas responsabilidades éticas, profissionais e políticas (Benito, et al., 2012). As competências são indispensáveis ao cuidado, exigindo ao profissional de saúde capacidade para pensar, agir, interagir e decidir (Treviso, et al., 2017). O desenvolvimento de competências está intimamente ligado à aquisição de conhecimentos, habilidades e capacidades com origem nas disciplinas e nas experiências pessoais (Nunes, et al., 2016). Como tal, para a formação de um EESMO devem ser adquiridas competências específicas e comuns dos enfermeiros especialistas, além das competências gerais. Desta forma, realizou-se o estágio de natureza profissional, descreveram-se as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas no relatório.

O ingresso no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) leva à obtenção de título de EESMO e o grau académico de mestre. Para tal ocorrer, no segundo ano do curso realizou-se o estágio de natureza profissional e elaborou-se um relatório final. O

Estágio de Natureza Profissional ocorreu em contexto clínico em instituições que englobavam Cuidados de Saúde Primários, Bloco de Partos, Internamento de Puerpério, e Internamento de Grávidas Patológicas/Ginecologia. Todo o estágio decorreu sob orientação do orientador pedagógico da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Nas diferentes instituições decorreu com o acompanhamento e orientação de um EESMO. O estágio permitiu a obtenção de experiência prática que ajuda a desenvolver competências de EESMO e competências comuns dos enfermeiros especialistas. O Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional do MESMO teve como objetivo demonstrar que as competências comuns e específicas inerentes à área de especialização foram atingidas. (Despacho N.º 11051/2018, 2018). As competências comuns dos enfermeiros especialistas assentam em diferentes domínios, sendo eles: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento N.º 140/2019, 2019). As competências específicas do EESMO e aquelas que se procurou atingir com o estágio de natureza profissional foram: cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; durante o período pré-natal; durante o trabalho de parto; durante o período pós-natal; durante o período do climatério; a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; e cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (Regulamento N.º 391/2019, 2019).

O tema principal que se desenvolveu neste relatório centra-se na enfermagem da maternidade. Segundo Lowdermilk e Perry (2009) a enfermagem na maternidade engloba todos os cuidados prestados às mulheres que se encontram em idade reprodutiva e às respetivas famílias, durante os diversos estágios da gravidez e do parto, e das quatro primeiras semanas do pós-parto. Tratou-se mais especificamente a vinculação mãe-bebé após o parto com o objetivo de identificar as principais intervenções e estratégias que promovem a vinculação.

O parto é um acontecimento muito importante na vida de uma mulher visto que assinala a mudança da mulher para a mulher que é mãe a partir do nascimento de um novo ser humano (Lima & Freitas, 2020). É um evento que integra a vida reprodutiva da mulher, parceiro e família, sendo uma das experiências humanas mais significativas, enriquecedora e com forte potencial positivo (Velho, et al., 2013). É mais do que um processo mecânico, engloba adaptações físicas e psicológicas que otimizam e auxiliam no resultado do parto para a mãe e o RN, promovendo a saúde e o bem-estar, estimulando assim a vinculação (Olza, et al., 2020). É também um acontecimento psicológico desafiador, pois cerca de 10 a 34% das mulheres têm-no como uma experiência traumática (Taheri, et al., 2018). O parto permite que as mulheres

ganhem experiências essenciais que as marcam para toda a vida, sendo que a qualidade dessas experiências afeta a saúde da mulher e RN, e a relação da díade/tríade (Tabaghdehi, et al., 2020). A experiência do parto reflete sentimentos de controle, cumprimento de expectativas, confiança e participação na tomada de decisões (Taheri, et al., 2018). É uma experiência multifacetada e por isso difícil de explicar e descrever (Tabaghdehi, et al., 2020). A vinculação mãe-bebé inicia-se com o parto e estende-se por toda a vida, é o vínculo criado pela relação recíproca que foi estabelecida e desenvolvida desde a concepção, durante o desenvolvimento intrauterino até ao nascimento (Silva, 2016).

O puerpério é o período em que o corpo da mulher retoma o estado pré-gravídico, inicia-se com a dequitação (Andrade, et al., 2017) e ocorrem intensas transformações psicológicas e físicas às quais a mulher tem que se adaptar (Strapasson & Nedel, 2010). É um momento crítico na vida da mulher e do RN (Paladine, et al., 2019). O puerpério são as seis a oito semanas após o parto, mas pode dividir-se em três períodos, puerpério imediato (primeiros 10 dias), puerpério tardio (11 a 45 dias após o parto) e após os 45 dias, puerpério remoto (Andrade, et al., 2015). O puerpério é um período de alta vulnerabilidade feminina, pois nesta fase podem ocorrer complicações que se não forem identificadas levam a morbidade e mortalidade por causas evitáveis (Santos, et al., 2013). No puerpério a mulher apropria-se do seu lugar como mãe, e mesmo sendo uma altura delicada, há um estabelecimento de vínculo recíproco entre a mãe e o bebé, pois a mãe é indispensável no início da vida do RN (Andrade, et al., 2017).

A vinculação é a ligação existente entre o bebé e a mãe, é o processo de formação dos laços afetivos (Ordem dos Enfermeiros, 2016). É um estado emocional dinâmico (Hairston, et al., 2018), uma ligação emocional da mãe com o bebé, e a qualidade desse vínculo afeta o desenvolvimento infantil (Nordahl, et al., 2020). É a procura por companhia ou proximidade, começa na gravidez e fortalece-se após o nascimento, é construída através das experiências emocionais e afetivas (Teixeira, et al., 2016). É um processo contínuo da criação de relação entre a mãe e o bebé (Phuma-Ngaiyaye & Kalembo, 2016). Deriva da necessidade humana inata da criação de ligações íntimas com outros ao longo da vida (Schmidt & Argimon, 2009). Influencia o bem-estar materno-fetal, principalmente a saúde mental da mulher (Guerra, et al., 2014). Uma vinculação comprometida pode levar a distúrbios a longo prazo na relação mãe-bebé e distúrbios no desenvolvimento social/emocional do bebé (Lehnig, et al., 2019). As mães com vinculação elevada apresentam menos sintomas depressivos/ansiosos (Airosa & Silva, 2013).

Este relatório encontra dividido em introdução, análise do contexto, metodologia, execução, análise reflexiva sobre a aquisição de competências, conclusão e referências bibliográficas. Para a elaboração do mesmo foi aplicado o novo acordo ortográfico, foi redigido segundo as recomendações da *American Psychological Association* (APA, 2020) e segundo o Despacho N.º 11051/2018, de 26 de novembro.

2.CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Contextualizar segundo o dicionário é “*inserir num determinado contexto*”, “*referir as circunstâncias em que um acontecimento se produz*”, “*definir o ambiente de*” (Porto Editora, 2021). O contexto é o ambiente humano, organizacional e técnico, e pode afetar os indivíduos, pelo que é necessário contextualizar a assistência à saúde (Dodou, et al., 2017). Neste capítulo será descrito o contexto em que o estágio de natureza profissional decorreu.

2.1. Caracterização do Contexto

A Covid 19 foi um vírus que chegou a Portugal em março de 2020, pode-se afirmar que nenhum país, sistema de saúde e instituição estava minimamente preparado para lidar com uma pandemia deste calibre, com um vírus extremamente perigoso pela rápida disseminação e grave infeção (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2020). Pelo alto nível de transmissão entre humanos, foram adotadas medidas para conter a propagação da doença, e foi necessário um bloqueio nacional que resultou em confinamento domiciliário, teletrabalho e fecho temporário de escolas e empresas não essenciais (Fernandes, et al., 2021). Esta pandemia obrigou os prestadores de cuidados de saúde a reduzir de forma acentuada as atividades programadas não urgentes para conter cidadãos, prevenir o contágio, e reorganizar os recursos físicos e humanos para o tratamento de doentes com Covid 19 (Tribunal de Contas, 2020). Desde 1918 com a pandemia de Influenza que não existia uma ameaça infecciosa desta forma, foi necessária uma reorganização do SNS, o que afetou as diferentes instituições de saúde e obrigou a um ajuste nos serviços e criação de vagas para doentes infetados com Covid 19 (CNS, 2020). Houve então uma distribuição de recursos físicos e humanos, influenciando os cuidados de saúde prestados. A pandemia veio influenciar o estágio de natureza profissional, alterou o contexto, restringindo o número de instituições de saúde disponíveis para a sua realização, e como tal limitou as experiências de aprendizagem.

É fundamental compreender o contexto em que o estágio de natureza profissional decorreu, pois, as condições do meio envolvente englobam fatores que podem afetar os profissionais de saúde e os utentes (Dodou, et al., 2017). A organização das instituições de saúde é diferente de qualquer outra instituição, apresentando diferentes características, tais como a complexidade (Gil, et al., 2015). Existem diferentes elementos materiais e imateriais que podem influenciar a assistência na saúde (Dodou, et al., 2017). Os hospitais funcionam de forma ininterrupta e acima de tudo interagem com a população em momentos de maior fragilidade (Gil, et al., 2015). As condições devem ser as mais adequadas possíveis tendo em

conta a humanização, a formação técnica e científica dos profissionais de saúde, e também, as necessidades e a humanização dos utentes (Dodou, et al., 2017). Devem fornecer assistência específica e recursos materiais e humanos sofisticados (Gil, et al., 2015). Neste sentido o estágio de natureza profissional decorreu em diferentes instituições de saúde, sendo que cada instituição tinha diferentes meios físicos e humanos dependendo do tipo de cuidados prestados.

O Estágio de Natureza Profissional decorreu no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo e no Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), EPE. Decorreu no ano letivo de 2020/2021 dividido em dois semestres. A sequência encontra-se descrita na Figura 1.

Campo Clínico Período	Centro de Saúde de Montemor-o-Novo Unidade de Saúde Familiar (USF) Alcaides	HESE, EPE Bloco de Partos	HESE, EPE Internamento de Grávidas Patológicas e Ginecologia	HESE, EPE Internamento de Puerpério	HESE, EPE Bloco de Partos	HESE, EPE Bloco de Partos
2º Ano 1ºSemetre	14-09-2020 a 23-10-2020	26-10-2020 a 04-12-2020	07-12-2020 a 29-01-2021			
2º Ano 2ºSemetre				08-02-2021 a 12-03-2021	15-03-2021 a 09-04-2021	12-04-2021 a 04-06-2021

Figura 1 - Sequência do Estágio de Natureza Profissional

2.1.1. Unidade de Saúde Familiar Alcaides

O primeiro estágio decorreu na USF Alcaides. Esta USF pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central, da Administração Regional de Saúde (ARS) do Alentejo. O ACES Alentejo Central é um serviço desconcentrado, sujeito à direção pela ARS Alentejo, autónomo na administração e constituído por unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde. A principal missão do ACES é garantir à população da área de influência a prestação de cuidados de saúde primários, através da promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a serviços que garantam a continuidade dos cuidados (Administração Regional de Saúde [ARS] Alentejo, 2017). Desenvolve atividades na vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e

avaliação de resultados, e formação de grupos profissionais. A área de atuação é no distrito de Évora, englobando os concelhos de Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa. Estende-se por 7393 km² e abrange 166.726 habitantes. A USF Alcaides é uma das nove USF do ACES Alentejo Central, onde existem unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, de Cuidados à Comunidade, de Saúde Pública e de Recursos Assistenciais Partilhados.

A USF Alcaides tem como missão vigiar a saúde, cuidar o doente durante todas as fases da vida, promovendo a saúde e prevenindo a doença, de forma a reduzir a vulnerabilidade em adoecer, o aparecimento da incapacidade, o sofrimento crónico e a morte prematura da população (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2021). Rege-se por valores de ética, qualidade, disponibilidade, respeito, educação, transparência, responsabilidade, dedicação, inovação e eficácia. Iniciou as suas atividades em 2011 e tem como área de atuação uma freguesia urbana Nossa Senhora do Bispo/Nossa Senhora da Vila e quatro freguesias rurais, Escoural, Ciborro, Foros de Vale Figueira e Lavre. É parte integrante do Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, no entanto possui autonomia organizativa, funcional e técnica (Caeiro, et al., 2018). Possui valências extras de Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Dentista. Funciona das 8h às 20h durante a semana, estando encerrada ao fim-de-semana e feriados.

Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos

A USF Alcaides situa-se no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo no rés-de-chão. A equipa multidisciplinar é constituída por cinco médicos e quatro internos, cinco enfermeiros, e cinco secretários clínicos. Na sala de entrada da unidade existe um balcão de atendimento, e há três salas de espera distintas consoante o serviço solicitado, a sala de espera geral, a de saúde infantil e a de saúde materna e planeamento familiar. Possui ainda 12 salas de atendimento, um ginásio, uma sala de formação, uma sala de vacinação, uma sala destinada a consultas de saúde da mulher, uma sala de tratamentos e a copa.

A sala de vacinação é muito importante pois facilita o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação. Foi criado em 1965 estando em constante revisão e melhoria, pretende vacinar o maior número de pessoas com as vacinas mais adequadas da forma mais precoce possível (SNS, 2021). É gratuito, universal, financiado pelo orçamento de estado, coordenado pela DGS e aplicado nos centros de saúde e hospitais.

A USF Alcoides presta assistência à população garantindo: Cumprimento da vacinação; Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna (SM), Diabéticos, Hipertensos, Idoso; Planeamento familiar (PF); Prevenção de Doença Oncológica; Visitação domiciliária; e Cuidados em Doença Aguda.

Dos 12 gabinetes de atendimento alguns estão preparados especificamente para as consultas de vigilância de SM e PF. No âmbito do PF realiza-se rastreio do cancro do colo do útero, colocação de implantes ou dispositivo intrauterino (DIU). Na consulta de PF podem ser inscritas mulheres até aos 54 anos e homens, sem limite de idade, e tem objetivos diversos: promover a vivência da sexualidade, regular a fecundidade, preparar para a maternidade e paternidade responsáveis, reduzir a mortalidade e morbilidade, reduzir a incidência e consequências de infeções sexualmente transmissíveis (IST), e por fim melhorar a saúde e o bem-estar (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2008). A consulta de vigilância de SM engloba a consulta pré-concepcional, a vigilância da gravidez de baixo risco e a consulta do puerpério. À vigilância da gravidez associam-se rastreios, intervenções e educações para a saúde ao longo da mesma, contribuindo para ganhos em saúde e diminuição da morbilidade materna e perinatal (DGS, 2015). A consulta do puerpério deve realizar-se entre o sétimo e o décimo dia após o parto, pois a maioria das ocorrências de morbilidade e mortalidade materna e neonatal ocorrem na primeira semana após o parto (Vilela & Pereira, 2018). Acima de tudo, educações para a saúde são uma prática fundamental na enfermagem, sendo que o enfermeiro aconselha, orienta e presta assistência (Pereira, et al., 2017).

Os cuidados de saúde primários fornecem cuidados completos à população, tendo em conta as suas necessidades durante todo o ciclo de vida, assegurando a promoção da saúde e prevenção da doença (World Health Organization [WHO], 2021). Como tal, a USF Alcoides presta os cuidados de acordo com o que está preconizado nos diferentes programas de saúde segundo a DGS.

2.1.2. Hospital do Espírito Santo Évora, EPE

O HESE, EPE insere-se na rede do Sistema Nacional de Saúde (SNS) da região do Alentejo, tem como principal objetivo prestar cuidados de saúde diferenciados e de alta qualidade à população. Desempenha o papel de hospital central do Alentejo e rege-se por valores de respeito, excelência, promoção da qualidade, ética, integridade, transparência, motivação e trabalho de equipa. Tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em tempo útil de forma a garantir elevados padrões técnico-científicos, com eficaz e eficiente

gestão de recursos, defendendo a humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos trabalhadores, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde; garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes; melhorar os serviços oferecidos, a eficiência técnica e económica, a qualidade dos cuidados e da organização; valorizar o capital; otimizar a utilização de tecnologias (SNS, 2021).

O HESE é a unidade hospitalar mais diferenciada, recebe doentes de todo o Alentejo (alto, central, baixo e litoral). Destacou-se como centro de testagem e diagnóstico de Covid 19 em 2020 e 2021, sendo relevante na identificação de redes de transmissão e identificação de casos assintomáticos. Na área materno-infantil é um Hospital Central de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD), garante apoio perinatal diferenciado dispondo de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) (Hospital do Espírito Santo Évora [HESE], 2021). Abrange diretamente o distrito de Évora num total de 14 concelhos, e indiretamente toda a região do Alentejo, num total de 33 concelhos, 15 do distrito de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Alentejo Litoral (SNS, 2021). Apresenta valência de diversos serviços nas diferentes áreas da Mulher e Criança (Neonatologia, Obstetrícia e Ginecologia, e Pediatria), da Medicina, da Urgência, da Cirurgia, e da Psiquiatria e Saúde Mental. Encontra-se dividido em dois edifícios, o edifício do Patrocínio e do HESE.

O Serviço de Obstetrícia e Ginecologia (SOG) tem como objetivo prestar assistência às mulheres grávidas e à sua família durante toda a gravidez, nascimento e puerpério (HESE, 2021). Situa-se no piso três do edifício do HESE. Divide-se em Sala de Partos, Internamento de Grávida Patológicas, Puerpério e Ginecologia. Para além de ser um serviço de internamento, funciona também como serviço de atendimento para urgências obstétricas e ginecológicas. De acordo com os dados do SNS (2021) pode-se verificar o número de partos no HESE nos últimos cinco anos (tabela 1).

Tabela 1 - Número de partos no HESE nos últimos cinco anos

Ano	2016	2017	2018	2019	2020
Nº de Cesarianas	320	330	371	381	359
	27,5%	29,6%	34%	34,9%	34,3%
Nº de Partos Vaginais	842	784	719	711	688
	72,5%	70,4%	66%	65,1%	65,7%
Nº Total de Partos	1162	1114	1090	1092	1047

Fonte: SNS, 2021

O número de partos nos últimos cinco anos tem-se mantido estável, mas verifica-se uma diminuição, especialmente se analisarmos o número de partos vaginais. Desde 2016 o número de partos vaginais diminuiu 6,8%, a mesma percentagem de aumento do número de cesarianas. No entanto, é importante verificar que o número total de partos diminuiu de 1162 para 1047, existindo uma variação de 115 partos, o que influencia as taxas de partos vaginais e cesarianas. Todas estas variações podem estar relacionadas com a taxa de natalidade e fecundidade da região do Alentejo e de Évora.

Tabela 2 - Taxa Bruta de Natalidade em Portugal (quantos bebés nascem por 1000 residentes) e Taxa de Fecundidade Geral em Portugal (quantos filhos existem em cada 1000 mulheres em idade fértil)

Taxa - ‰		Taxa - ‰	
Anos	Taxa bruta de natalidade	Anos	Taxa de fecundidade geral
1981	15,4	1981	63,7
1995	10,7	1995	41,8
2001	10,9	2001	43,0
2010	9,6	2010	40,0
2016	8,4	2016	37,1
2017	8,4	2017	37,2
2018	8,5	2018	37,9
2019	8,4	2019	37,9
2020	8,2	2020	37,2

Fonte: PORDATA, 2021

Tabela 3 - Taxa Bruta de Natalidade em Portugal e no Alentejo (onde nascem mais e menos bebés por 1000 residentes)

Territórios	Taxa bruta de natalidade em ‰									
	Anos	1981	1995	2001	2010	2016	2017	2018	2019	2020
Portugal		15,5	10,7	10,9	9,6	8,4	8,4	8,5	8,4	8,2
Alentejo		13,1	8,2	8,8	8,4	7,6	7,3	7,6	7,6	7,6
Alentejo Litoral		13,3	7,4	7,9	8,4	7,2	7,2	7,6	7,9	8,0
Baixo Alentejo		13,3	7,9	8,3	8,5	8,5	7,9	8,0	8,4	8,1
Lezíria do Tejo		13,5	8,8	10,0	9,0	7,5	7,1	7,5	7,5	7,6
Alto Alentejo			8,3	8,2	7,7	6,7	6,8	7,4	6,8	7,1
Alentejo Central			8,2	8,5	7,9	7,8	7,5	7,6	7,5	7,4
Évora		16,4	9,1	9,5	8,9	9,4	8,4	8,7	9,2	8,4

Fonte: PORDATA, 2021

Nos dados apresentados sobre a natalidade e a fecundidade em Portugal podemos verificar que houve uma diminuição acentuada comparando o ano de 1981 com o ano de 2020. Esta diminuição também se verifica analisando os dados da região do Alentejo, e no distrito de Évora.

Podemos observar que a taxa bruta de natalidade tem sofrido pequenas alterações com o passar dos anos. Nos últimos cinco anos houve uma diferença positiva de 0,1% no ano de 2017 para 2018, e uma diferença negativa de 0,2% no ano de 2019 para 2020. Já a taxa de fecundidade geral manteve-se estável no ano de 2018 e 2019, o que pode explicar a mínima diferença no número de partos nesses dois anos. No entanto, sofreu uma diminuição de 0,5% no ano de 2019 para 2020, e desta forma vemos uma diferença maior entre o número de partos nesses dois anos.

As famílias em Portugal têm menos filhos e cada vez mais tarde, em cinco décadas o número de nascimentos caiu para menos de metade, no início dos anos 60 nasciam cerca de 200 mil bebés por ano, atualmente este valor é inferior a 90 mil (Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS], 2020). A população de jovens com menos de 16 anos de idade residente em Portugal diminuiu desde 2015 de 1,5 milhões pode atingir menos de 1 milhão até 2080, pela redução de mulheres em idade fértil desde 2003, que leva à diminuição do número de nascimentos e, conseqüentemente da população jovem (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017). A quebra dos nascimentos compromete o aumento ou até a manutenção da população, diminuiu o número de jovens, que associado ao aumento da esperança de vida, provoca o envelhecimento da população. (FFMS, 2020). A população de idosos com 65 anos ou mais de idade residente em Portugal também aumenta desde 2015 de 2,1 milhões pode passar para 2,8 milhões em 2080, no entanto a partir de 2040 este número pode atingir o valor mais elevado, situação associada à entrada nesta faixa de gerações de menor dimensão, nascidas em contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição de gerações (INE, 2017).

O adiamento da maternidade e paternidade está frequentemente associado ao período de crise económica e financeira que se passou na década de 2010, pois a instabilidade social, os níveis elevados de desemprego e emigração levaram a que os casais travassem ou adiassem o nascimento dos filhos (FFMS, 2020). A longo prazo os estudos, a carreira profissional e a independência económica podem afetar a decisão de ter filhos (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007). Argumentos de índole diversa como a carreira profissional passar a ser um projeto essencial para as mulheres, os estudos prolongarem a transição para a vida adulta, os casais quererem aproveitar a vida, o receio do futuro, a inexistência de apoios e subsídios, a difícil

articulação entre trabalho e família, entre outros, podem também explicar a longo prazo o adiamento de ter filhos (FFMS, 2020).

Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos

A equipa multidisciplinar do SOG é constituída por 29 enfermeiros, sendo que um destes elementos é a enfermeira responsável, três são enfermeiras generalistas, e 26 são enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. Fazem parte da equipa multidisciplinar, também, 11 médicos obstetras e três internos da especialidade, 11 assistentes operacionais e três administrativas.

No SOG na ala esquerda funcionava o Bloco de Partos (BP) que tinha três vagas para o puerpério imediato, quatro vagas para mulheres em período de dilatação, duas vagas para administração de analgesia epidural e uma sala com uma mesa de partos e de reanimação do bebé. Funcionava também o Bloco Operatório Materno Infantil (BOMI) com sala de operações e recobro. Com a pandemia de Covid 19, o serviço foi reestruturado. Como tal, o BP passou para a ala direita e o BOMI passou a ser uma unidade anexa ao Bloco Operatório (BO).

À entrada do serviço existe uma porta eletrónica com código, e vigilância da mesma durante a semana das 8h às 20h, e ao fim de semana na hora da visita das 15h às 16h. A porta está preparada para encerramento automático no caso de ser ativado o alarme das pulseiras eletrónicas identificativas de cada recém-nascido (RN). Este sistema vai ao encontro do que está definido segundo o Despacho N.º 20730/2008.

O SOG encontra-se dividido em enfermaria e BP. Existe um gabinete administrativo, onde se pode realizar o registo do RN no âmbito do projeto “Nascer Cidadão”, mas de momento está suspenso. Este projeto permite o registo do RN e solicitação do primeiro cartão de cidadão na instituição em que nasce (Ministério da Justiça, 2021).

A constituição de centros de Diagnóstico Pré-Natal (DPN) é um passo para a melhoria da prestação de cuidados de saúde à população (Circular Normativa N.º4/DSMIA, 2001), e existe um centro de DPN no SOG. É constituído por duas divisões, uma onde está a administrativa que realiza os agendamentos, e outra onde se realizam as consultas, os rastreios e exames, como amniocentese e biopsia das vilosidades coriónicas.

Existe ainda a sala onde se realizam os rastreios acústicos, revestida de material que a isola de ruídos externos. No HESE os pediatras realizam os rastreios acústicos no dia da alta do RN. Se houver alterações poderão agendar futuramente repetição do mesmo, para que seja realizado até ao final do primeiro mês de vida (Norma N.º 018/2015, 2015).

Segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Ministério da Saúde, 2013) no decorrer da vigilância da saúde do RN é realizada uma avaliação pelo pediatra, normalmente no dia seguinte ao nascimento. Esta avaliação ocorre na sala de triagem existente no serviço.

O HESE dispõe de Serviço de Urgência (SU), mas como referido anteriormente o SOG funciona também como serviço de atendimento para urgências obstétricas e ginecológicas. Como tal, existe uma sala de admissões para utentes com urgências deste tipo. Esta sala está preparada para realização de ecografias, observação médica, e prestação de cuidados de enfermagem quando necessário. Nela encontra-se o material que é usado mais frequentemente em situações de urgência, e está munida com carro de emergência para atuações céleres em caso de necessidade. No internamento há um quarto que serve como apoio para situações de urgência, onde se encontra um cardiotocógrafo e diverso material médico.

No internamento, que está distribuído por duas alas, existe um gabinete de enfermagem, seis quartos dispersos com 10 vagas para puerperas e respetivos RN, três vagas para grávidas patológicas e três vagas para ginecologia. Todas as vagas disponíveis podem ser ajustadas consoante as necessidades do SOG.

Há também uma área de isolamento dedicada à Covid 19 utilizada em situações de internamentos não programados, em que as mulheres têm de realizar teste à Covid 19 e aguardar pelo resultado. É uma área preparada com três vagas para grávidas, uma sala de partos com mesa de reanimação do RN, duas vagas para ginecologia, e duas casas de banho. Em caso de utente admitida, em período expulsivo, com teste positivo aquela será a área de isolamento, e nesse caso, o serviço deixa de ter capacidade para receber internamentos não programados em que as utentes não tenham teste recente à Covid 19. Em caso de internamentos de utentes infetadas com Covid 19 após o parto, a utente é transferida para o serviço designado para a área Covid e o RN para a Neonatologia.

Não existe separação entre a Ginecologia e a Obstetrícia no internamento, o que pode levantar questões relacionadas com as infeções hospitalares. Uma infeção nosocomial ou infeção hospitalar é uma infeção que é adquirida no hospital por um utente internado cujo motivo de internamento não é essa infeção, é uma infeção que não estava presente na data de admissão (Ministério da Saúde, 2002). Sousa et al. (2020) define infeção nosocomial como aquela adquirida enquanto o paciente está internado no hospital ou 72 horas após a alta, a infeção pode estar relacionada com procedimentos hospitalares, fatores relacionados com a hospitalização (má higienização das mãos, infeção cruzada, estado imune). O puerpério pode ser visto como a consolidação da maternidade, no entanto é um período de transição crítico,

tanto pelos aspetos biológicos, comportamentais, como pela suscetibilidade das mulheres a hemorragias, problemas relacionados com o aleitamento materno, depressão e infeções puerperais (Lima, et al., 2014). É de salientar a vulnerabilidade das puérperas, como tal pode ocorrer alguma infeção nosocomial que esteja relacionada com a Ginecologia, daí a importância no ajuste dos espaços do SOG para prevenção de complicações.

O BP está inserido na enfermaria. É constituído por um gabinete de enfermagem, dois quartos com quatro vagas para mulheres em casos de indução do trabalho de parto (ITP), início do trabalho de parto, trabalho de parto ativo. Cada cama tem disponível um monitor para avaliação dos sinais vitais e um cardiotocógrafo. Existe também uma sala de partos com mesa de reanimação do RN, um carro com o material que poderá ser necessário como dispositivos médicos e medicação, balança e pulseiras eletrónicas e de identificação do RN.

O direito a um acompanhante durante o trabalho de parto era permitido, no entanto com a pandemia as mulheres perderam esse direito. Tendo em conta a gravidade da situação e as mudanças no serviço não foi possível agilizar a permanência de um acompanhante, tanto pelo espaço físico como essencialmente pelo risco de infeção. O pai do RN poderia conhecê-lo durante o período da manhã. Com o decorrer da pandemia e o alívio das restrições, a mulher passou a ter direito à presença de um acompanhante durante o período expulsivo, independentemente das horas, e se possível consoante a ocupação do serviço a permanência do mesmo no puerpério imediato. A 8 de julho de 2021 começaram a ser permitidas as visitas no HESE.

A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto vai ao encontro da humanização, e as mulheres sentem-se mais seguras ao terem alguém em quem confiam com elas, sendo que o acompanhante ajuda oferecendo apoio emocional e acalmando a mulher (Gomes, et al., 2019). Os profissionais de saúde reconhecem as vantagens da presença do acompanhante, sendo que pode ajudar na diminuição da dor e das complicações, e ajuda no estreitamento do vínculo afetivo entre a mulher e o acompanhante (Rosa, et al., 2020). Podemos ver que a presença do acompanhante tem vantagens tanto para a mulher como para o profissional de saúde. Deve-se garantir a presença do acompanhante pois é um direito da mulher.

Os gabinetes de enfermagem são o local onde se realizam os registos de enfermagem, onde se encontram os processos físicos das utentes e os protocolos do serviço. No gabinete de enfermagem do BP existe uma central onde se encontram ligados todos os cardiotocógrafos do BP e da área Covid, na qual é possível observar todos os traçados cardiotocográficos. Por fim,

existe ainda no SOG os vestiários, dois gabinetes médicos, o gabinete das administrativas, o gabinete do diretor de serviço, uma sala de reuniões, a copa e a sala das assistentes operacionais.

Culturalmente um cuidado competente está relacionado com a forma de atendimento, com a capacidade de resposta dos serviços de saúde para preferências, necessidades e valores individuais (Júnior, et al., 2018). A gestação, o parto e o puerpério são momentos excepcionais pela sua especificidade, pois variam consoante os aspetos culturais, sociais, económicos e biológicos (Carneiro, et al., 2013). A complexidade da interação requer distintas qualidades do prestador de cuidados para uma atenção na saúde centrada na pessoa (Júnior, et al., 2018). Os modelos de organização dos serviços produzem o tipo de assistência e de relação entre os profissionais de saúde e as mulheres/recém-nascido e família (Carneiro, et al., 2013).

O cuidado é arte, técnica, intuição e sensibilidade, é a essência das práticas de enfermagem, e objeto de estudo das teorias, é este cuidado que distingue a enfermagem de outras profissões na área da saúde (Monteiro, et al., 2016). Deve-se apostar no crescimento e fortalecimento dos enfermeiros para que a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde não sejam comprometidas (Ordem dos Enfermeiros, 2014). O ritmo de trabalho do enfermeiro e a sua presença constante nos cuidados de saúde compromete o seu descanso e lazer, o que causa repercussões na sua qualidade de vida, contribuindo para a deterioração, envelhecimento e desenvolvimento de doenças graves (Silva, et al., 2017).

A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências são aspetos fundamentais para a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde (Regulamento N.º 743/2019, 2019).

A maioria dos enfermeiros no SOG são especialistas em SMO, e no BP só os EESMO é que prestam assistência, sendo que o rácio definido pela dotação segura se encontra respeitado durante o trabalho de parto, o que garante segurança e qualidade nos cuidados. A dotação segura prevê que o serviço de internamento de puerpério seja assegurado exclusivamente por EESMO e que haja um EESMO em permanência no serviço de Ginecologia. Isto não se verifica no SOG, pois existem três enfermeiros generalistas, e o serviço de Ginecologia não é independente do serviço de Obstetrícia e do BP. Os cursos de licenciatura em enfermagem em Portugal visam a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão dos cuidados de enfermagem gerais à pessoa/família ao longo do ciclo vital (Decreto-Lei N.º 353/99, 1999). Os estudantes de enfermagem nos ensinamentos clínicos passam pela enfermagem cirúrgica, saúde mental e psiquiatria, comunitária, saúde materna e obstétrica, saúde infantil e pediátrica, médico-cirúrgica e reabilitação (Universidade de Évora, 2021). Como tal, durante o curso de

licenciatura em enfermagem os enfermeiros adquirem competências gerais para prestarem cuidados a toda a população. Podem prestar cuidados gerais nas diferentes áreas da enfermagem, exceto na área das especialidades.

2.2. Metodologia

A metodologia pode ser usada para proporcionar uma compreensão do mundo (Praça, 2015), é o “conjunto de regras ou princípios empregados no ensino de uma ciência ou arte” (Porto Editora, 2021). Pretende indicar a abordagem, os procedimentos, os instrumentos, e os sujeitos (Silva & Porto, 2016). O MESMO abrange a teórica, no primeiro ano do curso são lembrados, aprofundados e adquiridos conhecimentos nas diferentes unidades curriculares, e a prática, no segundo ano esses conhecimentos são consolidados e desenvolvidos através do estágio de natureza profissional juntamente com o relatório final que visa a compreensão da atuação do estudante.

O processo de formação em enfermagem é teórico-prático, visa a formação de profissionais com conhecimentos teóricos, competência técnica, ética e humanística (Menezes, et al., 2017). São adquiridos conhecimentos teóricos para o exercício de competências e habilidades na prática (Weber, et al., 2019), pelo que é necessário consolidar esses conhecimentos adquiridos no ensino clínico. O ensino clínico decorre em diferentes instituições de saúde na comunidade sob orientação de um enfermeiro, sendo que é “(...) a vertente de formação em enfermagem através da qual o estudante de enfermagem, no seio de uma equipa e em contacto direto com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma coletividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas” (Parecer N.º.19/2012, 2012, p.1). Permite iniciar o processo de socialização, criação de identidade profissional, e um saber contextualizado (Araújo, et al., 2012). O estágio de natureza profissional permite colocar em prática e consolidar todos os conhecimentos adquiridos na teórica. Este processo de formação no curso de licenciatura em enfermagem é semelhante ao processo de formação do mestrado. Enquanto no curso base os conhecimentos são dedicados às diferentes áreas da enfermagem, no mestrado os conhecimentos são direcionados para a área de especialidade. Desta forma, o enfermeiro adquire competências específicas que decorrem na atribuição do título de especialista, ficando habilitado ao exercício da sua especialidade, expandindo o seu âmbito de intervenção profissional (Parecer N.º.19/2012, 2012).

O ingresso num mestrado pretende desenvolver competências dirigidas para a área específica da especialidade na qual serão prestados cuidados, sendo que o enfermeiro é capacitado para intervir de forma fundamentada cientificamente e orientada para o cuidado à pessoa/família (Silva, et al., 2018). A especialização em enfermagem é uma tendência, adicionando ao papel do enfermeiro funções avançadas e especializadas dotando-o de competências específicas técnicas e científicas, permitindo o desempenho de atividades mais complexas que extravasam o domínio dos cuidados gerais (Lopes, et al., 2018). Os enfermeiros após o mestrado, demonstram consciencialização de mudanças no entender e no desempenhar das suas funções, sendo que ao adquirir novos conhecimentos e competências aumenta a segurança na tomada de decisão e na visão holística e individualizada das necessidades dos utentes (Silva, et al., 2018).

O desenvolvimento do conhecimento em enfermagem aliado à crescente complexidade dos cuidados de saúde guiou a necessidade de formação específica e diferenciada na enfermagem, sendo que os enfermeiros especialistas cumprem um papel estratégico na otimização e racionalização dos recursos humanos nos cuidados de saúde (Padilha, et al., 2021). A saúde é um dos sectores que depende maioritariamente de recursos humanos qualificados, mesmo com a evolução tecnológica, os cuidados de saúde na sua maioria são assegurados por profissionais, como tal esses profissionais devem ser dotados de conhecimentos, competências e ferramentas que lhes permitam assegurar uma prestação de cuidados mais eficaz e especializada (Lopes, et al., 2018). A formação especializada nas diferentes áreas da enfermagem promove a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências essenciais para responder aos novos desafios da saúde (Padilha, et al., 2021)

O estágio de natureza profissional decorreu sob a supervisão clínica de um EESMO, permitiu um acompanhamento por um profissional experiente e permitiu enfrentar a realidade do ambiente de trabalho, mas com aprendizagens, reflexões da prática observada e das experiências vividas (Corte & Lemke, 2015). O relatório do estágio serviu como principal instrumento de sistematização do processo de aprendizagem e atuação, pretendeu a descrição das atividades desenvolvidas junto da população, a caracterização da população, uma reflexão das atividades e uma pesquisa da temática principal.

A população cuidada inclui grávidas, puérperas, mulheres com afeções do foro ginecológico e recém-nascidos. Para o estudo da temática sempre que possível foram aferidas quais as estratégias promotoras da vinculação mãe-bebé após o parto através da observação dos cuidados prestados à mãe e bebé. Para melhor análise da população foi realizada a divisão em:

- Ginecologia: mulheres com afeções do foro ginecológico;
- Grávidas: mulheres grávidas com patologias ou complicações associadas à gravidez, mulheres grávidas admitidas no serviço independentemente do motivo de internamento;
- Puérperas: mulheres que pariram no HESE às quais foram prestados cuidados nas duas horas após o parto ou no período de internamento (duas horas ou mais) após o parto;
- Recém-nascidos: bebés cujo nascimento ocorreu no HESE aos quais foram prestados cuidados nas duas horas após o parto ou no período de internamento (duas horas ou mais) após o parto.

Apresenta-se de seguida a caracterização da população.

Das 329 mulheres a que foram prestados cuidados apenas foi possível aferir o estado civil de 214, sendo que 115 eram casadas, 130 solteiras e uma viúva (fig. 2). A maioria das utentes (150) estava na faixa etária dos 26 aos 35 anos, e a média de idades das mulheres com afeções do foro ginecológico era de 45 anos, das grávidas 31 anos e das puérperas 30 anos (fig. 2). A maioria das mulheres tinha nacionalidade portuguesa (fig. 3).

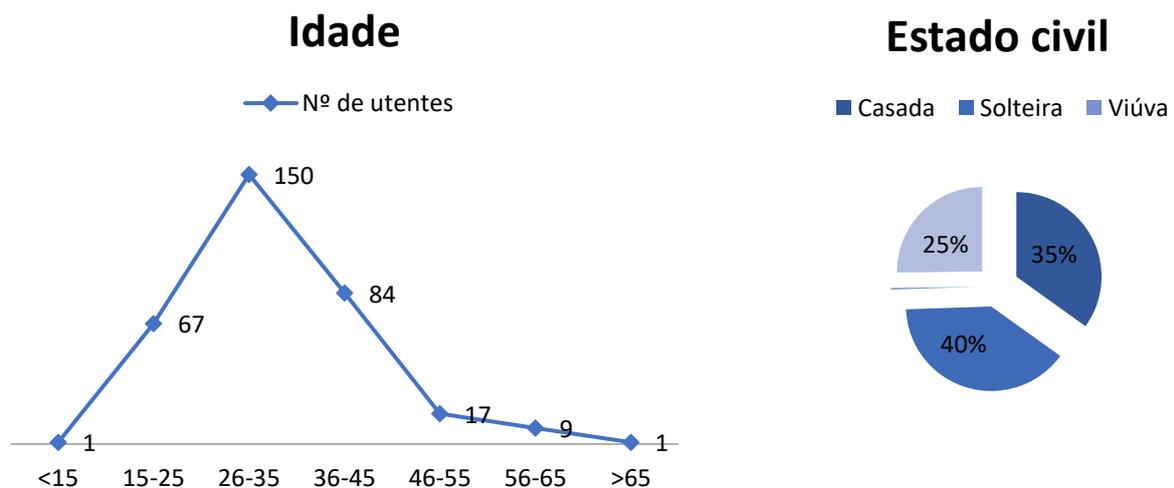


Figura 2 - Idade e Estado Civil das utentes



Figura 3 - Nacionalidade das utentes

Os motivos de internamento das mulheres com afeções do foro ginecológico eram diversos, o principal era a realização de cirurgia, normalmente a histerectomia, seguido de aborto e a existência de mioma/massa (fig. 4). Nos cuidados de saúde primários o principal motivo da sua procura era a realização de consulta de planeamento familiar ou rastreio do cancro do colo do útero.

A histerectomia é o procedimento cirúrgico da remoção do útero (Barbosa, et al., 2018). A remoção do útero é utilizada principalmente para tratar sangramento uterino, prolapso uterino ou mioma uterino, sendo a intervenção ginecológica mais comum (Aarts, et al., 2015). Pode ser por via abdominal ou via vaginal, e é a segunda cirurgia mais realizada em mulheres na idade reprodutiva (Barbosa, et al., 2018). É uma cirurgia irreversível e leva a uma mudança fisiológica e psicológica na mulher (Adorno, et al., 2018).

Cerca de 208 milhões de mulheres engravidam por ano, 59% das gravidezes são planeadas e/ou desejadas (123 milhões) e levam a um nascimento ou a um aborto espontâneo ou a uma morte fetal intrauterina (WHO, 2013). O aborto é a interrupção involuntária da gravidez até à 20ª semana de gestação, cerca de 15 a 20% das gravidezes terminam em aborto espontâneo, e a maioria nas primeiras treze semanas de gestação (Barbosa, et al., 2021). Ocorre quando há expulsão ovular antes das 22 semanas de gestação, pode ser precoce quando acontece até às 13 semanas de gestação, ou tardio, entre as 13 e 22 semanas de gestação (Rosa, 2020). O aborto espontâneo é a adversidade gestacional mais comum, na maioria das vezes com etiologia desconhecida (Oliveira, et al., 2020). As causas do aborto espontâneo são várias e por vezes até desconhecidas (Barbosa, et al., 2021). Podem estar relacionadas com fatores genéticos como anomalias cromossómicas, ou com fatores não genéticos como infeções, distúrbios endócrinos e de coagulação (Rosa, 2020). Pode existir anomalia genética não recorrente, teratogenia,

infecção, gâmetas envelhecidos, cérvix ineficiente, anormalidade uterina, aspetos autoimunes e inflamação endométrica (Barbosa, et al., 2021). É necessária empatia e delicadeza para prestar cuidados a mulheres em situação de aborto, pois existem muitas expectativas em torno da gravidez, e quando as mulheres não a conseguem levar até ao fim ficam emocionalmente afetadas. A perda gestacional é um tabu, o que dificulta a elaboração do luto e pode levar a problemas do foro psicológico e psiquiátrico como a depressão e o stress pós-traumático, bem como, instabilidade nas relações interpessoais (Rosa, 2020).

O planeamento familiar é parte integrante dos cuidados de saúde primários no âmbito da medicina geral e familiar e as atividades desenvolvidas são uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva, e devem assegurar a promoção da saúde com informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das IST, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas (DGS, 2008). O planeamento familiar é um mecanismo importante na prevenção primária de saúde, fornecendo informações necessárias para a escolha e o uso efetivo de métodos contraceptivos mais adequados (Santos & Freitas, 2011). Os profissionais de saúde devem procurar promover a saúde sexual e reprodutiva das mulheres conferindo-lhes o dever do planeamento reprodutivo (Franze, et al., 2019).

Motivo de internamento - Ginecologia

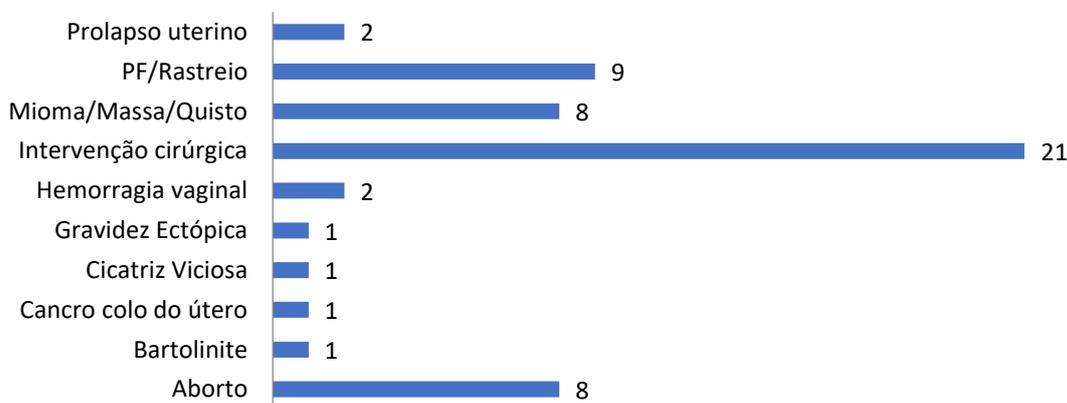


Figura 4 - Motivos de internamento das mulheres com afecções do foro ginecológico

Os principais motivos de internamento das mulheres grávidas eram a indução do trabalho de parto, a vigilância do estado de saúde, e a rutura de membranas (fig. 5).

A necessidade de indução do trabalho de parto deve ser avaliada caso a caso, tendo em conta o estado de saúde materna e fetal, os riscos do prolongamento da gravidez, a idade gestacional, a avaliação do colo e da pelve materna, a estimativa do peso e a apresentação fetal

(Orientação N.º 002/2015, 2015). A indução do trabalho de parto consiste na estimulação artificial das contrações uterinas e na alteração das características do colo uterino para que o trabalho de parto comece (Resnik, et al., 2018). A indução do trabalho de parto consiste na estimulação do corpo da mulher de forma específica com a finalidade de amadurecer o colo uterino e desencadear contrações antes do trabalho de parto espontâneo (Lara & Oliveira, 2018). A indução do trabalho de parto tem um maior risco de complicações, como a hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipoxia fetal e ruptura uterina. Geralmente, provoca maior desconforto à mulher do que o trabalho de parto espontâneo, restringe a mobilidade (necessidade de monitorização fetal contínua), está associada a maior utilização de analgesia epidural, maior taxa de partos instrumentados e cesarianas urgentes (Orientação N.º 002/2015, 2015).

As indicações para a indução do trabalho de parto são as complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiam com o fim da gravidez (doença patológica, médica ou obstétrica grave que põe em risco a saúde materna ou fetal), oligoâmnios em gestação de termo, restrição do crescimento intrauterino com alterações da fluxometria, morte fetal, e gravidez não complicada que atinge as 41 semanas. As principais indicações são prolongamento da gestação ou gestação pós-termo, síndromes hipertensivas, ruptura prematura de membranas ovulares, diabetes, isoimunização materno-fetal, restrição do crescimento intrauterino e óbito fetal (Lara & Oliveira, 2018). As contra-indicações absolutas para a indução do trabalho de parto são a existência de duas ou mais cesarianas anteriores ou uma cesariana anterior com incisão não segmentar, a cirurgia uterina prévia e situações que contra-indicam o parto vaginal.

A indução do trabalho de parto é através de métodos farmacológicos (dinoprostona em dispositivo vaginal de libertação lenta, dinoprostona em gel intravaginal ou em comprimidos intravaginais, misoprostol em comprimidos intravaginais, ocitocina endovenosa) ou métodos mecânicos (sonda de Foley dilatada com soro fisiológico) (Orientação N.º 002/2015, 2015).

A ruptura de membranas é definida como a perda de líquido amniótico antes do início do trabalho de parto (Patriota, et al., 2014). É a ruptura espontânea antes do início do trabalho de parto em qualquer idade gestacional, quando ocorre antes das 37 semanas de gestação é considerada ruptura prematura de membranas (Reis, et al., 2019). A ruptura prematura de membranas é uma das três maiores causas de morbidade e mortalidade perinatal associada à prematuridade (Patriota, et al., 2014). A ruptura de membranas é conceituada como corioamniorrexe espontânea que ocorre antes do início do trabalho de parto independentemente da idade gestacional (Cruz, et al., 2018). A prevalência varia de 8 a 10% das gestações, a

maioria em gravidezes de termo, e 2 a 4% antes das 37 semanas (Patriota, et al., 2014). O diagnóstico de rutura de membranas é realizado em 90% dos casos com a clínica e exame físico (Cruz, et al., 2018).

Motivo de internamento - Grávidas

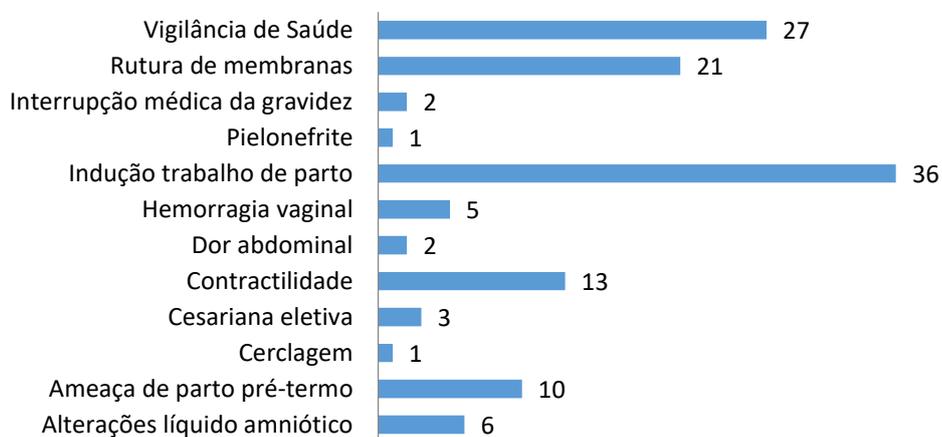


Figura 5 - Motivos de internamento das mulheres grávidas

Por fim, nas puérperas os principais motivos de internamento eram a contractilidade, a indução do trabalho de parto, a rutura de membranas e a realização de cesariana eletiva (fig. 6). A descida da barriga, a saída do rolhão mucoso, a rutura da bolsa de água e contrações uterinas regulares são sinais que podem indicar que o parto está próximo (SNS 24, 2021). O verdadeiro trabalho de parto implica a presença de contrações uterinas que ocorrem a cada três a cinco minutos com duração de 20 a 60 segundos, em intervalos regulares que aumentam gradualmente na frequência e intensidade (Félix, et al., 2019).

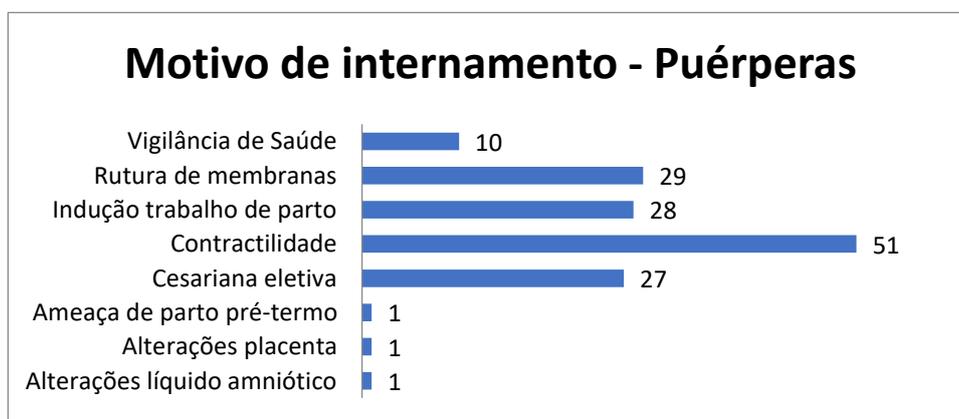


Figura 6 - Motivos de internamento das puérperas

Na maioria da população a gravidez era simples, vigiada e sem a existência de patologias (fig. 7).

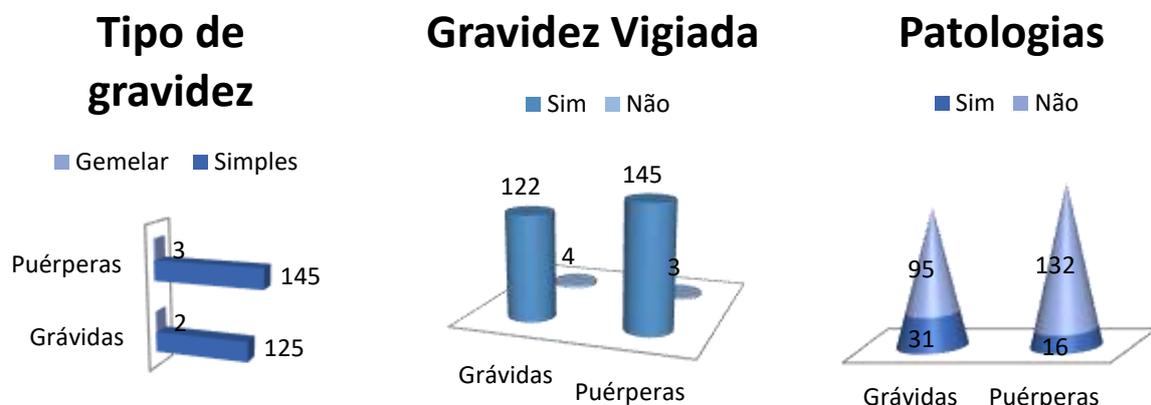


Figura 7 - Gráficos do tipo de gravidez das utentes, vigilância da gravidez e existência de patologias na gravidez

A população de grávidas (127) na sua maioria não estava em trabalho de parto, e as que estavam realizaram analgesia (fig. 8). Na população de puérperas (148) apenas cinco não realizaram analgesia. A maioria dos partos das puérperas foram eutócicos, no entanto verificase um número elevado de cesarianas (fig. 8). Relativamente ao períneo nos partos eutócicos a maioria das puérperas sofreu laceração (fig. 9).

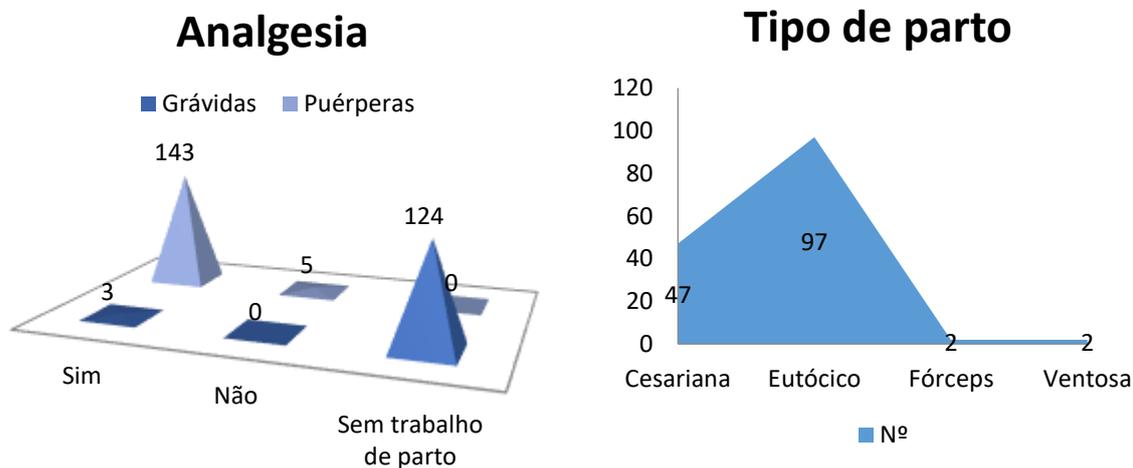


Figura 8 - Número de mulheres grávidas e puérperas que realizaram analgesia no trabalho de parto e tipo de parto das puérperas

A percentagem de cesarianas tem sofrido um aumento nos últimos anos tanto no HESE (Tabela 1) como em todos os hospitais (Tabela 4).

Tabela 4 - Percentagem de cesarianas no total dos partos feitos em unidades hospitalares

Anos	Proporção - %
	% de cesarianas nos hospitais
1999	26,8
2001	29,8
2010	36,3
2016	33,1
2017	33,1
2018	34,1
2019	Pro 36,0

Fonte: PORDATA, 2021

Em 2010 pode-se verificar um aumento que está associado à taxa de natalidade e fecundidade nesse ano (Tabela 2 e Tabela 3), sendo que tem um valor superior ao dos últimos cinco anos. As taxas de cesarianas têm vindo a aumentar mundialmente e os fatores que contribuem para esse aumento são complexos (Chen, et al., 2018). Fatores como características demográficas clínicas e obstétricas, modelo de atenção obstétrica e preferência dos profissionais de saúde e das mulheres influenciam as taxas de cesarianas (Entringer, et al., 2018). O aumento do número de cesarianas também está relacionado com o aumento da incidência de gestações em mulheres com uma cesariana anterior, e também a fatores socioculturais relacionados com o parto programado (Zimmermann, et al., 2009). A taxa de cesarianas é um marcador de qualidade da assistência à saúde, visto que o aumento do número de cesarianas pode refletir um desadequado acompanhamento pré-natal ou indicações incorretas sobre a cesariana em vez do parto eutócico (Entringer, et al., 2018). Segundo a WHO (2015) a taxa ideal de cesarianas deveria ser entre os 10 e os 15%. Quando uma cesariana é realizada com justificação clínica diminui os riscos maternos e neonatais, no entanto sem indicação clínica pode estar relacionada com o aumento de desfechos negativos (Entringer, et al., 2018).

Períneo

■ Íntegro ■ Episiotomia ■ Laceração

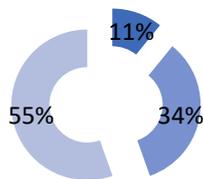


Figura 9 - Percentagem de mulheres com períneo íntegro, episiotomia ou laceração no parto

A episiotomia é uma incisão cirúrgica no períneo (Carniel, et al., 2019) com o objetivo de aumentar a parte inferior da vagina, o anel vulvar e o tecido perineal durante o período expulsivo do parto (Ballesteros-Meseguer, et al., 2016). A episiotomia foi recomendada para auxiliar os médicos em partos laboriosos (Carvalho, et al., 2010). Outro trauma perineal que pode acontecer durante o parto é a laceração perineal espontânea, as mais graves são as que se estendem para o esfíncter anal, mas são as menos frequentes (Santos, et al., 2018). Nas utentes a que foram prestados cuidados a taxa de episiotomias foi inferior à taxa de lacerações (fig. 10). A justificação para o uso de rotina da episiotomia é a prevenção de trauma perineal grave, danos do assoalho pélvico, incontinência urinária, disfunção sexual e prevenção da morbidade e mortalidade infantil (Carvalho, et al., 2010). A realização de episiotomia seletiva resulta numa menor taxa de trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e menor taxa de complicações, no entanto a realização de episiotomia não é superior na diminuição da taxa de lacerações do esfíncter anal (Ordem dos Médicos, 2021). Uma episiotomia de rotina previne lacerações graves durante o parto, no entanto produz trauma perineal e vai exigir sutura do períneo (Jiang, et al., 2017). A episiotomia é indicada em casos limitados de mulheres primíparas ou múltíparas com episiotomia anterior, o procedimento deve ser realizado no máximo em 15 a 30% dos partos eutócicos (Carniel, et al., 2019). Segundo a WHO (2018) o uso de episiotomia de rotina ou liberal não é recomendado para mulheres durante partos vaginais espontâneos, como tal recomenda que sejam utilizadas técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o nascimento espontâneo, como a massagem perineal e a proteção do períneo (“hands on”). A episiotomia não deve ser utilizada como rotina, o seu uso deve-se restringir a situações clínicas específicas (Carvalho, et al., 2010). A taxa de episiotomias encontra-se acima das recomendações da WHO, estando associada à prática de variáveis clínicas como a primiparidade, posição de litotomia durante o período expulsivo, uso de ocitocina, indução do

trabalho de parto e partos pós-termo, que influenciam o seu aumento (Ballesteros-Meseguer, et al., 2016). Deve ser restrito o uso de episiotomia e devem ser implementadas técnicas de proteção do períneo durante o trabalho de parto de forma a prevenir também lacerações (Santos, et al., 2018).

Estratégias promotoras da vinculação

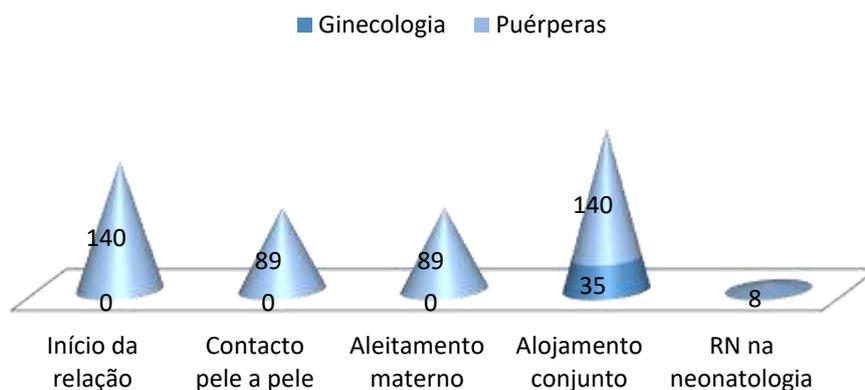


Figura 10 - Estratégias promotoras da vinculação utilizadas na população

As estratégias promotoras da vinculação apresentadas são o início da relação, o contacto pele a pele, o aleitamento materno e o alojamento conjunto (fig. 10).

O início da relação implica a relação da díade e/ou tríade. É o contacto da mulher com o bebé após o parto, após os cuidados prestados ao bebé este é colocado junto da mulher, podendo a mulher observar o bebé e consolidar o processo de vinculação criado na gravidez. Esta estratégia acontece nas cesarianas (intervenção cirúrgica realizada no bloco operatório), em que após o bebé vestido e enrolado em manta é mostrado à mulher (em que a mulher toca e segura o recém nascido) antes de ir para berço aquecido no serviço de internamento de Obstetrícia, Até junho de 2021 o bebé ficava junto das enfermeiras, mas com as alterações ao regime de visitas e permanência dos pais no HESE o bebé após vir para o serviço de internamento fica junto do pai durante o tempo em que a mulher se encontra no bloco operatório. Nos partos por via baixa inicia-se mais cedo a relação da díade pois a mulher pode logo segurar o seu bebé enquanto é realizada expressão das vias aéreas do recém-nascido e cortado o cordão umbilical. Com a permissão da permanência e assistência do parto pelo pai do bebé também se inicia a relação da tríade. Em todos os momentos do parto e após o parto a mulher tem a presença do seu companheiro/pessoa significativa.

O contacto pele a pele refere-se ao contacto precoce entre a mulher e o recém-nascido após um nascimento por via vaginal. O bebé é colocado na barriga da mulher, a mulher segura-

o enquanto é realizada expressão das vias aéreas do recém-nascido e cortado o cordão umbilical, sendo que se promove o corte tardio do cordão. O corte tardio do cordão umbilical, não antes de um minuto após o nascimento, é recomendado para melhorar a saúde materna e infantil (WHO, 2018). Sempre que possível, e dependendo do estado de saúde do bebé, a mulher segura o recém-nascido nu junto de si. Nos bebés sem complicações o contacto pele a pele com a mãe deve ser mantido durante a primeira hora após o nascimento para prevenir a hipotermia e promover a amamentação (WHO, 2018).

O contacto pele a pele desperta fatores hormonais, sensoriais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, contribui para o fortalecimento do vínculo, incita o aleitamento materno, estimula o cuidado da mãe com o bebé, alivia e tranquiliza a mãe e bebé, promove a regulação da temperatura do bebé, preserva o equilíbrio acidobásico, normaliza a respiração, reduz o choro, ajuda a colonização bacteriana, previne a hipoglicemia neonatal, melhora os padrões neuro comportamentais na infância e simplifica o relacionamento, ajuda na dequitação e reduz intercorrências no pós-parto (Ayres, et al., 2021). Após o parto a separação entre a mãe e o recém-nascido é comum, sendo que na maioria das vezes os bebés são entregues às mães já vestidos e enrolados em panos, no entanto e idealmente, o contacto pele a pele deve-se iniciar no nascimento e continuar até o fim da primeira mamada (Moore, et al., 2016).

O aleitamento materno refere-se à amamentação do recém-nascido na primeira hora de vida, esta estratégia não acontece em partos por cesariana, pois após os cuidados prestados ao recém-nascido este fica em berço aquecido junto do pai/enfermeiras no serviço de internamento de Obstetrícia e não junto da mãe no bloco operatório. O aleitamento materno só se inicia após aproximadamente duas horas após o parto. Desta forma, só é possível o aleitamento materno na primeira hora de vida do bebé caso seja um parto por via vaginal. Segundo a WHO (2018), todos os recém-nascidos devem ser colocados à mama o mais rápido possível após o nascimento.

O alojamento conjunto implica a permanência do bebé junto da mãe durante todo o internamento, esta estratégia só não acontece quando o recém-nascido necessita de cuidados especializados e tem que ficar internado em serviço de Neonatologia.

Nas mulheres com afeções do foro ginecológico a principal medida promotora da vinculação descrita foi o alojamento conjunto, prática que se mantém até hoje. Das 148 puérperas assistidas, apenas oito não ficaram junto do recém-nascido devido à necessidade de internamento do bebé no serviço de Neonatologia. Desta forma 140 puérperas ficaram junto do bebé cumprindo o regime de alojamento conjunto. Relativamente ao contacto precoce pele a

pele e ao aleitamento materno na 1ª hora de vida 89 das puérperas tiveram oportunidade de o realizar. As restantes, pelo tipo de parto não foi possível o contacto precoce pele a pele nem o aleitamento materno na primeira hora de vida.

Dos 130 recém-nascidos a maioria nasceu por via vaginal, 53 dos partos foram eutócicos (fig. 11). A média do peso ao nascer dos recém-nascidos foi de 3146 gramas. A maioria dos recém-nascidos teve um Índice de Apgar elevado (fig. 13), 124 apresentaram um valor de 10 ao quinto minuto de vida.

O índice de Apgar permite uma avaliação padrão do estado de saúde do recém-nascido após o parto, avaliando cinco componentes, a cor, a frequência cardíaca, os reflexos, o tônus muscular e a respiração (The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2015). A cada item dá-se uma pontuação de 0, 1 ou 2, e no final após somado o valor total dá-nos o índice. Quanto maior o valor do Apgar melhores são as condições fisiológicas do recém-nascido, sendo que o valor entre 8 e 10 é encontrado em 90% dos bebés (ScharDOSim, et al., 2018). Um índice de Apgar baixo está relacionado com situações em que as mães têm alguma patologia durante a gestação ou com intercorrências durante o trabalho de parto, sendo que um peso inadequado ao nascer também está associado a maior morbimortalidade e alteração do Apgar (Passos & Lopes, 2021).

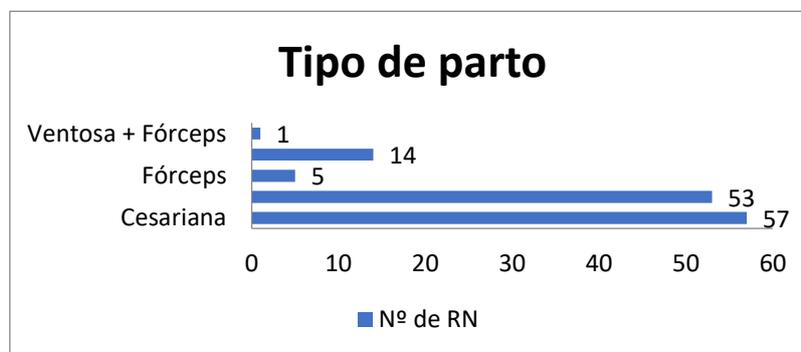


Figura 11 - Tipo de parto

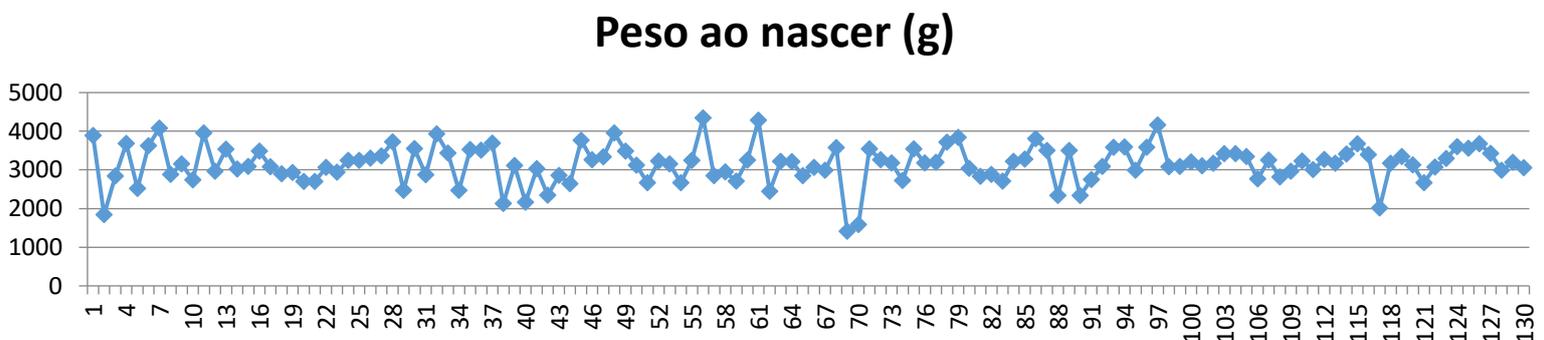


Figura 12 - Peso ao nascer dos recém-nascidos

Índice de Apgar

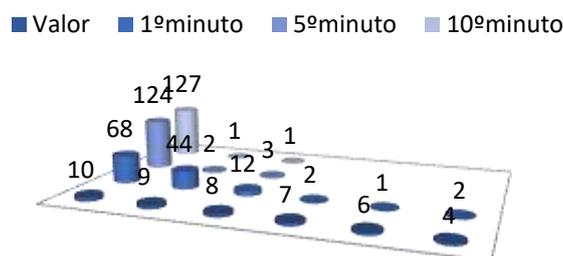


Figura 13 - Índice de Apgar dos recém-nascidos

Mais de 90% dos recém-nascidos tinham como principal alimento o leite materno (fig. 14). A WHO (2021) recomenda amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida dos bebês, e complementada até aos dois anos de vida. O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, é adequado para todos os recém-nascidos, previne infecções, protege contra alergias, e promove uma melhor adaptação a outros alimentos (Levy & Bértolo, 2012). Tem efeitos positivos na mulher e na criança, e beneficia a família e a comunidade. Os enfermeiros são um meio indispensável na amamentação e a formação especializada contribui de forma positiva na aceitação das puérperas na opção de amamentar (Miranda, et al., 2017).

Tipo de alimentação do RN

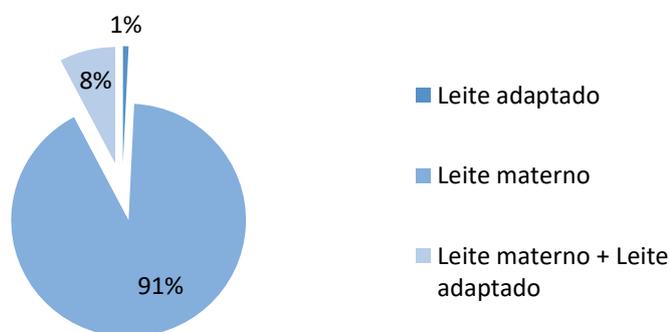


Figura 14 - Percentagem de recém-nascidos alimentados com leite materno e/ou leite adaptado

3.CONTRIBUTO PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A pesquisa é fundamental para o avanço científico, todo o caminho percorrido pela ciência tem como base revisões da literatura (Gomes & Caminha, 2014). Uma revisão de literatura visa fazer uma análise da literatura ou identificar o estado do conhecimento sobre determinado assunto (Casarin, et al., 2020). É um tipo de investigação que se foca numa questão bem definida com o objetivo de identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis (Galvão & Pereira, 2014). As revisões são úteis para integrar informações de um conjunto de estudos sobre o mesmo tema (Sampaio & Mancini, 2007). A produção de conhecimento em enfermagem é uma ação que pretende transformar a prática social e cultural do cuidado em saúde, as pesquisas são cada vez mais reconhecidas como essenciais à prática da enfermagem (Camargo, et al., 2017). As revisões da literatura são pesquisas importantes e essenciais na enfermagem (Casarin, et al., 2020), pelo que neste capítulo segue o contributo para a assistência em enfermagem no âmbito das estratégias promotoras da vinculação mãe-bebé após o parto.

3.1. Concetualização

A vinculação materno-fetal é um precedente significativo da ligação pós-natal entre mãe e bebé (Andrade, et al., 2017). O vínculo entre uma mãe e uma criança é formado durante ou até depois da gravidez (Zdolska-Wawrzekiewicz, et al., 2020). A vinculação pré-natal é uma relação emocional da mãe com o bebé durante a gravidez, e esta vinculação vai influenciar o desenvolvimento do bebé (Chen & Xu, 2018). É a relação mais importante porque serve como um protótipo para as diversas relações nas diferentes fases da vida do novo ser humano (Daglar & Nur, 2018). A vinculação é o laço emocional que se desenvolve entre uma criança e os seus cuidadores, é moldado pelas interações desde o nascimento (Ruiz, et al., 2018). O vínculo primitivo está associado a aspetos emocionais e recriações cognitivas que permitem que o bebé seja visto como outro ser humano (Andrade, et al., 2017). A vinculação materna é uma relação calorosa, de amor, satisfação e prazer mútuo entre a mãe e o seu bebé, em que existe proximidade, reciprocidade e compromisso, as principais características para o processo da maternidade (Keskin & Yagmur, 2020). A vinculação mãe-bebé é a relação emocional estabelecida entre a mulher e o seu bebé (Farré-Sender, et al., 2018), e pode ser influenciada pela vinculação da mulher com a sua mãe (Chen & Xu, 2018). O vínculo afetivo primário é

estabelecido na interação entre a mãe e o recém-nascido para garantir a sobrevivência e desenvolvimento (Muñoz, et al., 2015).

A vinculação iniciada na gravidez continua a desenvolver-se após o parto, e o período logo após o parto é onde a vinculação é mais experienciada, o bebê inicia a sua adaptação ao mundo exterior, e a mulher toma consciência do seu papel como mãe (Keskin & Yagmur, 2020). Logo após o nascimento o bebê deve ser colocado em contacto pele a pele com a mãe, deve-se adiar o corte do cordão umbilical e iniciar o aleitamento materno, estas três medidas previnem a hipotermia e hipoglicemia do recém-nascido, e facilitam a ligação da mãe com o bebê (Necypor & Holley, 2017). O período pós-parto é uma altura desafiadora para a mulher, pois o cuidar do bebê requer atenção constante às suas necessidades (Nonnenmacher, et al., 2016). É o momento em que a vinculação é estabelecida lentamente e gradualmente no processo de adaptação entre a mãe e o bebê (Souza, et al., 2017). A vinculação materna consiste na preparação, adoção e vinculação, a preparação é o período das primeiras 48 horas após o parto, marca o início das relações humanas (Keskin & Yagmur, 2020). Neste período a mãe garante proteção e alimentação ao bebê, o que é muito importante para o estabelecimento da vinculação (Nonnenmacher, et al., 2016). A fase da adoção inicia-se após as 48 horas e dura seis semanas, neste tempo os pais tentam criar uma relação próxima verbal ou não verbal com o bebê (Keskin & Yagmur, 2020). A procura por proximidade, o toque, o olhar, a conversa com o bebê, a adaptação às dicas expressivas do bebê, os mimos, o carinho, e o sorrir são expressões da vinculação materna após o parto (Nonnenmacher, et al., 2016). Por fim, a fase da vinculação decorre seis a oito semanas após a fase da adoção, é nesta fase em que os pais experienciam um sentido de amor e apego entre si e pelo bebê (Keskin & Yagmur, 2020). O vínculo está associado a variáveis cognitivas e emocionais que incluem sentimentos positivos, afeto e aconchego (Nonnenmacher, et al., 2016).

As representações maternas de vinculação durante a gravidez vão influenciar o vínculo entre a mãe e o filho durante a infância (Chen & Xu, 2018). A sensibilidade às necessidades do bebê ajuda a estabelecer uma base para um forte relacionamento, e promove o desenvolvimento emocional, cognitivo e social do bebê (Rossen, et al., 2016). O amor e apoio prestado pela família nos primeiros dias de vida têm um papel muito importante no desenvolvimento físico e espiritual do bebê, e há fatores que afetam positivamente a vinculação, como o desejo e planeamento da gravidez, o alojamento conjunto, o contacto pele a pele, o início precoce do aleitamento materno, entre outros (Keskin & Yagmur, 2020). Há também fatores como a idade

materna, a paridade, a existência de problemas físicos e/ou psicológicos durante a gravidez, e a escolaridade que influenciam a vinculação materna (Boztepe, et al., 2016).

Ver e segurar o recém-nascido pela primeira vez imediatamente após o parto é o auge do processo da reprodução para os pais (Biro, et al., 2015). O contacto pele a pele envolve proximidade física e afeta de forma positiva a vinculação. Os momentos a seguir ao nascimento são cruciais para a vinculação mãe-bebé, e a separação de ambos nos primeiros 60 a 90 minutos após o parto afeta o desenvolvimento do bebé e o comportamento da mãe de forma negativa (Zehra & Rukiye, 2020). Os primeiros 60 minutos após o parto são um período crítico para a mulher e o recém-nascido, este período pode ser designado como “*Golden Hour*”, é um tempo de transição do ambiente intrauterino para o extrauterino, no qual tem que existir uma rápida adaptação do recém-nascido (Neczypor & Holley, 2017). As práticas que estão institucionalizadas nos hospitais podem ser intrusivas e podem adiar ou interromper o contacto precoce da mãe com o bebé (Biro, et al., 2015). O organismo do recém-nascido sofre diversas adaptações pulmonares, circulatórias, metabólicas e hemodinâmicas, como tal a “*Golden Hour*” envolve três componentes principais para amenizar a grande adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, são estes o contacto pele a pele, o corte tardio do cordão umbilical e a amamentação (Neczypor & Holley, 2017). Estas medidas melhoram a vinculação e a adaptação neonatal. Desta forma, surgiu necessidade de maior pesquisa sobre as estratégias promotoras da vinculação mãe-bebé após o parto.

O primeiro passo para se iniciar uma revisão da literatura é formular uma questão de investigação (Donato & Donato, 2019). Uma boa questão de investigação deve ser apropriada, significativa e com propósito (Sousa, et al., 2018). Uma boa pergunta é formada por diversos componentes e quatro deles estão relacionados com o anagrama PICO (*Population, Intervention, Comparison, Outcome*) (Galvão & Pereira, 2014). O modelo PICO é o mais usado para a construção de questões de pesquisa, não só a nível da prática baseada na evidência (PBE), mas também em ciências da saúde (Sousa, et al., 2018). O modelo escolhido nesta revisão é o modelo PICO.

P - População	Mãe-bebé
I – Intervenções	Estratégias promotoras da vinculação
C – Contexto	Após o parto
O - Resultados	Identificar as estratégias promotoras da vinculação

Figura 15 - Modelo PICO para a formulação da questão de investigação

A questão de investigação é “Quais as estratégias promotoras da vinculação mãe-bebé após o parto?”. Esta questão é o ponto de partida, pois define os objetivos, as palavras-chaves e os termos para a pesquisa de artigos (Ferenhof & Fernandes, 2016). A procura pela evidência inicia-se com a definição de termos ou palavras-chave, continua através de estratégias de pesquisa, definição das bases de dados e de outras fontes de informação a serem pesquisadas (Sampaio & Mancini, 2007). A pesquisa bibliográfica provoca um elevado número de referências potencialmente elegíveis que necessitam de ser avaliadas para inclusão, apenas uma pequena porção da pesquisa será utilizada e incluída na revisão (Donato & Donato, 2019).

3.2. Metodologia

Para elaboração da revisão da literatura sobre o tema deste relatório foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados: NCBI (PubMed), EBSCO Host e SciELO. A pesquisa em bases de dados eletrônicas é uma importante habilidade no processo de realização de uma revisão sistemática, maximizando a possibilidade de se encontrarem artigos relevantes num tempo reduzido (Sampaio & Mancini, 2007). Na busca foram utilizados os descritores MeSH (Medical Subject Heading) “*mother*”, “*newborn*”, “*bonding*”, “*postpartum*” e “*methods*”; e as palavras-chave “vinculação”, “*attachment*”, “*bonding*”, “*mother*”, “*newborn*” e “*baby*”. Para a pesquisa nas bases de dados foram definidos critérios de inclusão, nomeadamente artigos publicados entre 2015 e 2021 e com a opção de texto completo. Na pesquisa da NCBI foi adicionado mais um critério de inclusão, a espécie humana.

Após aplicação dos critérios de inclusão foi possível reduzir acentuadamente o número de artigos de 3729 para 328, incluindo por fim 11 artigos como se pode verificar através da figura 16. Foram incluídos estudos primários quantitativos e/ou qualitativos, revisões sistemáticas da literatura, meta-análise e estudos secundários. Para completar a pesquisa nas bases de dados foi realizada uma pesquisa bibliográfica adicional com publicações que se adequassem ao tema.

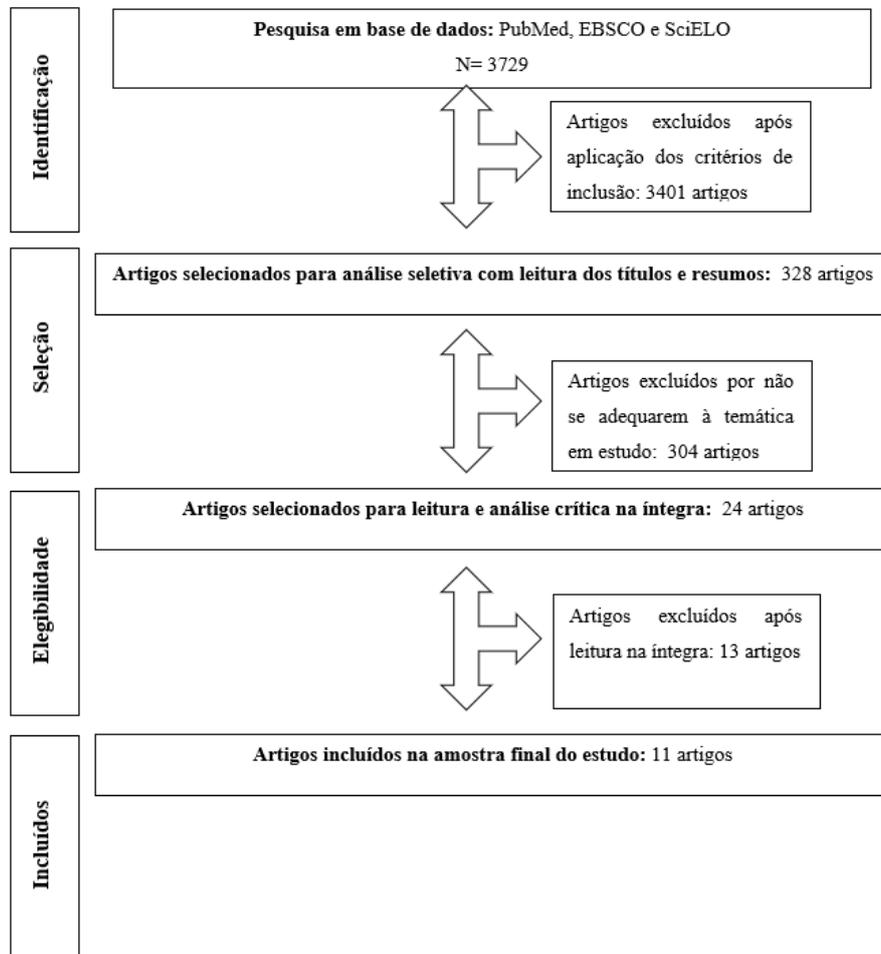


Figura 16 - Fluxograma da pesquisa de artigos na base de dados

Após a criação da lista final dos artigos incluídos deve ser realizada uma avaliação descritiva de cada estudo normalmente apresentada em formato de tabela, onde os dados principais são extraídos (Donato & Donato, 2019). Os artigos incluídos estão apresentados na figura 17 com destaque para as suas principais características. A síntese dos dados permite gerar novo conhecimento pautado pelos resultados apresentados em pesquisas anteriores (Ferenhof & Fernandes, 2016).

	1	2	3	4
Autores/ano	Neczypor & Holley, 2017	Zehra & Rukiye, 2020	Daglar & Nur, 2018	Kim, 2019
Título do artigo	Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour	The Effect of Early Kangaroo Care Provided to Term Babies on the Maternal-fetal Attachment	Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period	Factors associated with Maternal Attachment of Breastfeeding Mothers
Desenho	Revisão integrativa	Estudo descritivo	Estudo transversal descritivo	Estudo transversal descritivo
Objetivo	Descrever um protocolo baseado em evidências para a implementação da “Golden Hour” na prática	Determinar o efeito do contacto pele a pele precoce em bebés de termo na vinculação mãe-bebé	Determinar o nível de vinculação mãe-bebé. Identificar fatores que influenciam a vinculação durante a gravidez e o período pós-parto. Examinar a relação entre a vinculação durante a gravidez e o período pós-parto.	Investigar a associação dos fatores relacionados com a amamentação com a vinculação materna.
Principais resultados	Implementar um protocolo da “Golden Hour” baseado nas evidências pode melhorar as taxas de amamentação, diminuir a morbidade materna e neonatal, e promover o vínculo mãe-bebé. Um protocolo da “Golden Hour” oferece a mulheres e bebés os benefícios do	O contacto pele a pele afeta positivamente a vinculação mãe-bebé. As mulheres que praticam o contacto pele a pele não apresentam problemas relacionados com a vinculação mãe-bebé após o parto. O bebé apresenta valores fisiológicos normais. O contacto pele a pele apoia a autoconfiança da mãe.	Os níveis de depressão e ansiedade foram maiores durante a gravidez do que no período pós-parto. A depressão durante a gravidez e a ansiedade e depressão no pós-parto afetaram negativamente a vinculação mãe-bebé após o parto. Quanto maior é a vinculação no período pré-natal, maior vai ser após o parto.	Para melhorar a vinculação os enfermeiros devem apoiar ativamente as mães na amamentação e implementar precocemente intervenções para prevenir as depressões pós-parto.

	<p>CPP imediato, o corte tardio do cordão umbilical e o início precoce da amamentação, que podem melhorar a saúde.</p>			
--	--	--	--	--

	5	6	7	8
Autores/ano	Lai, Hung, Stocker, Chan & Liu, 2015	Hairston, Handelzalts, Lehman-Inbar & Kovo, 2019	Nitahara, Hidaka, Sakai, Kido & Kato, 2020	Fernandes, Canavarro & Moreira, 2020
Título do artigo	Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in	Mother-infant bonding is not associated with feeding type: a community study sample	The impact of general anesthesia on mother-infant bonding for puerperants who undergo emergency cesarean deliveries	Postpartum during COVID-19 pandemic: Portuguese mothers' mental health, mindful parenting, and mother-infant bonding
Desenho	Estudo transversal descritivo	Estudo transversal longitudinal	Estudo retrospectivo	Estudo qualitativo
Objetivo	Comparar a fadiga pós-parto das mulheres, cuidados ao bebê e vinculação após partos vaginais e cesarianas em regime de alojamento conjunto.	Confirmar se existe associação positiva entre a vinculação e a amamentação. Confirmar se a amamentação tem um papel protetor contra as consequências negativas dos distúrbios do humor e sono.	Investigar o impacto da anestesia geral e neuroaxial em mulheres submetidas a cesariana na vinculação mãe-bebé.	Explorar como a saúde mental das mães, a paternidade/maternidade, e a vinculação mãe-bebé varia em função do momento do nascimento do bebê (antes do Covid 19 e depois do Covid 19).

				Examinar a contribuição das variáveis para a vinculação mãe-bebé.
Principais resultados	Mulheres com partos por cesariana apresentam maior fadiga pós-parto. Maior fadiga no pós-parto está relacionada com maior dificuldade em cuidar do bebê, e vinculação mais baixa nos primeiros dois a três dias após o parto.	A amamentação não está associada à qualidade da vinculação mãe-bebé. A amamentação não atenuou as consequências negativas dos distúrbios do humor e sono.	Uma cesariana de emergência com anestesia geral afeta de forma negativa a vinculação mãe-bebé. A anestesia geral desnecessária em cesarianas de emergência deve ser evitada.	Mulheres que pariram durante o Covid 19 apresentaram níveis mais baixos de consciência emocional e vinculação mãe-bebé prejudicada do que antes da pandemia. Cerca de 49% da variação da vinculação mãe-bebé é explicado pelo stress parental e pelas várias dimensões da paternidade/maternidade.

	9	10	11
Autores/ano	Souza, Soler, Santos & Sasaki, 2017	Bingham, Boisvert, Webb & Muri, 2019	Biro, Yelland & Brown, 2015
Título do artigo	Puerperae bonding with their children and labor experiences	Feasibility of AWHONN's Immediate and Continuous Skin-to-Skin Nursing Care Quality Measures	Who is holding the baby? Women's experiences of contact with their baby immediately after birth: An Australian population-based survey
Desenho	Estudo transversal	Estudo retrospectivo	Estudo qualitativo
Objetivo	Analisar o vínculo das puérperas com os seus bebés, isoladamente e/ou associados a experiências durante e após o parto.	Determinar a viabilidade das medidas da 3 e 4 da Nursing Care Quality (NCQ) da Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) relacionadas com o início e a duração do CPP.	Descrever as experiências das mulheres do primeiro contacto com o bebé.
Principais resultados	O tipo de trabalho de parto e a dor não alteram a vinculação mãe-bebé significativamente. A falta de CPP influencia negativamente a vinculação mãe-bebé. As puérperas tinham uma vinculação elevada com os seus bebés, que está principalmente relacionada com o CPP.	As medidas 3 e 4 da NCQ da AWHONN são viáveis para se utilizarem em hospitais.	A maioria das mulheres conseguiu segurar os bebés logo após o nascimento e durante o tempo que quisessem.

Figura 17 - Resumo dos artigos

O desenvolvimento social, emocional e cognitivo duma criança pode ser afetado pela sua relação com a mãe após o parto (Daglar & Nur, 2018). A qualidade dessa relação determina a saúde mental do bebé e cria a base das suas relações sociais (Souza, et al., 2017), tem um papel central no desenvolvimento psicológico da criança (Hairston, et al., 2019). A ligação entre mãe e filho tem uma importância fundamental em comparação com outras ligações humanas que se desenvolvem ao longo da vida (Souza, et al., 2017). Os cuidadores principais,

normalmente as mulheres, criam ligações emocionais com os seus bebés durante o período perinatal (Nitahara, et al., 2020). Estas ligações levam a uma relação emocional única que se inicia muito cedo, durante a gestação, e que se estabelece gradualmente e lentamente num processo de adaptação mútua entre mãe e bebé (Souza, et al., 2017).

A vinculação mãe-bebé refere-se ao processo no qual a mãe cria uma ligação afetiva com o seu filho, é um estado afetivo que emerge durante a gravidez ou imediatamente após o parto e que se continua a desenvolver nos primeiros meses da vida da criança (Nitahara, et al., 2020). É a capacidade de a mãe fornecer amor, carinho e proteção suficientes para suprir as necessidades físicas e emocionais da criança (Souza, et al., 2017). Desenvolve-se através da alimentação e dos cuidados prestados ao bebé durante o puerpério (Lai, et al., 2015). É influenciada pelo comportamento materno e pelo comportamento do bebé (Souza, et al., 2017). É um elemento importante na adaptação à maternidade (Daglar & Nur, 2018). A experiência interna da mulher permite uma resposta mais harmonizada com o bebé, quando a mãe é disponível, gentil, sensível e recetiva às necessidades do bebé a vinculação é facilitada (Fernandes, et al., 2021). Como os bebés precisam dos seus cuidadores para sobreviver, o período de tempo imediatamente após o parto é essencial para o estabelecimento da vinculação, pois é facilitado pelo sistema hormonal materno adequado e estimulado pela presença do bebé (Souza, et al., 2017).

Durante a gravidez ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, e as mulheres precisam de se preparar para lidar com essas alterações, a falta de preparação e os efeitos das hormonas podem causar desconforto emocional e levar ao aparecimento de sintomas leves de depressão e ansiedade, especialmente se for a primeira gravidez (Daglar & Nur, 2018). Após o parto a mulher pode sentir indiferença, irritação ou hostilidade para com o bebé, estas atitudes levam a problemas de vinculação, e podem provocar alterações no desenvolvimento psicossocial e na personalidade do bebé (Nitahara, et al., 2020). Segundo Daglar e Nur (2018) os níveis de depressão e ansiedade durante a gravidez e no puerpério não são concordantes, no entanto é possível afirmar que os sintomas depressivos e ansiosos são mais comuns durante a gravidez do que durante o puerpério.

A depressão está associada à vinculação mãe-bebé após o parto, as mulheres que experienciam sintomas depressivos no puerpério apresentam menor vinculação (Kim, 2019). As mulheres com depressão durante o puerpério estão mais propensas a desenvolver problemas na vinculação mãe-bebé porque não são capazes de se vincular completamente (Daglar & Nur,

2018). Sintomas depressivos no pós-parto também estão negativamente associados à amamentação, pois aumenta o risco da sua cessação precoce (Hairston, et al., 2019).

A fadiga e o desconforto no pós-parto também são algo muito comum e afetam de forma negativa a saúde física e psicológica da mulher, o cuidado ao bebê e a interação entre a mulher e o bebê (Lai, et al., 2015). O que afeta a interação vai afetar o desenvolvimento da vinculação mãe-bebê. Níveis elevados de stress parental também estão associados a níveis mais baixos de vinculação e de parentalidade atenta, maternidade/paternidade emocionalmente receptiva e compassiva (Fernandes, et al., 2021). A fadiga e o cansaço após o parto acontecem tanto em parto vaginal como por cesariana, e levam a maiores dificuldades no cuidado ao bebê em regime de alojamento conjunto. Mulheres cansadas referem ser mais difícil alimentar e cuidar do bebê quando necessário durante o internamento, mesmo quando ajudadas pela equipa de enfermagem, pois ainda não conseguem perceber corretamente os sinais enviados pelo bebê (Lai, et al., 2015). Os primeiros cuidados prestados ao bebê, a forma como é segurado e tratado, as rotinas, os horários e a apresentação do mundo ajudam a formar a base da sua personalidade e a forma como os laços afetivos serão estabelecidos (Souza, et al., 2017). Quando a mulher não consegue descobrir qual a razão que leva o bebê a chorar ou se não o consegue acalmar sente dificuldade, o que leva a sentimentos negativos (ansiedade, preocupação, frustração) que podem afetar a vinculação mãe-bebê (Lai, et al., 2015).

Problemas na vinculação ocorrem em 10 a 25% dos partos, tendem a ocorrer quando há dificuldade no desenvolvimento do vínculo entre a mãe e o bebê, e quando há fatores de risco para esses problemas, como uma gravidez indesejada, um parto difícil, e doenças do recém-nascido (Daglar & Nur, 2018). O tipo de parto, cesariana em vez de parto vaginal, e cesariana de emergência em vez de cesariana eletiva, e até a anestesia pode afetar negativamente a vinculação (Nitahara, et al., 2020). Numa mulher com parto por cesariana há maior probabilidade de sentir fadiga e insónias, pois a cesariana provoca alterações fisiológicas, menos autocontrolo e pior funcionamento físico, e as responsabilidades maternas e o pouco sono intensificam o cansaço e a fadiga (Lai, et al., 2015). A anestesia geral durante a cesariana pode induzir rapidamente anestesia em mulheres que recusam a anestesia neuroaxial, é usada quando a saúde materna ou fetal está em risco, mas priva o contacto entre a mãe e o recém-nascido, o que pode afetar a vinculação e o desenvolvimento infantil (Nitahara, et al., 2020). Fatores maternos como a idade, estado civil, escolaridade, profissão, tipo de família, e seguro de saúde influenciam também a vinculação (Zehra & Rukiye, 2020).

A pandemia do Covid 19 afetou a sociedade em diferentes níveis, e foram necessárias adaptações nos cuidados de saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde no parto e pós-parto. Se não houver confirmação de infecção por Covid 19 o parto acontece de forma habitual, já em caso de infecção têm que ser adotadas medidas de prevenção e controlo de infecção durante e após o parto. Tornou-se difícil equilibrar os direitos dos pais, o que levou ao aumento dos níveis de stress para as mulheres e famílias (Fernandes, et al., 2021).

A proximidade física e pele a pele é necessária para a vinculação materna (Hairston, et al., 2019). As mulheres após o parto apresentam preocupações em relação à sua própria saúde e ao risco de infecção por Covid 19, mas também em relação à saúde do bebé, e essas preocupações ficam intensificadas com a existência de medidas preventivas como distanciamento físico e impossibilidade de um nível elevado de suporte por parte dos profissionais de saúde no pós-parto (Fernandes, et al., 2021). Mesmo com a pandemia o cuidado prestado pela equipa de enfermagem durante a gravidez, parto e puerpério deve favorecer a criação da vinculação mãe-bebé através da identificação de fatores que possam interferir no processo (Souza, et al., 2017). O modelo de atendimento deve ser orientado para a manutenção da vida e da qualidade de vida e isto depende muito do relacionamento da mãe e do bebé com a família (Souza, et al., 2017). Todo o contexto pandémico levou ao desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade, durante a pandemia as mulheres que pariram apresentaram níveis mais elevados de sintomas depressivos e ansiosos (Fernandes, et al., 2021). A vinculação mãe-bebé foi afetada durante a pandemia pela existência de ansiedade e depressão, e a postura materna positiva tornou-se mais difícil de adotar.

O alojamento conjunto facilita a amamentação em horário livre, facilita os cuidados ao bebé e promove o contacto entre a mulher e o bebé, mas pode levar as mulheres a sentirem-se assoberbadas com os cuidados ao recém-nascido. As mulheres submetidas a cesariana ficam mais exaustas, e têm mais dificuldade nos cuidados ao bebé em regime de alojamento conjunto, pois o descanso é essencial na recuperação (Lai, et al., 2015). Em geral, no alojamento conjunto a mulher garante os melhores cuidados ao bebé e favorece a sua ligação com ele, mas por vezes os cuidados prestados são à custa das necessidades e descanso da mulher. O bebé pode estar irritado e desconfortável, pode necessitar de ser embalado, alimentado ou trocado, podem também existir dificuldades no aleitamento materno, assim a mulher não descansa corretamente o que aumenta a sua fadiga. Durante o período noturno as mulheres podem acordar até cerca de quatro vezes para poderem prestar cuidados ao bebé, o que leva à privação do sono e aumenta a fadiga (Lai, et al., 2015). Cerca de três dias após o parto a fadiga e o desconforto físico

diminuem, a mulher já deambula e tem menos dificuldades no cuidado ao bebê. A assistência da equipa de enfermagem é uma forma de reduzir as dificuldades no cuidado ao bebê, mas acaba por não ser possível uma substituição completa da mãe. A vinculação mãe-bebé é relativamente alta independentemente do tipo de parto, pois com o alojamento conjunto a devoção e a interação da mulher com o recém-nascido ajuda na compreensão completa dos sinais necessários para o desenvolvimento do bebê. (Lai, et al., 2015)

Existe um termo “*Golden Hour*” ou hora dourada, se traduzido para português, que teve origem nos anos 60 através do trabalho do Dr. Adams Cowley que notou que o uso de determinadas medidas, na primeira hora de vida do recém-nascido, poderiam melhorar a saúde e reduzir a mortalidade (Neczypor & Holley, 2017). A conceptualização da hora dourada inclui três principais elementos, contacto pele a pele direto e imediato entre a mãe e o bebê, corte tardio do cordão umbilical, e início precoce do aleitamento materno, se apropriado medicamente e se desejado pela mulher. Este conceito começou a ser aceite por pediatras e obstetras, e nos anos 70 o Dr. Michel Odent verificou que os recém-nascidos na primeira hora de vida procuravam instintivamente o peito materno (Neczypor & Holley, 2017)

O contacto pele a pele melhora as funções biológicas de um recém-nascido e promove a vinculação mãe-bebé. Nas mulheres que planeiam amamentar o contacto pele a pele está associado ao início precoce do aleitamento materno, e no seu sucesso a longo prazo (Bingham, et al., 2019). A proximidade física e pele a pele é necessária para a vinculação materna, e naturalmente a amamentação é um veículo para promover o vínculo materno pois oferece a oportunidade de contacto pele a pele. (Hairston, et al., 2019). O contacto pele a pele após o nascimento está fortemente recomendado, e os profissionais de saúde devem encorajá-lo e fornecê-lo, independentemente do tipo de alimentação (Bingham, et al., 2019). O contacto entre a mulher e o recém-nascido na primeira hora após o parto, mais especificamente o contacto pele a pele incentiva a vinculação mãe-bebé, promove o sucesso da amamentação, estabiliza a temperatura e reduz o choro do bebê (Biro, et al., 2015).

A equipa de enfermagem é a principal responsável para garantir o contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido, sendo que o contacto pele a pele imediato e contínuo deve ser identificado e reconhecido como uma medida prioritária na qualidade da assistência de enfermagem (Bingham, et al., 2019). Segurar o bebê logo após o nascimento é o momento alto da reprodução. As práticas hospitalares podem ser intrusivas e atrasar ou interromper o contacto precoce da mãe com o bebê, sendo que a condição física de ambos pode influenciar quando este contacto é iniciado, qual a sua qualidade e duração (Biro, et al., 2015). O painel consultivo da

“*Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses*” definiu duas medidas de 12, relacionadas com o contacto pele a pele como prioritárias na avaliação da assistência em enfermagem. Estas duas medidas definem que o contacto pele a pele entre a mãe e o bebé deve ser iniciado imediatamente após o parto (medida três) e que o contacto pele a pele deve ser ininterrupto (medida quatro) (Bingham, et al., 2019). Estas medidas foram especificadas e preparadas para serem testadas nos cuidados de saúde.

O contacto pele a pele também pode ser realizado consoante o método canguru ou mãe canguru que consiste em colocar o bebé nu (exceto fralda e gorro) no peito do pai ou da mãe entre uma a 24 horas após o parto (método canguru precoce) ou 30 a 40 minutos após o parto, método canguru muito precoce (Zehra & Rukiye, 2020). A hora dourada enfatiza o contacto pele a pele, este contacto pode ser a colocação do recém-nascido seco e nu diretamente no peito ou abdómen da mãe/pai logo após o nascimento antes de cortar o cordão umbilical (Neczypor & Holley, 2017). Em bebés prematuros melhora o sistema cardíaco e respiratório e estabiliza níveis mais elevados de glicose no sangue (Biro, et al., 2015). Segundo Redshaw et al. (2014) 97% das mulheres com parto vaginal e 67% das mulheres submetidas a cesariana seguraram os seus bebés nos primeiros cinco minutos após o nascimento. Mulheres com partos vaginais têm maior probabilidade de segurar o seu bebé após o nascimento (Biro, et al., 2015).

O método canguru engloba três componentes importantes, o contacto pele a pele, a amamentação e a alta precoce independentemente do peso e idade gestacional do bebé, é um passo importante no início da vinculação mãe-bebé após o parto pois os minutos após o parto são cruciais (Zehra & Rukiye, 2020). O contacto pele a pele aumenta o tempo em que o recém-nascido está em estado de alerta, e se iniciado nos primeiros 10 minutos de vida aumenta as hipóteses do sucesso da amamentação e da transição do recém-nascido para o ambiente extrauterino (Neczypor & Holley, 2017). O método canguru reduz o choro do bebé, fortalece a vinculação mãe-bebé, mantém a temperatura do bebé, aumenta o sucesso da amamentação, melhora os sinais vitais do bebé, e diminui a ansiedade da mulher (Zehra & Rukiye, 2020).

O contacto pele a pele ajuda na estabilização psicológica da mãe e do bebé (Neczypor & Holley, 2017). A maioria das mães prefere experienciar o contacto pele a pele após o parto, e as mulheres que o experienciam sentem menos ansiedade e sentem-se mais confiantes nas suas habilidades para cuidar do bebé. A separação mãe-bebé nos primeiros 60 a 90 minutos após o parto afeta o desenvolvimento do bebé e o comportamento da mãe de forma negativa (Zehra & Rukiye, 2020). Como tal, pretende-se o contacto pele a pele, visto que no bebé estabiliza a respiração e tensão arterial, diminui o nível das hormonas do stress, promove o

desenvolvimento do cérebro ativando a maturação da amígdala, e protege contra a separação repentina da mãe (fenômeno semelhante à abstinência); e na mulher promove a liberação de ocitocina, diminui o sangramento no pós-parto, reduz o risco de hemorragia puerperal, ajuda na dequitação, promove a vinculação mãe-bebé, e diminui os níveis de cortisol.

O corte tardio do cordão umbilical implica que o corte seja realizado entre um a três minutos após o nascimento (tempo em que geralmente o cordão umbilical deixa de pulsar), esta intervenção permite transfusão de sangue da placenta para o recém-nascido promovendo uma melhor circulação transicional e volume de glóbulos vermelhos, aumenta o peso ao nascer e promove maiores reservas de ferro (Neczypor & Holley, 2017).

O aleitamento materno é importante no vínculo mãe-bebé, sendo que o ajuda a desenvolver de forma profunda e duradoura (Zehra & Rukiye, 2020). Melhora o comportamento das mães na parentalidade e melhora a vinculação mãe-bebé (Kim, 2019). Com o passar do tempo sempre se primou pelo aleitamento materno, ainda assim o leite adaptado por volta do século 19/20 passou a ser socialmente e medicamente aceito, no entanto quando a amamentação passou a ser recomendada exclusivamente até aos seis meses surgiram as ligações à vinculação mãe-bebé (Hairston, et al., 2019). O início do aleitamento materno, que é facilitado pelo corte tardio do cordão umbilical, e prolongado pelo contacto pele a pele, promove a involução uterina mais rapidamente, diminui a perda de sangue pós-parto, e aumenta o peso perdido após o parto (Neczypor & Holley, 2017).

O desenvolver da vinculação resulta das interações mãe-bebé durante a amamentação, estas interações permitem que o bebé tenha estímulos, visuais, táteis e auditivos, e assim aprendem padrões de comportamento por *feedback* sensorial direto (Kim, 2019). Diversos autores afirmam que o aleitamento materno tem efeitos positivos na vinculação materna, no entanto esta suposição não tem evidências científicas e empíricas concretas, por isso há também estudos que não a apoiam (Hairston, et al., 2019). A amamentação pode ser exclusiva (só leite materno ou leite materno com suplementos), parcial (leite materno e outros alimentos) ou simbólica (conforto do bebé). A amamentação exclusiva está associada à rápida diminuição de sintomas depressivos no pós-parto (Hairston, et al., 2019). No entanto, quando uma mãe está exausta são transmitidos níveis elevados de melatonina através do leite materno o que pode evitar que o bebé atinja ciclos de sono-vigília maduros, levando a problemas no sono do bebé e intensificando a fadiga materna (Lai, et al., 2015).

Uma maior adaptação à amamentação facilita o desenvolvimento da vinculação mãe-bebé, os bebés ficam mais quentes, confortáveis e cooperativos, menos exigentes e irritados

(Kim, 2019). É importante facilitar o sucesso da amamentação para promover a vinculação, a qualidade da vinculação está relacionada com as interações e as experiências do bebê com os cuidadores. Essa troca emocional e a sensibilidade do cuidador está significativamente mais associada à vinculação e à sua qualidade. A amamentação cria oportunidades de aprendizagem, as mulheres começam a conhecer os padrões de comportamento dos seus bebês através do contacto visual e tátil numa distância íntima (Kim, 2019). A interação mãe-bebê durante a amamentação ajuda as mulheres na observação cuidadosa das reações do bebê. A eficácia da amamentação, o conhecimento abrangente sobre o aleitamento materno, a capacidade e confiança para superar dificuldades, o tempo com o bebê, tudo isso influencia de forma positiva a vinculação (Kim, 2019). Como tal, é importante apoiar e encorajar a adaptação à amamentação se esse for o desejo da mulher.

As intervenções da hora dourada em conjunto previnem a hipotermia e hipoglicémia neonatal e facilitam a vinculação entre a mãe e o bebê (Neczypor & Holley, 2017). Tanto a WHO como a UNICEF recomendam que todos os recém-nascidos saudáveis, até os nascidos por cesariana, experienciem o contacto pele a pele imediato por pelo menos uma hora após o nascimento. A hora dourada é bastante benéfica tanto para a mãe como para o recém-nascido, mas é importante definirem-se critérios de exclusão, sendo que em determinadas situações não é possível cumprir-se as medidas definidas pela hora dourada (Neczypor & Holley, 2017). Os critérios de exclusão maternos são cansaço extremo, administração de opiáceos que provoquem sonolência ou alteração do nível de consciência, lacerações perineais que necessitem de uma extensa reparação, hemorragias, ou outras emergências, nos recém-nascidos são bebês prematuros, dificuldade respiratória, cianose, risco elevado de infeção, anomalias congénitas que possam resultar em problemas cardíacos ou pulmonares, sinais de depressão perinatal (diminuição do tónus muscular, bradicardia ou apneia), e recém-nascido não vigoroso que apresente líquido amniótico com mecónio (Neczypor & Holley, 2017).

3.3. Resultados

A vinculação mãe-bebê é maior em mulheres mais novas (Yilmaz & Kizilkaya, 2010), sendo que o nível de vinculação diminui com o aumento da idade materna (Damato, 2004), como tal, existe uma forte relação entre a idade da mulher e a qualidade da vinculação. Já a vinculação pré-natal é mais elevada em mulheres trabalhadoras com mais estudos (Yilmaz & Kizilkaya, 2010). Segundo Daglar e Nur (2018) as mulheres mais novas estão mais preparadas para a maternidade, no entanto a vinculação após o parto não é afetada pela idade, escolaridade,

tipo de família, profissão, e situação económica. Noutros estudos estes fatores podem afetar a vinculação. Outros fatores como a paridade, o sexo do bebé (diferente do desejado) podem afetar a vinculação tanto no período pré-natal como no pós-natal. É possível afirmar que os níveis de depressão e ansiedade durante a gravidez são mais elevados do que no puerpério, e afetam negativamente a vinculação mãe-bebé.

Segundo Fernandes et al. (2021) a percentagem de mulheres com sintomas depressivos e ansiosos na pandemia foi de 27,5%, antes da pandemia este valor era de 22,1%. As mulheres que pariram durante a pandemia apresentam uma vinculação mãe-bebé prejudicada pois diminuiu a capacidade da mulher se concentrar nas emoções do bebé, diminuiu o tempo de interação, a sensação de alegria da maternidade, pela privação dos pequenos prazeres do período perinatal, pelo sentimento de culpa e perda. Tudo isto afetou de forma negativa a disponibilidade da mulher em se relacionar emocionalmente com o bebé (Fernandes, et al., 2021).

O descanso ininterrupto após o parto é importante para a recuperação da mulher, como tal deve ser realizada uma avaliação da fadiga da mulher pela equipa de enfermagem, para garantir que a mulher tenha um adequado descanso, sono noturno de qualidade e conforto. A forma como o alojamento conjunto é implementado deve estar relacionada com a fadiga sentida pela mãe, particularmente em situações de parto por cesariana. A equipa de enfermagem deve garantir um alojamento conjunto centrado na mãe, de forma a ajudar nos cuidados ao recém-nascido durante o período noturno para aliviar a pressão das mães e diminuir a ansiedade relacionada com os cuidados ao bebé. Implementar estas medidas deve ajudar as mulheres a descansarem de forma adequada, independentemente do tipo de parto, para poderem recuperar totalmente e assim melhorar a vinculação mãe-bebé. Uma mulher que tenha o descanso adequado e esteja aliviada do desconforto físico está na melhor condição para tirar partido do alojamento conjunto (Lai, et al., 2015).

Um elevado nível de vinculação mãe-bebé está associado ao contacto pele a pele, neste sentido a equipa de enfermagem deve encorajar este contacto na sala de parto, e procurar um cuidado humanizado centrado na mulher, fornecendo apoio para ela fornecer os melhores cuidados ao seu bebé. Segundo Zehra e Rukiye (2020) as mães que praticaram o método canguru não apresentaram alterações relacionadas com a vinculação mãe-bebé e os valores fisiológicos dos bebés mantiveram-se estáveis. As mulheres casadas com 20 anos ou menos, desempregadas e com seguro de saúde iniciaram o método canguru nas primeiras 10 horas de vida do bebé e apresentaram uma boa vinculação materna. As mulheres com família nuclear e

que amamentaram os seus bebés com leite materno e leite adaptado também apresentaram uma boa vinculação materna. O contacto pele a pele aumenta a autoconfiança da mulher pois sente-se melhor psicologicamente e torna-se mais produtiva nos cuidados que presta ao recém-nascido, aumenta também a harmonia entre a mãe e o bebé, e dão-se os primeiros passos para uma vinculação segura (Zehra & Rukiye, 2020). Biro et al. (2015) defende que o contacto ininterrupto entre os pais e o bebé na primeira hora após o parto é benéfico para melhorar a saúde materna e infantil. Este contacto só não deve ser permitido caso haja alguma justificação médica, mas existe sempre potencial para aumentar o número de mulheres que pegam nos seus bebés logo após o nascimento (Biro, et al., 2015).

De acordo com Bingham et al. (2019) após testagem de medidas promotoras do contacto pele a pele verificou-se que estas eram viáveis para se implementarem em hospitais, mesmo quando não há possibilidade do contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido pode-se realizar este contacto entre o pai e o recém-nascido.

Kim (2019) conclui que vinculação não está relacionada com a vontade das mulheres amamentarem durante um longo período de tempo, mas defende que promover a adaptação à amamentação é essencial. A troca emocional das mães com os bebés e a confiança da mulher em amamentar são os fatores que mais influenciam a vinculação mãe-bebé após o parto. Apesar de alguns estudos realizados associarem positivamente a amamentação à vinculação materna, Hairston et al. (2019) refere que a amamentação não está associada à qualidade da vinculação mãe-bebé. Pode ser benéfica para a saúde da mulher e do bebé, mas afirmar que promove o vínculo pode não ser o mais correto.

Por fim, segundo Neczypor e Holley (2017) implementar um protocolo para a hora dourada com as suas três componentes de contacto pele a pele direto e imediato entre a mãe e o bebé, corte tardio do cordão umbilical, e início precoce do aleitamento materno, com base nas evidências pode melhorar as taxas de amamentação, diminuir a morbidade materna e neonatal, promover a vinculação, com baixo custo e ganho financeiro para as instituições. No entanto, têm que se ultrapassar barreiras logísticas e institucionais para ser possível promover as práticas da hora dourada.

Em termos de pesquisa bibliográfica para a realização da revisão da literatura conseguiu-se compreender que na literatura atual ainda não estão esclarecidas concretamente que medidas existem para promover a vinculação mãe-bebé após o parto. Não foi possível encontrar artigos com as estratégias promotoras da vinculação bem definidas, mas sim diversos

artigos sobre medidas que são e que podem ser utilizadas na prática que ajudam na criação, promoção e desenvolvimento da vinculação mãe-bebé.

Consegue-se verificar que o contacto pele a pele e o aleitamento materno são medidas que ajudam no desenvolver da vinculação e, portanto, podem ser consideradas estratégias promotoras da vinculação mãe-bebé após o parto. Há outras medidas como o corte tardio do cordão umbilical e o alojamento conjunto que também podem ser consideradas estratégias promotoras da vinculação.

A vinculação mãe-bebé é a relação emocional e a criação de laços emocionais entre a mulher e o bebé, afeta o desenvolvimento da criança e é a base das outras relações emocionais que se estabelecem ao longo da vida humana. Inicia-se na gravidez e desenvolve-se no pós-parto. A atitude da mãe perante o bebé influencia a vinculação.

Caso a mulher experiencie sentimentos depressivos e ansiosos, desconforto emocional e/ou físico, fadiga, cansaço na gravidez e no puerpério a qualidade da vinculação é afetado, podendo levar a problemas na maternidade e no desenvolvimento do bebé. O aparecimento do Covid 19 e a sua evolução como pandemia tiveram uma influência negativa na vinculação mãe-bebé, pois levou ao aumento do número de mulheres grávidas a sofrerem com depressão ou ansiedade.

Os autores Bingham et al. (2019), Biro et al. (2015), Kim (2019), Neczypor e Holley (2017), Souza et al. (2017) e Zehra e Rukiye (2020) foram concordantes que o contacto pele a pele beneficia a vinculação mãe-bebé trazendo muitas alterações positivas na saúde materna e infantil. Também ajuda na promoção do aleitamento materno. Muitas vezes o contacto pele a pele é associado ao método canguru pois é um dos seus principais componentes.

Hairston et al. (2019) e Kim (2019) não são concordantes relativamente ao aleitamento materno, mas associam-no positivamente à vinculação mãe-bebé, pois promove o contacto pele a pele, fornece conforto e estímulos, ajuda a mulher a conhecer o seu bebé.

O corte tardio do cordão umbilical também influencia a vinculação materna e promove a saúde do recém-nascido. O alojamento conjunto traz benefícios para o bebé, mas por vezes pode ser difícil para a mãe conseguir corresponder a todas as solicitações do recém-nascido o que provoca cansaço e menos disponibilidade para os cuidados ao bebé.

Existe o termo da hora dourada que envolve o contacto pele a pele, o corte tardio do cordão umbilical e o início precoce aleitamento materno. Um protocolo sobre a hora dourada podia melhorar as taxas de amamentação, diminuir a morbilidade materna e neonatal e promover a vinculação mãe-bebé.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A prática reflexiva inicia-se quando os estudantes problematizam a sua prática e apreendem novos conhecimentos, habilidades e atitudes da prática (Peixoto & Peixoto, 2016). É um método específico de trabalho e permite que o profissional produza conhecimento com base na sua prática profissional (Netto, et al., 2018). Corresponde às atividades, intelectuais e afetivas nas quais os indivíduos se envolvem para explorar as suas experiências com o objetivo de as compreender, e anexado à enfermagem é uma ferramenta essencial para a aprendizagem (Peixoto & Peixoto, 2016). A formação profissional deve interagir com a teoria e a prática através do ensino reflexivo (Netto, et al., 2018). A enfermagem deve contemplar o entendimento da situação encontrada e a reflexão sobre a prática, de forma a refletir sobre o sentido do que se faz e como se faz (Pereira-Mendes, 2016).

O ensino em enfermagem deve ser crítico, reflexivo e criativo (Alves, et al., 2013). A reflexão é a resposta humana às experiências e tem uma enorme importância no apoio dos enfermeiros a reconhecerem as suas forças e fraquezas (Peixoto & Peixoto, 2016). É essencial refletir sobre as experiências vividas ao longo dos ensinos clínico e garantir que as competências do EESMO foram adquiridas. É necessária uma leitura compreensiva da realidade garantindo que o cuidar seja baseado nas competências do EESMO. Este capítulo garante o exercício reflexivo do saber experienciado e construído.

A componente clínica do MESMO garante experiências obrigatórias segundo o programa formativo do EESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Estas experiências foram cumpridas conforme se verifica na folha de registo curricular (apêndice A).

4.1. Competências comuns dos enfermeiros especialistas

O trabalho do enfermeiro engloba a atividades de gerência e a assistência, passa pelo ensino e pela pesquisa, o que está intimamente ligado às práticas do cuidado, para isto acontecer é necessária competência profissional (Treviso, et al., 2017). O enfermeiro deve cuidar e mostrar evidências que a prática escolhida para determinado paciente tenha o melhor custo-efetividade (Aragão, et al., 2016). Os enfermeiros ao assumirem novos papéis frente às novas exigências precisam de mobilizar competências (Bernardino, et al., 2010). A lógica do mercado prima por mão de obra capacitada (Aragão, et al., 2016). Os cuidados em Enfermagem assumem

uma maior importância e exigência técnica e científica, logo a diferenciação e a especialização são uma realidade que abrange os profissionais de saúde (Regulamento N.º 140/2019, 2019).

O mestrado visa o desenvolvimento de competências direcionadas para uma área específica de intervenção, sendo que a aquisição de competências profissionais específicas pretende dar resposta às necessidades de cuidados de saúde (Silva, et al., 2018). O título de especialista prevê que os enfermeiros especialistas partilhem competências comuns, além das respetivas competências da especialidade, e que essas competências sejam aplicadas nos diferentes contextos da prestação de cuidados (Regulamento N.º 140/2019, 2019). O domínio das competências comuns dos enfermeiros especialistas são: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais (apêndice B).

4.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal prende-se com uma prática profissional, ética e legal de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão, garantindo assim respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais. Durante os ensinamentos clínicos existiu contacto com duas equipas multidisciplinares diferentes (USF Alcoides e SOG do HESE). Na relação profissional existiu sempre igualdade, verdade, justiça, altruísmo e solidariedade. Foi iniciado o processo de aperfeiçoamento pessoal e a liberdade responsável através da responsabilidade, o bem comum e a atualização dos conhecimentos pela construção de competências. A relação profissional ajudou na integração do serviço, na ajuda da equipa multidisciplinar, sendo uma mais valia para a aquisição de conhecimentos. Uma boa relação profissional melhorou a aprendizagem e facilitou a passagem dos conhecimentos do enfermeiro supervisor.

A prestação de cuidados em enfermagem deve ser realizada com responsabilidade, com respeito pelos direitos humanos e com excelência. A prática apoiada na teoria foi uma mais valia para prestar cuidados seguros e responsáveis criando uma relação terapêutica com a mulher/família com respeito, empatia e assertividade, independentemente do contexto. Foi respeitada a dignidade e a privacidade da mulher/família e garantida a individualização dos cuidados tendo em conta os valores e crenças, mantendo o sigilo profissional e a intimidade. Foram prestados cuidados a diferentes mulheres com diferentes crenças e valores de forma individualizada. A forma de atuação durante a prestação de cuidados foi muito importante para a pessoa que está a ser cuidada, a apresentação do profissional, a explicação dos procedimentos,

o apoio e a atenção, foram ações que tranquilizaram a mulher/família. São pequenas ações para o enfermeiro que acontecem no decorrer da prestação de cuidados que ajudam na individualização dos cuidados. A tomada de decisão baseou-se nos princípios, valores e normas deontológicas, tendo em conta a área de especialidade e as ações realizadas tiveram impacto positivo na aprendizagem e relação terapêutica. Os cuidados de enfermagem foram prestados segundo os direitos humanos de forma segura, digna tendo em conta a privacidade.

4.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade está relacionado com o papel dinamizador mobilizando conhecimentos e habilidades e desenvolvimento de práticas de qualidade. A qualidade dos cuidados de saúde é um bem público e prima a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados nas pessoas (WHO, 2020). É o tipo de cuidados que inclui o bem-estar do doente, equilibrando os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo do cuidar e todos os seus componentes (Dias, 2014). É uma necessidade nas diferentes áreas e deve assegurar uma assistência segura e de excelência (Martins, et al, 2016). A melhoria contínua da qualidade prevê a satisfação do utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados (Ribeiro, et al., 2017).

Foram prestados cuidados seguros, efetivos, oportunos e individualizados. A segurança é a redução de risco de danos desnecessários durante os cuidados de saúde e a utilização das melhores práticas para alcançar resultados de excelência para o utente (Silva, et al., 2021). É o ato de prevenir, evitar ou melhorar resultados adversos ou lesões com origem no atendimento médico-hospitalar (Cavalcante, et al., 2015). É um dos pilares da qualidade dos cuidados, e é o conjunto de ações e políticas com o objetivo de reduzir riscos assistenciais e danos evitáveis (Ribeiro, et al., 2018). A prevenção e o controlo das infeções e administração de medicação têm um papel fundamental na segurança das utentes.

No decorrer da pandemia de Covid 19 a prevenção e o controlo das infeções tiveram um maior destaque e a DGS (2012) definiu a aplicação de Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Estas precauções devem ser aplicadas durante a prestação de cuidados e são determinadas pelo nível de interação entre o profissional de saúde e o utente, e pelo grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluídos orgânicos (Norma N.º 029/2012, 2013). As PCBI baseiam-se na colocação de doentes, na higiene das mãos, na etiqueta respiratória, na utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), na descontaminação de equipamento

clínico, no controlo ambiental, no manuseamento seguro da roupa, na recolha segura de resíduos, nas práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, e na exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Na prestação de cuidados de enfermagem as principais medidas utilizadas foram a colocação de doentes, a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de EPI e as práticas seguras relativamente à medicação injetável. Foi possível uma prática segura na colocação de doentes, pois o SOG apresentava uma zona cinzenta onde eram colocadas as mulheres que aguardavam resultado ao teste Covid 19, as puérperas eram divididas consoante o tipo de parto (parto vaginal ou cesarianas), havia camas destinadas a mulheres com afeções do foro ginecológico e a grávidas patológicas. Desta forma, foi possível fazer uma análise da mulher de forma individualizada e saber qual o local que melhor seria adequado à sua situação.

A higiene das mãos é algo que desde pequenos nos é inculcido, especialmente antes das refeições e quando se acaba de brincar. No entanto, é durante o curso de licenciatura em enfermagem que se começa a ter mais noção do que um simples gesto pode fazer pela saúde de um utente, especialmente em termos de infeções cruzadas. Num serviço de obstetria e ginecologia em que não há separação física de mulheres grávidas/puérperas e mulheres com afeções do foro ginecológico há que ter ainda mais atenção à higiene das mãos. Esta medida é importante para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre utentes durante a prestação de cuidados (Norma N.º 029/2012, 2013).

A etiqueta respiratória e o uso de EPI tornaram-se ainda mais imperativos na pandemia, o que levou a uma melhoria contínua em termos das práticas antes da pandemia. A etiqueta respiratória deve ser cumprida por toda a população, pois visa a contenção das secreções respiratórias minimizando a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou por gotículas (Norma N.º 029/2012, 2013). O uso de EPI foi adequado à situação, antes da pandemia não fazia parte da norma a utilização constante de máscara, era só utilizada em casos em que houvesse risco de exposição a gotículas e em casos de doentes infetados com determinados agentes infecciosos que tinham transmissão pela via aérea. Com a pandemia a máscara passou a ser norma e outros equipamentos também, como as batas/aventais, os óculos de proteção, entre outros. Foi possível melhorar os conhecimentos sobre a utilização de EPI, conseguiu-se adequar o seu uso consoante a situação de prestação de cuidados.

O manuseamento e a administração de terapêutica sendo ela por via oral ou endovenosa é algo que está relacionado tanto com a segurança do utente como com a segurança do enfermeiro, há riscos nomeadamente os erros de medicação e o risco de acidentes associados

ao manuseamento de material médico na preparação de terapêutica endovenosa. A administração de medicação é uma das principais intervenções realizada nos cuidados de enfermagem, e se os medicamentos forem utilizados de forma incorreta podem gerar graves consequências para o indivíduo/família (Souza, et al., 2019). Os erros de medicação são o evento mais frequente na assistência à saúde, e na sua maioria podiam ter sido evitados numa das fases do processo (prescrição, dispensação e administração), logo a sua prevenção diminui os riscos à saúde dos utentes (Forte, et al., 2016). São um acidente evitável decorrente de má utilização da medicação e que pode levar a situações de elevado impacto nas pessoas e sistemas de saúde (Samico, et al., 2021). A enfermagem tem uma ligação muito forte com os erros de medicação tanto de forma direta como indireta. Uma relação direta pela formação e conhecimento deficiente, o stress diário das jornadas de trabalho, as falhas de comunicação e a distração, e uma relação indireta porque apesar dos enfermeiros não serem os responsáveis primários pelo erro, são a última barreira para evitar que o erro chegue ao paciente (Forte, et al., 2016). Foi garantida a correta administração de medicação de forma a garantir um ambiente seguro para a mulher/família, e uma pesquisa prévia garantiu um conhecimento teórico dos efeitos que a medicação podia ter no feto. Foi possível adquirir conhecimentos específicos sobre determinada medicação exclusiva da área da obstetrícia, houve um maior foco sobre os efeitos secundários de forma a saber como atuar nas diferentes situações.

Os conhecimentos e habilidades apreendidos foram mobilizados de forma a garantir uma melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados, garantindo a qualidade das práticas e um ambiente terapêutico e seguro.

4.1.3. Gestão dos Cuidados

A gestão engloba duas faces: a da ciência e a da racionalidade. A ciência enfatiza análises e relações causa-efeito de forma a prever e antecipar ações de forma consequente e eficiente. A racionalidade engloba a imprevisibilidade e as relações humanas, com a dimensão ilógica, intuitiva, emocional, espontânea e irracional (Siewert, et al., 2017). A gestão compreende a ação, o pensar, o decidir e o agir, de forma a obter resultados que podem ser definidos, previstos analisados e avaliados (Mororó, et al., 2017). O enfermeiro deve ter competência na dimensão física, emocional e espiritual, para estar preparado para atender as diferentes situações e entender que uma boa recuperação depende também da gestão do cuidado de enfermagem (Dias, et al., 2021).

A prestação de cuidados de enfermagem engloba técnicas, tecnologias, procedimentos e ações de prevenção, promoção e educação em saúde, e a sistematização da assistência de enfermagem, a passagem de turno, o acolhimento e a comunicação (Siewert, et al., 2017). A gestão dos cuidados exige uma visão em torno das necessidades da mulher/família com competências do caráter educativo, assistencial e administrativo (Dias, et al., 2021). A gestão dos cuidados foi indispensável para prestar os melhores cuidados às mulheres/família em articulação com a equipa multidisciplinar, existiu gestão dos recursos disponíveis nos diferentes contextos, foi proporcionado um ambiente favorável, seguro e positivo com uma boa relação profissional e terapêutica.

4.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O autoconhecimento é central na prática da enfermagem e interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais, e na tomada de decisão que deve ser baseada em conhecimento válido, atual e pertinente (Regulamento N.º 140/2019, 2019). O desenvolvimento de conhecimento facilitou a atuação com conhecimento de causa, melhorou a prática profissional e a tomada de decisão relativamente aos melhores cuidados a prestar à mulher/família. Em caso de lacunas no conhecimento existiu pesquisa para o desaparecimento dessas lacunas, assim foi melhorada a prestação de cuidados e realizada uma assistência individualizada à mulher/família. O aumento do conhecimento sobre as medidas de vinculação mãe-bebé teve efeitos positivos na assistência à saúde pois existem inúmeras formas de contribuir para a melhoria dos cuidados e perceber como isso pode influenciar a vida no puerpério. Através da pesquisa foi possível verificar que estratégias promoviam a vinculação mãe-bebé após o parto, e sempre que possível essas estratégias foram aplicadas melhorando os cuidados prestados.

4.2. Os resultados dos contributos para a assistência dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O EESMO é um profissional responsável que trabalha juntamente com as mulheres para lhes prestar o apoio necessário, os conselhos e cuidados essenciais, tem um papel de conselheiro na área da saúde e educação para as mulheres/família/comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A mulher no âmbito do ciclo reprodutivo é a beneficiária dos cuidados de enfermagem da especialidade, deve ser vista como um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se, e deve ser entendida no seu todo considerando as suas relações com os

conviventes significativos e o ambiente no qual vive (Regulamento N.º 391/2019, 2019). Os princípios fundamentais do cuidado centrado na mulher asseguram o foco na gravidez e parto, a igualdade, a escolha informada, o controlo sobre as suas decisões e a continuidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O EESMO intervém no planeamento familiar e pré-concepcional, na gravidez, no parto, puerpério e climatério, na área da ginecologia, e na comunidade, mulheres em idade fértil (Regulamento N.º 391/2019, 2019).

Os cuidados prestados pelo EESMO devem ser flexíveis, criativos, de capacitação e de suporte, cabe-lhes ouvir e apoiar a mulher nas suas escolhas, oferecer um modelo assistencial adequado e holístico, preocupar-se com a promoção da saúde da mulher no decorrer do ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O EESMO assume intervenções autónomas em situações de baixo risco, processos fisiológicos e normais no ciclo reprodutivo da mulher, intervém de forma autónoma e interdependente em situações de médio e alto risco, situações patológicas e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento N.º 391/2019, 2019). A mulher deve ser atendida na sua totalidade, através de uma visão integral tendo em conta o contexto sociocultural e familiar, e os enfermeiros devem estar atentos e disponíveis para perceber e atender as necessidades reais de cada mulher, de forma a prevenir complicações, prestar apoio físico e emocional, e promover educações para a saúde (Prigol & Baruffi, 2017). As competências a adquirir ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos visaram atingir também as competências específicas do EESMO.

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

No estágio de cuidados de saúde primários na USF Alcaides foi possível desenvolver atividades no âmbito do planeamento familiar e cuidados pré-concepcionais. Os cuidados de saúde primários visam a saúde e o bem-estar da sociedade centrando-se nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades (WHO, 2021). São o primeiro nível de serviços de saúde pessoais na comunidade durante o ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Asseguram a promoção, prevenção e tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, o mais perto possível do ambiente diário da pessoa (WHO, 2021).

A saúde reprodutiva *“é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos”* (DGS, 2008, p. 6). Os direitos à saúde sexual e reprodutiva são uma conquista histórica com origem na luta pela cidadania e pelos direitos

humanos, estes direitos englobam a vivência da sexualidade sem constrangimento, a maternidade voluntária e a escolha do uso de contraceptivos (Telo & Witt, 2018). A expressão da sexualidade e a produção de descendência são funções do sistema reprodutivo, e a sexualidade é parte integrante da vida de cada um, contribuindo para a formação da identidade ao longo da vida e permitindo o equilíbrio físico e psicológico (Godinho, et al., 2020). Os cuidados a prestar em saúde reprodutiva englobam um conjunto de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos (DGS, 2008). O enfermeiro como promotor da saúde tem um vasto campo de atuação (Godinho, et al., 2020). As atividades de planeamento familiar são uma componente fundamental dos cuidados de saúde reprodutiva, promovendo a informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das IST, do cancro do colo do útero e mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e uso de drogas ilícitas (DGS, 2008).

Nas consultas de planeamento familiar foi possível dar resposta a solicitações relacionadas com a contraceção, preconceção ou infertilidade. Foi realizada uma avaliação global às utentes, começando pela avaliação física (altura, peso, sinais vitais), a entrevista para a realização da apreciação de enfermagem (antecedentes pessoais e familiares, dados obstétricos). Ao longo das consultas foi possível perceber se as utentes tinham alguma dúvida ou se queriam abordar determinado tema, e eram facultadas informações e orientações individualizadas consoante as necessidades de cada uma. Pretendeu-se sempre a promoção da saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis e diminuição de comportamentos de risco. Os cuidados pré-concepcionais podem ser iniciados em qualquer altura desde que a mulher/casal expresse o desejo de uma gravidez, e podem ser integrados em consulta de saúde reprodutiva (DGS, 2015). Foi possível a realização de rastreios do cancro do colo do útero e ensinos sobre o autoexame da mama. O rastreio do cancro do colo do útero deve ser realizado regularmente a todas as mulheres entre os 25 e os 64 anos de idade (Norma 018/2012, 2012).

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

A gravidez é um processo fisiológico experienciado por muitas mulheres ao longo da história, não é um estado de doença, mas implica uma adaptação à nova situação e uma alteração fisiológica corporal e emocional que culmina no nascimento (DGS, 2015). A enfermagem sempre esteve presente no acompanhamento e avaliação de mulheres durante a gestação, pois a enfermeira tem um papel fundamental na realização do parto, e ao longo dos anos tem recebido muitas designações como parteira, obstetrix e enfermeira obstetra (Reis & Rached,

2017). Os cuidados preventivos no período pré-natal são fundamentais para diminuir a mortalidade materna e perinatal, porque um acompanhamento correto durante a gravidez previne patologias, favorece a preparação para o parto, garante o desenvolvimento correto do feto, previne abortos, diminui o risco de parto prematuro e óbito perinatal (Reis & Rached, 2017). A assistência pré-natal é recomendada para melhorar os resultados maternos e neonatais durante a gestação, e é fundamental em gravidez de moderado a alto risco auxiliando no controlo e prevenção de resultados adversos (Silva, et al., 2021). Os cuidados pré-natais englobam a prevenção da doença, a promoção da saúde e o tratamento de problemas que podem ocorrer durante a gravidez e após o parto, o acesso a estes cuidados é um indicador de avaliação da qualidade nos cuidados de saúde primários (Sehnm, et al., 2020). O enfermeiro tem contacto estreito com as grávidas e com as suas preocupações durante a gestação, e a adesão da mulher aos cuidados pré-natais está relacionada com a qualidade da assistência prestada (Reis & Rached, 2017). O EESMO é um profissional essencial para realizar a assistência no pré-natal, pois é qualificado para intervir com estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças de forma humanizada (Sehnm, et al., 2020). O número adequado de consultas é igual ou superior a seis, em gravidez de baixo risco podem ser menos consultas com maior ênfase no conteúdo de cada consulta (Ferreira, et al., 2021).

O primeiro contacto com a população foi nos cuidados de saúde primários na USF Alcades. Era nesta unidade que foram realizadas consultas de saúde materna onde eram retratados diferentes aspetos da gravidez relacionados com o período pré-natal. As consultas de saúde materna previam uma avaliação física da mulher grávida (peso, altura, sinais vitais, teste à urina), e se adequado à idade gestacional verificava-se a posição do feto através das manobras de Leopold e auscultava-se o foco fetal. De seguida, realizava-se a apreciação de enfermagem tomando conhecimento dos antecedentes pessoais, familiares e obstétricos, hábitos de vida e consumos, entre outros. A consulta foi um momento privilegiado para a realização de ensinamentos adequados à idade gestacional (hábitos saudáveis, exercício físico, sinais e sintomas de cada trimestre, desconfortos, alterações fisiológicas da gravidez, direitos parentais) e para rastrear situações de risco. A obtenção da história clínica detalhada e a observação clínica foram fundamentais na decisão dos cuidados a prestar, pois todas as informações recolhidas são essenciais permitindo que os cuidados sejam centrados na mulher/casal (DGS, 2015). Nas consultas observou-se a excelente relação terapêutica que a supervisora clínica tinha com as utentes, o que ajudava no ajuste dos ensinamentos realizados. A relação terapêutica assenta numa relação interpessoal entre o profissional de saúde e o utente com o objetivo de satisfazer as

necessidades do utente (Coelho, et al., 2020). Está centrada no bem-estar do utente, e desta forma o enfermeiro mobiliza conhecimentos teóricos e utiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico (Pereira & Botelho, 2014).

Nas consultas também se procedeu à administração da vacina combinada contra a tosse convulsa, o tétano e a difteria (Tdpa) e a profilaxia da isoimunização Rh. A vacinação da Tdpa recomenda-se entre as 20 e as 36 semanas de gestação, e deve ser idealmente administrada até às 32 semanas, a recomendação da vacina é realizada pelo médico assistente (Orientação N.º 002/2016, 2016). Na primeira gravidez a partir das seis semanas de gestação, o feto Rh+ induz a produção de anticorpos anti-D na grávida Rh- e esta fica sensibilizada, numa futura gravidez esta sensibilização provoca doença hemolítica perinatal (DHPN) com significativa morbidade e mortalidade perinatal (Circular Normativa N.º 2/DSMIA, 2007). Na primeira gravidez os anticorpos produzidos são as imunoglobulinas do tipo M (IgM) que não atravessam a barreira placentária e não afetam o feto. Na segunda gravidez a resposta imunológica da mulher é mais rápida com produção específica de anticorpos anti Rh, as imunoglobulinas do tipo G (IgG), que atravessam a placenta quando entram na circulação fetal causam hemólise fetal o que leva ao aumento da eritropoiese medular, à hepatoesplenomegalia e à eritroblastose fetal (Nardoza, 2020). A imunoglobulina anti-D deve ser administrada às 28 semanas de gestação em mulheres Rh- (Circular Normativa N.º 2/DSMIA, 2007).

A USF Alcides antes da pandemia tinha disponíveis sessões de preparação para o nascimento e parentalidade (PNP), mas com o aparecimento do Covid 19 tiveram que as suspender. O método psicoprofilático de preparação para o parto pretende uma ação educativa para a mulher grávida, na qual ela tem oportunidade de adquirir conhecimentos para vivenciar o parto de forma consciente e esclarecida, diminuir a ansiedade e o desconforto, e aprender a lidar com o bebé (Frias, et al., 2021). Foi possível a realização das sessões PNP por via online com supervisão da supervisora clínica e apoio da orientadora pedagógica. Foi realizado um primeiro contacto via telefone com possíveis participantes, foram incluídas utentes da USF Alcides, mulheres grávidas com idades entre os 20 e os 40 anos que frequentavam a consulta de Enfermagem Saúde Materna e mostrassem interesse na realização das sessões. Foi criado um email para se poder contactar as mulheres que estavam interessadas nas sessões com informações sobre as mesmas, e o email também ficou disponível para dúvidas no período pré-natal. No total foram realizadas quatro sessões via Zoom com os temas de promoção do aleitamento materno, trabalho de parto, cuidados ao recém-nascido, e exercícios respiratórios e fortalecimento pélvico (apêndices C, D, E e F). Na primeira e segunda sessão houve cinco

participantes, na terceira quatro e na última três. No fim das sessões foi fornecido um questionário de avaliação das sessões (apêndice G e H) e houve respostas muito positivas.

Não é só nos cuidados de saúde primários que se prestam cuidados no período pré-natal. No SOG do HESE durante os ensinamentos clínicos de bloco de partos e grávidas patológicas/ginecologia foi possível a prestação de cuidados no período pré-natal. No contexto do bloco de partos é realizado o acolhimento de grávidas, onde se realizava colheita de dados da história clínica e a avaliação clínica (sinais vitais, cervicometria, manobras de Leopold, auscultação do foco fetal, e a cardiotocografia [CTG] externa). A CTG é a monitorização eletrónica e não invasiva da frequência cardíaca fetal (FCF), avalia a vitalidade do feto e regista simultaneamente as contrações uterinas (Oliveira & Sá, 2020). A FCF é um parâmetro usado para determinar o bem-estar fetal, e a cardiotocografia permite compreender como a FCF varia consoante a atividade uterina e a oxigenação (Nomura, et al., 2009). No internamento de grávidas patológicas existem grávidas com necessidade de vigilância, que varia consoante a patologia, podendo esta estar associada à gravidez, ou ser anterior à gravidez (crónica). Esta experiência permitiu identificar desvios na gravidez, realizar ensinamentos consoante as necessidades da mulher, e monitorizar a saúde materno-fetal, referenciando sempre que necessário situações para além da competência da enfermagem. No internamento de ginecologia foram prestados cuidados a mulheres em situações de aborto espontâneo e gravidez ectópica. A perda de um feto em desenvolvimento pode dar origem a dor e sofrimento para a mulher, e pode gerar conflito entre o casal, pois ambos ficam desamparados diante da perda, e os seus sentimentos não são compreendidos e muitas vezes são negligenciados (Rosa, 2020). Estes cuidados exigiram o acolhimento da mulher, o apoio emocional, a vigilância de complicações nomeadamente o risco de hemorragia, vigilância e controlo da dor, e ensinamentos relativos à recuperação, atividade sexual e contraceção.

4.2.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

O trabalho de parto e o nascimento são momentos especiais da vida de uma mulher, são experienciados de forma individual e são caracterizados por um misto de emoções e sentimentos, aflição, medo, ansiedade, esperança (Dutra, et al., 2021). É uma experiência muito significativa para a mulher pois marca a história da vida e o processo de transformação da mulher para o papel de mãe (Silva, et al., 2017). A mulher em trabalho de parto que evolui sem distocias necessita de cuidados que auxiliem na evolução do trabalho de parto, e a enfermagem é a principal responsável por esses cuidados através de intervenções não invasivas pois tem

conhecimento científico e técnico e legislação própria que assegura a sua atuação (Salimena, et al., 2019). O parto está associado a contrações dolorosas e rítmicas que condicionam a dilatação do colo uterino, considera-se o seu início quando a dilatação cervical atinge os dois centímetros com atividade uterina (Montenegro & Filho, 2014). O trabalho de parto é o conjunto de fenómenos fisiológicos que levam ao apagamento cervical, à dilatação do colo do útero, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Néné, et al., 2016). Divide-se em quatro estádios. O primeiro apresenta a fase de latência que se inicia no momento em que a mulher apresenta contrações uterinas rítmicas e regulares terminando nos quatro centímetros de dilatação cervical; e a fase ativa que se inicia aos quatro centímetros de dilatação cervical com extinção e apagamento praticamente total do colo uterino (Orientação 001/2015, 2015). Segue-se o período expulsivo quando a dilatação cervical está completa e a mulher inicia esforços expulsivos, terminando com a expulsão do feto. De seguida dá-se a dequitação (3º estádio) e por fim temos o puerpério imediato (4º estádio).

Foi possível adquirir competências para atuar no trabalho de parto através dos ensinamentos clínicos em sala de partos. O parto em meio hospitalar tende a proporcionar segurança à mulher e ao feto, pois favorece a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal (Dutra, et al., 2021). O parto não é fácil, é doloroso e por vezes demorado, requer muita dedicação e esforço físico, e nesse momento o papel do enfermeiro é prestar apoio e encorajar a mulher a ser forte e capaz de atingir o objetivo principal (Cunha, et al., 2021). Foram realizados partos em ambiente seguro de forma a otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina (Regulamento N.º 391/2019, 2019). Através do acolhimento à mulher determina-se se estava em trabalho de parto ou não, as suas queixas e a cervicometria ajudam a defini-lo. Foi realizada a colheita de informações sobre a história clínica (antecedentes pessoais e familiares, alergias, dados obstétricos como o índice obstétrico, grupo de sangue, análises, exames), e a avaliação física (sinais vitais, se necessário cervicometria, auscultação do foco fetal). A cervicometria fornece informações sobre a dilatação e a espessura do colo uterino, e a posição da cabeça do bebé na bacia materna (Downe, et al., 2013), é fundamental para a avaliação do progresso do trabalho de parto, permite definir a dilatação do colo uterino, a posição, comprimento, consistência e tamanho do colo, a apresentação, atitude e posição fetal, presença de bossa, presença de membranas e reação às contrações uterinas (Ataide, et al., 2016). A cervicometria foi algo em que existiam muitas dúvidas, mas com o conhecimento das supervisoras clínicas e com o decorrer dos ensinamentos clínicos foi possível evoluir neste aspeto.

A admissão da mulher era um momento oportuno que ajudava a perceber as expectativas da mulher e a ter conhecimento do plano de parto. O plano de parto é um documento realizado pela gestante, em forma de carta ou modelo pré-preenchido, que contém os procedimentos que a mulher quer ou não durante o parto, é um registo das suas vontades (Torres & Rached, 2017). Tem como propósito facilitar a comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde, encoraja as tomadas de decisão informadas sobre escolhas, riscos e resultados do trabalho de parto (Medeiros, et al., 2019). Os profissionais de saúde exercem um papel relevante na concretização do plano de parto (Gomes, et al., 2017), como tal o plano de parto foi interpretado em conjunto com a grávida, de forma a conseguir verificar o que era exequível tendo em conta as condições do serviço. A CTG era colocada e estava em constante vigilância através da central no gabinete de enfermagem.

Ao longo do trabalho de parto foi realizada avaliação da dor e se necessário eram aplicadas medidas para o seu alívio, tanto farmacológicas como não farmacológicas. As medidas não farmacológicas implicavam alternância de posicionamentos, exercícios de respiração, exercícios na bola de Pilates e deambulação, quando possível. A dor no trabalho de parto é um processo fisiológico e quando intensa e persistente provoca respostas neuro-endócrinas, metabólicas e inflamatórias que podem prejudicar o bem-estar materno-fetal (Aveiro & Velosa, s/d). O parto humanizado começou a implementar na assistência do parto um acompanhamento emocional, psicológico e familiar, e a utilização de medidas não farmacológicas para a diminuição da dor (Oliveira et al., 2020). As medidas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto que podem ser utilizadas são técnicas de respiração, hidroterapia, massagem, entre outras, (Mascarenhas, et al., 2019). A principal medida farmacológica para o alívio da dor no trabalho de parto é a analgesia epidural, realiza-se no início da fase ativa do 1º estágio do trabalho de parto, se a mulher consentir. A analgesia epidural consiste na administração de medicação anestésica no espaço epidural, que bloqueia a mensagem dos nervos que vêm da pélvis e pernas, depois é colocado um cateter que serve para manter a analgesia (American College of Nurse-Midwives, 2020). Foi dado apoio à equipa de anestesia na realização da técnica da analgesia epidural, colaborando na preparação e posicionamento da grávida, e na vigilância e prevenção de efeitos secundários. Foi aprendido também a repicagem, técnica ensinada pela supervisora clínica e anestesista, que consiste na administração de medicação através do cateter epidural.

A vigilância e monitorização do trabalho de parto faz parte das competências do EESMO, e sempre que foram identificados desvios ao padrão normal de evolução do trabalho

de parto que podiam afetar o bem-estar materno-fetal além da atuação, essas situações foram referenciadas. A vigilância contínua através do CTG ajudava a verificar o bem-estar fetal.

O ensino prático e clínico do mestrado deve garantir a realização de pelo menos 40 partos eutócicos, no entanto “quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, poderá ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos” (Diretiva 2005/36/CE, 2005, p. L 255/123). Na totalidade foi possível realizar 32 partos eutócicos e participar em mais do que 20 partos (apêndice A). Ao longo do aumento do número de partos foi possível desenvolver uma prestação de cuidados mais autónoma e segura. A prestação de cuidados durante o trabalho de parto e parto visava o apoio à mulher e o bem-estar materno-fetal. Antes do parto era preparada a mesa de parto e a mesa de reanimação do recém-nascido. No período expulsivo eram realizadas as corretas técnicas para o nascimento do bebé, e acima de tudo era muito importante falar com a mulher, eram dadas indicações de forma clara e prestado apoio emocional. Nesta altura era realizada a avaliação da necessidade de episiotomia, pois segundo a WHO (2018) a episiotomia não deve ser utilizada como rotina. A episiorrafia ou perineorrafia foi uma técnica que foi evoluindo consoante aumentava a realização dos partos e das respetivas técnicas, por vezes existiam períneos intactos sem necessidade de qualquer intervenção.

Após o nascimento do bebé era realizado o corte tardio do cordão umbilical, sempre que possível. Quando durante o período expulsivo ocorriam desvios do padrão normal, era dado conhecimento ao médico obstetra. Por vezes quando o obstetra intervinha realizava um parto instrumentado. Após o período expulsivo dava-se a dequitação e era possível observar quais os seus sinais, e qual o mecanismo. Os mecanismos de descolamento da placenta são o de Schultze, surge primeiro a superfície fetal e ocorre em 75% dos casos, e o de Duncan, em que surge a face rugosa da placenta que corresponde à superfície materna (Sequeira, et al., 2020). A condução da dequitação foi expectante (fisiológica), consistiu em aguardar pelos sinais de descolamento da placenta, e permitiu a interferência mínima possível (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os sinais de dequitação são a hemorragia de separação, a elevação do colo uterino, contrações uterinas, prolongamento evidente do cordão umbilical, e a forma do útero, passa de discoide para ovoide (Sequeira, et al., 2020). A expulsão da placenta deve ser através em movimentos circulares para ajudar na saída completa das membranas (sem movimentos rápidos ou intempestivos), e pode ser administrado um uterotónico (ocitocina) para melhorar o tónus uterino após a expulsão para evitar o risco de complicações hemorrágicas após o parto (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Tal procedimento foi realizado.

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

O período pós-natal pode-se designar por puerpério, e pode ser imediato, precoce e tardio, é o período de tempo até a mulher regressar ao período pré-gravídico, é um período muito vulnerável e o EESMO é o membro da equipa multidisciplinar que potencia a saúde da puérpera e do recém-nascido apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015). As competências deste objetivo foram adquiridas nos ensinamentos clínicos de cuidados de saúde primários, sala de partos, e internamento de puerpério.

Nos cuidados de saúde primários foi possível realizar consulta de revisão do puerpério e prestar cuidados ao recém-nascido em termos de administração de vacinas, avaliação antropométrica e realização do teste do diagnóstico precoce. O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce inclui o rastreio do hipotiroidismo congénito, doenças hereditárias do metabolismo como aminoacidopatias, acidúrias orgânicas, e doenças hereditárias da β -oxidação mitocondrial dos ácidos gordos (Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, 2021). Nestas consultas foram realizados ensinamentos relacionados com a amamentação, os cuidados a ter com as mamas, e vacinação do recém-nascido.

Na sala de partos era realizada a avaliação global da mulher no puerpério imediato (até duas horas após o parto), relativamente a perdas sanguíneas (lóquios), involução uterina, parâmetros vitais, e globo vesical. Foi retirado o cateter epidural, em caso de analgesia epidural, inspecionado o períneo, e colocado o recém-nascido à mama, consoante a vontade da mulher. Colocar o recém-nascido à mama era um momento oportuno para realizar ensinamentos sobre a amamentação, a boa pega do bebé, e os sinais de fome. Também ajudava a avaliar os reflexos de sucção e deglutição do bebé. Após o puerpério imediato a mulher era transferida para a enfermaria. Durante o estágio de sala de partos foi possível desenvolver um panfleto, em conjunto com as supervisoras clínicas e a orientadora pedagógica, sobre o alojamento conjunto e o aleitamento materno (apêndice I).

A prestação de cuidados no internamento consistia na avaliação da involução uterina através de massagem uterina, avaliação dos lóquios consoante as suas características, inspeção do períneo, verificação do penso operatório em caso de cesariana, avaliação dos sinais vitais para prevenção precoce de complicações, observação dos membros inferiores, palpação mamária com observação dos mamilos e verificar a presença de colostro, avaliação do retorno das eliminações vesical e intestinal, avaliação da presença de desconfortos, e ensinamentos. Relativamente aos cuidados prestados ao recém-nascido estes consistiam na avaliação do peso corporal, no ensino e treino do banho diário, mudança da fralda com avaliação da pele e

mucosas, do coto umbilical, do choro e das eliminações vesical e intestinal. Esta prestação de cuidados vai ao encontro da observação geral definida pela Ordem dos Enfermeiros (2015).

Foi realizada uma avaliação conjunta do aleitamento, seja ele materno ou artificial, e esclarecidas dúvidas dando apoio emocional aos pais em caso de desvios ou complicações com a saúde do recém-nascido (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Entre o segundo e o quarto dia de vida do recém-nascido pode surgir icterícia fisiológica. É uma condição clínica frequente e um dos maiores problemas do período neonatal pode ser fisiológica ou patológica, é a manifestação visível na pele e escleróticas de níveis séricos de bilirrubina superiores a 5mg/dl (Júnior, et al., 2019). O tratamento para a icterícia fisiológica é a fototerapia, e nesses casos foi necessário ensino à puérpera. Na preparação da alta clínica da puérpera foram realizados ensinamentos relacionados com o reconhecimento de sinais e sintomas habituais de problemas físicos e/ou psicológicos maternos no pós-natal, cuidados perineais, amamentação, sexualidade e contraceção, alimentação, exercício e repouso, consulta de revisão do puerpério, e referenciação em caso de situações potenciais ou existenciais de risco como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2015).

4.2.5. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

O climatério é uma fase biológica do ciclo vital feminino que tem início por volta dos 40 anos de idade podendo estender-se até aos 65 anos de idade (Alves, et al., 2015). É neste espaço de tempo que ocorre a menopausa, é um período caracterizado pela diminuição da função dos ovários, o nível de estrogénio fica tão reduzido que um conjunto de sinais e sintomas desagradáveis e característicos podem aparecer (Freitas & Barbosa, 2015). É um período de transição porque inaugura uma nova fase do ciclo vital da mulher e traz um conjunto de mudanças corporais, sociais, amorosas, sexuais e familiares (Selbac, et al., 2018). Cuidou-se de 30 mulheres que se encontravam no climatério. Com o climatério e a menopausa ocorrem alterações histológicas e fisiológicas do sistema reprodutor feminino, os grandes lábios perdem elasticidade e conteúdo de gordura, tornam-se mais enrugados e expõem os pequenos lábios, que ao ficarem mais proeminentes interferem na sexualidade e perda da libido feminina (Selbac, et al., 2018). O estrogénio reduzido leva à diminuição da elasticidade do epitélio vaginal, evoluindo com atrofia e perda da rugosidade e lubrificação escassa com estímulo sexual (Belém, et al., 2019). A inapetência sexual é uma das queixas, pela redução brusca do estrogénio que afeta as características fenotípicas da mulher, nomeadamente a beleza feminina, que tem grande relevância social e cultural na atração pelo sexo oposto e na autoimagem (Selbac, et al.,

2018). O climatério é um processo normal, mas pode ter consequências potencialmente nocivas com repercussões nos vários sistemas da mulher, em termos científicos é apenas um período da vida entre os anos reprodutivos e a senilidade (Belém, et al., 2019). As mulheres foram apoiadas no processo de transição para o climatério e a menopausa, de forma a prevenir complicações para a saúde da mulher.

Nos cuidados de saúde primários foram realizadas consultas de planeamento familiar com realização de rastreio do cancro do colo do útero. Esta consulta respondia às necessidades da mulher no climatério, era realizada uma avaliação do historial da mulher (antecedentes pessoais, familiares e obstétricos) e uma avaliação física (peso, altura, sinais vitais). A consulta servia como um espaço íntimo e privado em que a mulher podia abordar os temas do seu agrado. Eram fornecidas orientações sobre o climatério, alterações corporais e psicológicas, sintomatologia da menopausa, fatores de risco do climatério, sexualidade, nomeadamente disfunções sexuais. Era recomendado o autoexame da mama. A orientação é que a mulher observe e palpe as suas mamas, sempre que se sentir confortável (por exemplo no banho ou na troca de roupa, ou noutra momento do quotidiano), sem necessidade de uma técnica específica e de periodicidade regular e fixa, valorizando assim descoberta casual de pequenas alterações mamárias que sejam suspeitas (National Institute Cancer, 2021).

O ensino clínico realizado em internamento de ginecologia foi uma mais-valia para o saber científico, pois houve oportunidade de adquirir conhecimentos a nível da patologia médica e cirúrgica, cuidados pré e pós-operatórios, sendo que a maioria das mulheres que eram internadas era para realização de histerectomia. Era realizada a admissão das mulheres com a realização de uma entrevista com conhecimento da história clínica da mulher e uma avaliação física, e sempre que necessário era prestado apoio emocional, pelo medo e a ansiedade relacionados com a cirurgia.

4.2.6. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

As competências relacionadas com este objetivo foram adquiridas tanto nos cuidados de saúde primários como no internamento de ginecologia. Na maioria das vezes as mulheres aos quais foram prestados cuidados na USF Alcides não apresentavam qualquer alteração no seu estado de saúde. A consulta servia como uma forma de esclarecimento de dúvidas, e também se poderia realizar o rastreio do cancro do colo do útero, e indicar a importância do autoexame mamário.

No internamento de ginecologia foi possível prestar cuidados a diferentes mulheres em diferentes idades com processos de doença diferenciados. Em todo o âmbito da prestação de cuidados foi necessário o apoio e individualização. Nesta área deparamo-nos com patologias que realmente podem interferir na vida da mulher, por exemplo em caso de gravidez ectópica ou mioma nos anexos uterinos o tratamento implica alterações físicas na mulher que um dia mais tarde podem levar ao comprometimento de uma gravidez, ou até mesmo à infertilidade. Desta forma, foi muito importante o apoio emocional nesta área. Foi possível promover a saúde ginecológica da mulher e ter capacidade para lhe prestar cuidados em situação cirúrgica. Foi possível diagnosticar precocemente e prevenir complicações relacionadas com afeções do aparelho genital, urinário e/ou mama.

4.2.7. Cuidar o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Há problemas que afetam tanto as mulheres como os homens, no entanto os mesmos problemas podem ter um impacto maior ou diferente nas mulheres, por isso as mulheres precisam de respostas específicas conforme as suas necessidades, e por isso o foco do EESMO deve ser as mulheres e a sua saúde (WHO, 2009). Desde 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo que os governos se comprometeram-se a assegurar o acesso de todas as pessoas aos cuidados de saúde primários (Craveiro & Ferrinho, 2011), e nos últimos 20 anos foram reportados ganhos positivos na saúde, e os cuidados de saúde primários continuam a ser a base dos sistemas de saúde (WHO, 2015). Foi promovida a saúde das mulheres em idade fértil, gerindo os recursos disponíveis para prestar cuidados, de forma a identificar necessidades nos cuidados, nomeadamente ensinamentos sobre a saúde sexual e reprodutiva, dando resposta às necessidades da população.

Nos cuidados de saúde primários foi possível a realização de consultas a mulheres em período fértil, grávidas e não grávidas, e verificar os recursos de cada mulher e as necessidades de ensinamentos, relativamente à preparação para o nascimento e parentalidade, contraceção, sexualidade, IST, entre muitos outros temas de forma individualizada consoante as necessidades de cada mulher. Nestas consultas também se verificou o cumprimento do plano nacional de vacinação, primando pela saúde da população. Nos ensinamentos clínicos no SOG existiu oportunidade de prestação de cuidados a mulheres em situações de urgência/emergência nas diferentes fases do ciclo reprodutor. Em conjunto com a equipa multidisciplinar foi possível verificar as necessidades de cada mulher e agir consoante essas necessidades.

As políticas e os programas devem fazer com que as normas de género e iniquidades socioeconómicas não restrinjam a capacidades das mulheres no acesso a informações e serviços de atenção na saúde, a redução da pobreza, aumento da alfabetização e educação, mais oportunidades de participação em atividade económicas, sociais e políticas iram, contribuir no progresso da saúde das mulheres (WHO, 2009). Com supervisão da orientadora pedagógica existiu oportunidade para a realização de um artigo científico sobre a vinculação paterna no período pré-natal (apêndice J).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o enfermeiro ser capaz de cuidar deve colocar-se no lugar do outro. No entanto, o seu papel é complexo pelas atividades desempenhadas, pela tomada de decisão e pelos conhecimentos técnicos e científicos. O EESMO visa a prestação de cuidados à mulher ao longo do seu ciclo vital, dá prioridade às suas necessidades e desejos, promove a escolha informada, a continuidade dos cuidados, o envolvimento das mulheres, a eficácia clínica, a capacidade de resposta e a acessibilidade. A enfermagem está diretamente ligada à prática, e para assumir o papel de enfermeiro especialista é necessário adquirir competências comuns aos enfermeiros especialistas e específicas da área de especialidade. Para tal ser possível foi necessário o ingresso do enfermeiro generalista no mestrado para adquirir as competências definidas. O mestrado teve uma componente teórica e outra prática, terminou com a realização de um relatório para demonstrar que as competências comuns e específicas da área de especialização foram atingidas. Foi necessário a escolha de um tema, relacionado com a área e o tema escolhido foi as estratégias de vinculação mãe-bebé após o parto. Foi uma mais-valia, pois não existem muitos estudos realizados sobre as estratégias de vinculação, apenas estudos sobre determinadas práticas que podem ajudar na vinculação mãe-bebé.

A vinculação mãe-bebé tem início no parto e estende-se durante toda a vida, é a relação recíproca estabelecida e desenvolvida desde a concepção, durante o desenvolvimento intrauterino até ao nascimento. O puerpério é o período em que o corpo da mulher retoma o estado pré-gravídico, tendo início na dequitação com um termo imprevisto. Sobre o tema do relatório foi possível fazer uma revisão da literatura e chegou-se à conclusão de que na literatura atual não estão esclarecidas as medidas que existem para promover a vinculação mãe-bebé após o parto, mas foi possível verificar que diversos estudos definem certas medidas como práticas que ajudam na criação, promoção e desenvolvimento da vinculação. Essas medidas são o contacto pele a pele, o aleitamento materno, o corte tardio do cordão umbilical e o alojamento conjunto.

Em março de 2020 Portugal teve que lidar com o Covid 19 que se tornou uma pandemia. Esta pandemia obrigou a uma distribuição de recursos físicos e humanos, influenciando os cuidados de saúde prestados e provocando alterações nos diversos hospitais do país. Como tal, os ensinamentos clínicos em ambiente hospitalar foram todos realizados no HESE, a experiência foi muito enriquecedora, mas teria sido ainda mais se houvesse oportunidade de conhecer outras realidades. Foi um longo caminho com algumas limitações pelo meio, em termos de sobrecarga horária e pela posição de trabalhador-estudante.

Este relatório serviu como um resumo do percurso pelos diferentes ensinamentos clínicos e das capacidades apreendidas. Elevou a capacidade de reflexão crítica e de investigação. Houve sempre espaço para dúvidas e possibilidade de melhoramento. Espera-se que este relatório sirva com um contributo para a assistência em enfermagem, mas que existam mais investigações sobre o tema.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarts, J. W., Nieboer, T. E., Johnson, N., Tavender, E., Garry, R., Mol, B. W., & Kluivers, K. B. (2015). Abordagem cirúrgica para histerectomia por doenças ginecológicas benignas. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003677.pub5>
- ACOG. (2015). The Apgar Score. *Committee Opinion* (644). Obtido de <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/10/the-apgar-score>
- Adorno, S. d., Mesquita, J. V., Camac, L. A., Silva, F. G., & Saback, M. C. (2018). Vantagens da histerectomia vaginal comparado à histerectomia abdominal em mulheres sem prolapso genital. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 17, 1-7. doi:<https://doi.org/10.25248/reas.e97.2019>
- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stress e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, (1)(14), 64-77. Obtido de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100005&lng=pt&tlng=pt
- Alves, E. R., Costa, A. M., Bezerra, S. M., Nakano, A. M., Cavalcanti, A. M., & Dias, M. D. (2015). Climatério: A intensidade dos sintomas e o desempenho sexual. *Texto Contexto Enferm*, 24 (1), 64-71. doi:<https://doi.org/10.1590/0104-07072015000590014>
- Alves, E., Dessunti, E. M., & Oliveira, M. A. (2013). Pensamiento reflexivo en enfermería: revisión integradora. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.*, 3(3), 47-53. Obtido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/80/pensamiento-reflexivo-en-enfermeria-revision-integradora/>
- American College of Nurse-Midwives. (2020). Epidural Analgesia for Labor Pain. *Journal of Midwifery & Womens's Health*, 65(3), 437-438. doi:10.1111/jmwh.13123
- Andrade, C. J., Baccelli, M. S., & Benincasa, M. (2017). O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. *Vínculo*, 14 (1), 1-13. Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902017000100004

- APA. (2020). *American Psychological Association* (7ª ed.). Obtido de APA Style Publication Manual: <https://apastyle.apa.org/index>
- Aragão, O. C., Teófilo, J. K., Netto, J. J., Soares, J. S., Goyanna, N. F., & Cavalcante, A. E. (2016). Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 17(2), 66-74. doi:10.22421/1517-7130.2016v17n2p66
- Araújo, O., Martins, C., Braga, F., Macedo, A. P., Oliveira, C., & Rosário, R. (2012). Supervisão em contexto clínico: o testemunho dos estudantes sobre o(s) modelo(s) vigente(s). *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria*, 5(2), 112-121. Obtido de http://refiedu.webs.uvigo.es/Refiedu/Vol5_2/REFIEDU_5_2_5.pdf
- ARS Alentejo. (2017). Obtido em 11 de agosto de 2021, de <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/Paginas/default.aspx>
- Ataide, M. M., Santos, A. A., Silva, J. M., & Sanches, M. E. (2016). Exame obstétrico realizado pela enfermeira: Da teoria à prática. *Enferm. Foco*, 7(2), 67-71. Obtido de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/798/323>
- Aveiro, C., & Velosa, T. (s/d). *A Dor em Obstetrícia*. Funchal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ayres, L. F., Cnossen, R. E., Passos, C. M., Lima, V. D., Prado, M. R., & Beirigo, B. A. (2021). Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. *Esc. Anna Nery*, 25 (2), 1-8. doi:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0116>
- Ballesteros-Meseguer, C., Carrillo-García, C., Meseguer-de-Pedro, M., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2016). Episiotomia e sua relação com diferentes variáveis clínicas que influenciam sua realização. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 1-6. doi:10.1590/1518-8345.0334.2686
- Barbosa, A. R., Santos, A. N., & Rodrigues, T. S. (2018). Experiência de mulheres que realizaram Histerectomia: Revisão Integrativa. *Rev. UNINGÁ*, 55(2), 227-241. Obtido de <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2202/1698>
- Barbosa, T., Ansaloni, L. V., Freitas, A. A., Carvalho, R. L., Sousa, T. B., Oliveira, R. A., . . . Sousa, T. P. (2021). A causalidade do abortamento espontâneo: uma revisão integrativa.

- Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 16045-16057. Obtido de <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/33659/pdf>
- Barbosa, P. Z., & Rocha-Coutinho, M. L. (2007). Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica*, 19(1), 163-185. Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652007000100012
- Belém, G. L., Adorno, S. d., Neves, D. B., Rocha, L. L., & Saback, M. C. (2019). Riscos e benefícios da terapia hormonal no climatério. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11 (4), 1-7. doi:<https://doi.org/10.25248/reas.e244.2019>
- Benito, G. A., Tristão, K. M., Paula, A. C., Santos, M. A., Ataíde, L. J., & Lima, R. d. (2012). Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Rev. Bras. Enferm*, 65 (1). doi:<https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100025>
- Bernardino, E., Peres, A. M., & Felli, V. (2010). Competências gerais para o gerenciamento em Enfermagem de Hospitais. *Cogitare Enfermagem*, 15 (2), 349-353. doi:10.5380/ce.v15i2.17875
- Bingham, D., Boisvert, M. E., Webb, A., & Muri, J. (2019). Feasibility of AWHONN's Immediate and Continuous Skin-to-Skin Nursing Care Quality Measures. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 48 (5), 516-525. doi:10.1016/j.jogn.2019.07.004
- Biro, M. A., Yelland, J. S., & Brown, S. J. (2015). Who is holding the baby? Women's experiences of contact with their baby immediately after birth: An Australian population-based survey. *Women and Birth*, 28 (4), 317-322. doi:10.1016/j.wombi.2015.05.001
- Boztepe, H., Ay, A., Yildiz, G. K., & Cinar, S. (2016). Does the visibility of a congenital anomaly affect maternal–infant attachment levels? *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 21, 200-211. doi:10.1111/jspn.12157
- Caeiro, H., Augusto, M., Bilro, P., & Fonseca, P. (2018). Manual de Acolhimento. *USF Alcaides*.

- Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Monteiro, D. A., Goulart, M. B., & Garcia, L. A. (2017). Modelos para a Implementação da Prática Baseada em Evidências na Enfermagem Hospitalar: Revisão Narrativa. *Texto Contexto Enferm*, 26 (4), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>
- Carneiro, M. S., Teixeira, E., Silva, S. É., Carvalho, L. R., Silva, B. A., & Silva, L. d. (2013). Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. *Rev Min Enferm*, 17 (2), 446-453. doi:10.5935/1415-2762.20130034
- Carniel, F., Vital, D. d., & Souza, T. D. (2019). Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. *Journal of Nursing and Health*, 9 (2), 1-18. Obtido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047273/9.pdf>
- Carvalho, C. C., Souza, A. S., & Filho, O. B. (2010). Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *FEMINA*, 38(5), 265-270. Obtido de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>
- Casarin, S. T., Porto, A. R., Gabatz, R. I., Bonow, C. A., Ribeiro, J. P., & Mota, M. S. (2020). Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. *Journal of Nursing and Health*, 10(5). Obtido de <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19924/11996>
- Cavalcante, A. K., Rocha, R. C., Nogueira, L. T., Avelino, F. V., & Rocha, S. S. (2015). Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(4). Obtido de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>
- Chen, B.-B., & Xu, Y. (2018). Mother's attachment history and antenatal attachment to the second baby: the moderating role of parenting efficacy in raising the firstborn child. *Archives of Women's Mental Health*, 21, 403-409. doi:<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0808-8>
- Chen, I., Opiyo, N., Tavender, E., Mortazhejri, S., Rader, T., Petkovic, J., . . . Betran, A. P. (2018). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD005528.pub3
- Circular N.º 39. (2021). *Adenda ao Regulamento das Visitas do HESE-EPE*. Évora: HESE.

Circular Normativa N.º 2/DSMIA. (2007). *Profilaxia da Isoimunização Rh*. DGS.

Circular Normativa N.º 4/DSMIA. (2001). *Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS.

CNS. (2020). Portugal e a Resposta à Covid-19 A Posição do Conselho Nacional de Saúde e o Contributo das Entidades que o constituem. *Conselho Nacional de Saúde*, 1-16.

Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Fortuño, C. S., & Merino, J. R. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma socping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(23), 63-72. doi:<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0273>

Corte, A. C., & Lemke, C. K. (2015). O Estágio Supervisionado e sua Importância para a Formação Docente frente aos novos Desafios de Ensinar. *EDUCERE*, 31001-31010. Obtido de https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/22340_11115.pdf

Craveiro, I., & Ferrinho, P. (2011). Representações de mulheres em idade fértil e profissionais de saúde sobre utilização de cuidados de saúde reprodutiva. *Revista de Salud Pública*, 13 (2), 239-252. Obtido de <https://scielosp.org/article/rsap/2011.v13n2/239-252/pt/>

Cruz, C. N., Santana, F. Z., Silva, G. A., Carvalho, G. B., Paula, C. C., & Casanova, M. d. (2018). Rotura prematura de membrana: abordagem clínica. *Femina*, 46 (1), 48-53. Obtido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050100/femina-2018-461-48-53.pdf>

Cunha, A. L., Anjos, T. I., Miranda, A. d., Oliveira, L. L., & Souza, R. R. (2021). Humanização durante o trabalho de parto normal e cesárea. *Glob Acad Nurs.*, 2, 1-4. doi:10.5935/2675-5602

Daglar, G., & Nur, N. (2018). Level of Mother-baby Bonding and Influencing Factors during Pregnancy and Postpartum Period. *Psychiatria Danubina*, 30(4), 433-440. doi:<https://doi.org/10.24869/psyd.2018.433>

Damato, E. G. (2004). Predictors of prenatal attachment in mothers of twins. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 33(4), 436-445. doi:10.1177/0884217504266894

Decreto-Lei N.º 353/99. (1999). *Diário da República N.º 206/1999*, 6198-6201.

Despacho N.º 11051/2018. (2018). Regulamento do Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional, Trabalho de Projeto e Dissertação de Natureza Científica do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República N.º227, 2ª Série. 31402-31404.

Despacho N.º 20730/2008. (2008). *Diário da República n.º 152/2008*, 35140-35141.

Diretiva 2005/36/CE. (2005). *Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de setembro de 2005 relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais*. União Europeia: Parlamento Europeu e do Conselho.

DGS. (2008). *Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar/Direção Geral da Saúde*. Lisboa: DGS. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar-orientacoes-tecnicas-9-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>

DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS.

Dias, C. F., Rabelo, S. K., Lima, S. B., Santos, T. M., & Hoffmann, D. R. (2021). Gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: relato de experiência. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 5980-5986. doi:<https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-158>

Dias, L. J. (2014). Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca: Um modelo construtivo no Hospital Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 2(1), 39-40. Obtido de <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/73/49>

Dodou, H. D., Sousa, A. A., Barbosa, E. M., & Rodrigues, D. P. (2017). Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. *Cad. Saúde Colet*, 25 (3), pp. 332-338. doi:10.1590/1414-462X201700030082

Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 32 (3), 227-235. doi:<https://doi.org/10.20344/amp.11923>

Downe, S., Gyte, G. M., Dahlen, H. G., & Singata, M. (2013). Toque vaginal de rotina para avaliar a evolução do trabalho de parto e melhorar desfechos maternos e de bebês a

- termo. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
doi:10.1002/14651858.CD010088.pub2
- Dutra, T. F., Mendes, D. d., Queirós, P. d., & Dall'Agnol, D. J. (2021). Terapêuticas de indução do trabalho de parto: conhecimentos e vivências de mulheres no interior do Brasil. *Brazilian Journal of Development*, 7(3), 26522-26540. doi:10.34117/bjdv7n3-381
- Entringer, A. P., Gomes, M. A., Costa, A. C., & Pinto, M. (2018). Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 42, 1-7. doi:https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.116
- Farré-Sender, B., Torres, A., Gelabert, E., Andrés, S., Rosa, A., Lasheras, G., . . . Gracia-Esteve, L. (2018). Mother–infant bonding in the postpartum period: assessment of the impact of pre-delivery factors in a clinical sample. *Arch Womens Ment Health*, 21, 287-297. doi:https://doi.org/10.1007/s00737-017-0785-y
- Félix, H. C., Corrêa, C. C., Matias, T. G., Parreira, B. D., Paschoini, M. C., & Ruiz, M. T. (2019). Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*, 19 (2), 335-341. doi:https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200005
- Ferenhof, H. A., & Fernandes, R. F. (2016). Desmitificando a Revisão de Literatura como base para redação científica: Método SSF. *Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina*, 21(3), 550-563. Obtido de https://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/1194
- Fernandes, D. V., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2021). Postpartum during COVID-19 pandemic: Portuguese mothers' mental health, mindful parenting, and mother–infant bonding. *J Clin Psychol*, 1-14. doi:10.1002/jclp.23130
- Ferreira, G., Fernandes, I., Flores, P., Conceição, K. d., Caetano, S., Souza, L. d., . . . Silva, N. (2021). A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 2114-2127. doi:10.34119/bjhrv4n1-172
- Forte, E. C., Machado, F. L., & Pires, D. E. (2016). A relação da Enfermagem com os erros de medicação: Uma Revisão Integrativa. *Cogitare Enferm.*, 21(5), 1-10. doi:http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.43324

- Franze, A. M., Benedet, D. C., Wall, M. L., Trigueiro, T. H., & Souza, S. R. (2019). Planejamento reprodutivo nas orientações em saúde: revisão integrativa. *REFACS*, 7 (3), 366-377. doi:10.18554/refacs.v7i3.3759
- Freitas, E. R., & Barbosa, A. J. (2015). Qualidade de vida e bem-estar psicológico no climatério. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 112-124. Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000300009
- Frias, A. M., Ressurreição, A. F., Lobão, A. F., & Rodrigues, C. C. (2021). Preparação para o parto: Análise de Conceito. *Enfermagem: Processos, Práticas e Recursos*, 25-37. doi:10.22533/at.ed.271212403
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2020). Nascem em Portugal.
- Galvão, T. F., & Pereira, M. G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 23 (1), 183-184. doi:doi: 10.5123/S1679-49742014000100018
- Gil, R. B., Chaves, L. D., & Laus, A. M. (2015). Gerenciamento de recursos materiais com enfoque na queixa técnica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(1). doi:10.5216/ree.v17i1.27544
- Godinho, A. M., Florentino, D. M., Violante, F. F., Dias, H., & Coutinho, E. (2020). O Enfermeiro como promotor da saúde sexual e reprodutiva na adolescência: O caso do planeamento familiar. *Revista da UIIPS*, 8(1), 358-370. doi: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19906>
- Gomes, I. E., Padoin, S. M., Langendorf, T. F., Paula, C. C., Gomes, C. A., & Ribeiro, A. C. (2019). Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFSM*, 9 (61), 1-18. doi:10.5902/2179769234170
- Gomes, I. S., & Caminha, I. d. (2014). Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. *Movimento*, 20(1), 395-411. doi:<https://doi.org/10.22456/1982-8918.41542>

- Gomes, R. P., Silva, R. d., Oliveira, D. C., Manzo, B. F., Guimarães, G. d., & Souza, K. V. (2017). Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. *21*, 1-8. doi:<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170043>
- Guerra, M., Braga, M., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 117-124. Obtido de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100019&lng=pt
- Hairston, I. S., Handelzalts, J. E., Assis, C., & Kovo, M. (2018). Postpartum Bonding Difficulties and Adult Attachment Styles: The mediating role of postpartum depression and childbirth-related PTSD. *Infant Ment Health J*, *39* (2), 198-208. doi:10.1002/imhj.21695
- Hairston, I. S., Handelzalts, J. E., Lehman-Inbar, T., & Kovo, M. (2019). Mother-infant bonding is not associated with feeding type: a community study sample. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *19*(125), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2264-0>
- HESE. (27 de Julho de 2021). *Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE*. Obtido de <http://www.hevora.min-saude.pt/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*.
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Episiotomia seletiva ou de rotina no parto vaginal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Júnior, G. d., Vieira, W. L., & Júnior, J. d. (2019). Icterícia: uma doença comum entre os recém-nascidos. *Brazilian Journal of health Review*, *2*(4), 2343-2350. Obtido de <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1696/1621>
- Júnior, R. A., Santos, C. A., Lisboa, L. L., Freitas, A. K., Garcia, V. L., & Azevedo, G. D. (2018). Incorporando a Competência Cultural para Atenção à Saúde Materna em População Quilombola na Educação das Profissões da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*(42 (2)), 100-109. doi:<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170086>

- Keskin, F., & Yagmur, Y. (2020). The Factors Affecting Maternal Attachment in Eastern Turkey. *International Journal of Caring Sciences*(13), 858-867. Obtido de http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/10_yagmur_original_13_2_1.pdf
- Kim, S.-H. (2019). Factors associated with Maternal Attachment of Breastfeeding Mothers. *Child Health Nurs Res*, 25(1), 65-73. doi:<https://doi.org/10.4094/chnr.2019.25.1.65>
- Lai, Y.-L., Hung, C.-H., Stocker, J., Chan, T.-F., & Liu, Y. (2015). Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal–infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nursing Research*, 28, 116-120. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.08.002>
- Lara, S. R., & Oliveira, R. F. (2018). Utilização do método de Krause e prostaglandinas na indução do trabalho de parto em gestantes com feto viável. *Revista Nursing*, 22 (247), 2577-2582. Obtido de <http://www.revistanursing.com.br/revistas/248/pg29.pdf>
- Lehnig, F., Nagl, M., Stepan, H., Wagner, B., & Kersting, A. (2019). Associations of postpartum mother-infant bonding with maternal childhood maltreatment and postpartum mental health: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(278), 1-10. doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2426-0>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento Materno*. UNICEF.
- Lima, B., & Freitas, E. A. (2020). A escolha da via de parto: uma revisão integrativa. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 8(1), 144-125. Obtido de <https://www.redalyc.org/journal/4979/497962779014/html/>
- Lima, D. M., Wall, M. L., Hey, A., Falcade, A. C., Chaves, A. C., & Souza, M. A. (2014). Fatores de Riscos para a Infecção no Puerpério Cirúrgico. *Cogitare Enfermagem*, 19 (4), 734-740.
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Porto: INES-TEC.

- Lourenção, D. C., & Benito, G. A. (2010). Competências gerenciais na formação do enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm*, 63 (1). doi:<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100015>
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade* (7ª Edição ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Martins, M. M., Gonçalves, M. N., Ribeiro, O. M., & Tronchin, D. M. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. *Rev Bras Enferm*, 69 (5), 920-926. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0151>
- Mascarenhas, V. H., Lima, T. R., Silva, F. M., Negreiros, F. d., Santos, J. D., Moura, M. Á., . . . Jorge, H. M. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paul Enferm*, 32 (3), 350-357. doi:<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>
- Medeiros, R. M., Figueiredo, G., Correa, Á. C., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1-12. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>
- Menezes, R. R., Matos, T. S., Lima, S. V., Araújo, M. I., & Silva, G. M. (2017). Metodologias ativas no ensino da Enfermagem: contribuições para formação de um profissional na perspectiva socioambiental. *International Nursing Congress*, 9-12. Obtido de <https://eventos.set.edu.br/cie/article/viewFile/5997/2018>
- Ministério da Justiça. (2021). *Justiça.gov.pt*. Obtido de <https://justica.gov.pt/>
- Ministério da Saúde. (2002). *Prevenção de infecções Aquiridas no hospital - Um guia prático*. PNCI.
- Ministério da Saúde. (2013). Norma 010/2013.
- Miranda, L., Zangão, O., & Risso, S. (2017). O papel do enfermeiro no sucesso para o aleitamento materno: Revisão da Literatura. *Revista RIASE*, 3 (1), 854-868. doi:[http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).854](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).854)

- Monteiro, P. d., Almeida, A. N., Pereira, M. L., Freitas, M. C., Guedes, M. V., & Silva, L. d. (2016). Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. *Rev Min Enferm*, 20, 1-5. doi:10.5935/1415-2762.20160026
- Montenegro, C. A., & Filho, J. d. (2014). *Rezende Obstetrícia Fundamental* (13º ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Contato pele a pele precoce entre mães e recém-nascidos saudáveis. *Cochrane Database of Systematic Reviews Review*. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Mororó, D. D., Enders, B. C., Lira, A. L., Silva, C. M., & Menezes, R. M. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paul Enferm*, 30 (3), 323-332. doi:<https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Muñoz, M., Poo, A. M., Baeza, B., & M., L. B. (2015). Riesgo relacional madre-recién nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas. *Rev Chil Pediatr*, 86 (1), 25-31. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.005>
- Nardoza, L. M. (2020). Doença hemolítica perinatal. *FEMINA*, 48 (6), 369-374. Obtido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1102809/femina-2020-486-369-374.pdf>
- National Institute Cancer. (2021). Detecção precoce. Obtido de <https://www.inca.gov.br/en/node/1208>
- Neczypor, J. L., & Holley, S. L. (2017). Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nursing for Women's Health*, 21(6), 462-472.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. d. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Esc Anna Nery*, 22 (1), 1-6. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309

- Nitahara, K., Hidaka, N., Sakai, A., Kido, S., & Kato, K. (2020). The impact of general anesthesia on mother-infant bonding for puerperants who undergo emergency cesarean deliveries. *J. Perinat. Med*, 48 (5), 463-470. doi:<https://doi.org/10.1515/jpm-2019-0412>
- Nomura, R. M., Kwon, C., Miyadahira, S., & Zugaib, M. (2009). Cardiotocografia computadorizada na avaliação da resposta cardíaca fetal à estimulação sônica. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 31 (11), 547-551. doi:<https://doi.org/10.1590/S0100-72032009001100004>
- Nonnenmacher, N., Noe, D., Ehrenthal, J. C., & Reck, C. (2016). Postpartum bonding: the impact of maternal depression and adult attachment style. *Arch Womens Ment Health*, 19, 927-935. doi:[10.1007/s00737-016-0648-y](https://doi.org/10.1007/s00737-016-0648-y)
- Nordahl, D., Rognum, K., Bohne, A., Landsem, I. P., Moe, V., Wang, C. E., & Høifødt, R. S. (2020). Adult attachment style and maternal-infant bonding: the indirect path of parenting stress. *BMC Psychol*, 8. doi:[10.1186/s40359-020-00424-2](https://doi.org/10.1186/s40359-020-00424-2)
- Norma 018/2012. (2012). *Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Colo do Útero*. DGS.
- Norma N.º 018/2015. (2015). *Rastreio e Tratamento da Surdez com Implantes Cocleares em Idade Pediátrica*. DGS.
- Norma N.º 029/2012. (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PCBI)*. DGS.
- Nunes, N. J., Carvalho, L. A., Amestoy, S. C., Thofehn, M. B., & Hypólito, Á. M. (2016). Educação baseada em competências na enfermagem. *J Nurs Health*, 6 (3), 447-463. doi:<https://doi.org/10.15210/jonah.v6i3.6055>
- Oliveira, C. A., & Sá, R. A. (2020). Cardiotocografia anteparto. *FEMINA*, 48 (5), 316-320. Obtido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1099676/femina-2020-485-316-320.pdf>
- Oliveira, L. S., Oliveira, L. K., Rezende, N. C., Pereira, T. L., & Abed, R. A. (2020). Uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto normal. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 2850-2869. doi:[10.34119/bjhrv3n2-12](https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-12)

- Oliveira, M. T., Oliveira, C. N., Marques, L. M., Souza, C. L., & Oliveira, M. V. (2020). Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*, 20 (2), 373-384. doi:<https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200003>
- Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., . . . Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *Plos One*. doi:10.1371/journal.pone.0230992
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *EESMO - Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>
- Ordem dos Médicos. (2021). Epsiotomia em partos vaginais espontâneos. *Choosing Wisely Portugal – Escolhas Criteriosas em Saúde*.
- Orientação 001/2015. (2015). *Trabalho de parto estacionário*. DGS.
- Orientação N.º 002/2015. (2015). *Indução do trabalho de parto*. DGS.
- Orientação N.º 002/2016. (2016). *Vacinação da grávida contra a tosse convulsa*. DGS.
- Padilha, o. M., Martins, M. M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Olhares sobre os Processos Formativos em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), pp. 83-89. doi:<https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>

- Paladine, H. L., Blenning, C. E., & Strangas, Y. (2019). Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester. *American Family Physician*, 100 (8), 485-491.
- Parecer N.º 21/2017. (2017). *Cálculo de Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Parecer N.º 19/2012. (2012). *Orientação de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Passos, M. S., & Lopes, I. M. (2021). Relação do índice de Apgar com o uso de anticonvulsivantes na alta hospitalar. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 11157-11171. doi:10.34119/bjhrv4n3-121
- Patriota, A. F., Guerra, G. V., & Souza, A. S. (2014). Ruptura prematura das membranas antes da 35ª semana: resultados perinatais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, 36 (7), 296-302. doi:<https://doi.org/10.1590/SO100-720320140004958>
- Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121-132. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, B. B., Brasil, M. L., Quines, A. L., Molina, L. S., Melo, A. L., & Strefling, I. S. (2017). A Importância da Consulta Puerperal realizada pela Enfermagem. *Anais do 9º Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão - SIEPE*.
- Pereira, P. S., & Botelho, M. A. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61-73. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/305502358_Qualidades_Pessoais_do_Enfermeiro_e_Relacao_Terapeutica_em_Saude
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Eletrônica EDUCARE*, 20 (1), 1-23. doi:<http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Phuma-Ngaiyaye, E., & Kalembo, F. W. (2016). Supporting mothers to bond with their newborn babies: Strategies used in a neonatal intensive care unit at a tertiary hospital in

- Malawi. *International Journal of Nursing Sciences*, 3, 362-366.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.10.001>
- PORDATA. (2021). *PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Obtido em 3 de agosto de 2021, de <https://www.pordata.pt/Portugal>
- Porto Editora. (2021). *Contextualizar no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa*. Obtido de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/contextualizar>
- Porto Editora. (2021). *Metodologia no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa*. Obtido de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/Metodologia>
- Praça, F. S. (2015). Metodologia da Pesquisa Científica: Organização Estrutural e os Desafios para Redigir o Trabalho de Conclusão. *Revista Eletrônica "Diálogos Acadêmicos"*, 8(1), 72-87. Obtido de http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170627112856.pdf
- Prigol, A. P., & Baruffi, L. M. (2017). O papel do Enfermeiro no cuidado à puérpera. *Rev Enferm UFSM*, 7 (1), 1-8. doi:10.5902/2179769222286
- Programa Nacional de Diagnóstico Precoce. (2021). Porto. Obtido de <http://www.diagnosticoprecoce.org/doencasrastreadas.htm>
- Redshaw, M., Hennegan, J., & Kruske, S. (2014). Holding the baby: Early mother–infant contact after childbirth and outcomes. *Midwifery*, 30(5), 177-187.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.02.003>
- Regulamento N.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.
- Regulamento N.º 391/2019. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*.
- Regulamento N.º 743/2019. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*.
- Reis, R. S., & Rached, C. D. (2017). O papel do Enfermeiro no acompanhamento de pré natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa - gestante. *Interntional*

- Journal of Health Management Review*, 3(2), 1-32. Obtido de <https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/125/62>
- Reis, S. N., Souza, K. V., Souza, L. P., Madeira, L. M., & Azevedo, V. M. (2019). Manejo conservador na ruptura prematura de membrana pré-termo em gestantes de uma maternidade de Minas Gerais, Brasil. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(4), 3104-3119. Obtido de <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/2116/2132>
- Resnik, R., Lockwood, C. J., Moore, T. R., Greene, M. F., Copel, J. A., & Silver, R. M. (2018). *Cresasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine Principles and Practice* (8ª ed.). Elsevier Health Sciences.
- Ribeiro, D. F., Cruz, I. M., Gaspar, D. R., Pereira, B. S., Santos, L. P., & Pereira, L. d. (2018). A segurança do paciente no contexto hospitalar: desvelando fatores intervenientes à assistência na percepção de enfermeiros. *Vigilância Sanitária em Debate*, 6(3), 74-79. doi:<https://doi.org/10.22239/2317-269X.01106>
- Ribeiro, O., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 88-99. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Rosa, B. G. (2020). Perda Gestacional: Aspectos Emocionais da Mulher e o Suporte da Família na Elaboração do Luto. *Pluralidades em Saúde Mental*, 9(2), 86-99. doi:10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v9n2-9
- Rosa, S. G., Lima, P. d., & Silva, G. S. (2020). A presença do acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto: compreensão das gestantes. *Revista Pró-univerSUS*, 11 (1), 21-26.
- Rosa, S. G., Lima, P. d., Almeida, H. F., Pinheiro, M. L., Rangel, S. C., & Silva, G. S. (2020). Impactos do acompanhante no contexto do parto: Relevância e violência. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.*, 10 (5), 166-180. doi:10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/impactos-do-acompanhante
- Rossen, L., Hutchinson, D., Wilson, J., Burns, L., Olsson, C. A., Allsop, S., . . . Mattick, R. P. (2016). Predictors of postnatal mother-infant bonding: the role of antenatal bonding,

- maternal substance use and mental health. *Arch Womens Ment Health*, 19, 309-622. doi:10.1007/s00737-016-0602-z
- Ruiz, N., Piskernik, B., Wittin, A., Wittin, A., & Ahnert, L. (2018). Parent-child attachment in children born preterm and at term: A multigroup analysis. *PLOS ONE*, 1-14. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202972>
- Salimena, A. M., Paula, M. B., Souza, Í. E., Queiroz, A. B., Amorim, T. V., & Melo, M. C. (2019). Trabalho de parto e o parto: Compreensão de mulheres e desvelamento da solicitude como possibilidade assistencial. *Rev Min Enferm.*, 23, 1-7. doi:10.5935/1415-2762.20190049
- Samico, C. S., Henriques, A., & Lucas, P. (2021). Ocorrência de erros na administração de medicação - Revisão Integrativa. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 8, 496-504. doi:<https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.496-504>
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: Um Guia para a Síntese Crítica da Evidência Científica. *Rev. bras. fisio*, 11(1), 83-89. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/79nG9Vk3syHhnSgY7VsB6jG/?lang=pt&format=pdf>
- Santos, A. G., Monteiro, C. F., Nunes, B. M., Benício, C. D., & Nogueira, L. T. (2017). O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. *Rev. Cuba. Enferm.*, 33 (3). Obtido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529/295>
- Santos, F. A., Brito, R. S., & Mazzo, M. H. (2013). Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. *Revista Mineira de Enfermagem*(17 (4)). doi:<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130062>
- Santos, J. C., & Freitas, P. M. (2011). Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc. saúde coletiva*, 16 (3), 1813-1820. doi:<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300017>
- Santos, L. M., Santos, L. M., Brandão, M. M., Cerqueira, E. A., Ramos, M. d., & Carvalho, E. S. (2018). Associação entre perineorrafia e problemas perineais, atividades habituais e necessidades fisiológicas afetadas. *Revista Cuidarte*, 9(2), 2233-2244. doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.530>

- Schardosim, J. M., Rodrigues, N. L., & Rattner, D. (2018). Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento. *Av Enferm*, 36 (2), 197-208. doi:10.15446/av.enferm.v36n2.67809
- Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia, Volume 19*(43), 211-220. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200009
- Sehnem, G. D., Saldanha, L. S., Arboit, J., Ribeiro, A. C., & Paula, F. M. (2020). Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. *Revista de Enfermagem Referência*, V(1), 1-8. doi:10.12707/RIV19050
- Selbac, M. T., Fernandes, C. G., Marrone, L. C., Vieira, A. G., Silveira, E. F., & Morgan-Martins, M. I. (2018). Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino - climatério à menopausa. *Aletheia*, 51(1-2), 177-190. Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942018000100016
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Siewert, J. S., Rodrigues, D. B., Malfussi, L. B., Andrade, S. R., & Erdmann, A. L. (2017). Gestão do cuidado integral em enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. *Rev Min Enferm*, 21, 1-5. doi:10.5935/1415-2762.20170057
- Silva, A. M., Silva, C. F., Barros, J. d., Lima, K. B., Lima, P. C., Maia, J. S., & Maia, L. F. (2017). Os benefícios da livre movimentação no parto para alívio da dor. *Revista Recien.*, 7 (20), 70-81. Obtido de https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/viewFile/227/pdf_1
- Silva, A. P., Carvalho, E. S., & Cardim, A. (2017). Trabalho noturno na vida dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6 (2), 177-185. doi:10.17267/2317-3378rec.v6i2.1292

- Silva, B. J., Santos, B. D., Andrade, C. R., Macedo, E. R., & Andrade, H. S. (2021). Ações de enfermagem que promovem a segurança do paciente no âmbito hospitalar. *Research, Society and Development*, 10(5), 1-12. doi:<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15202>
- Silva, C. N., & Porto, M. D. (2016). *Metodologia científica descomplicada: prática científica para iniciantes*. Brasília: IFB. doi:<https://doi.org/10.19123/edifb.v0i0.373>
- Silva, M., Ferreira, I., Santos, S. d., Leite, A., Sousa, M. d., Machado, B., . . . Oliveira, A. (2021). O pré-natal e a assistência de enfermagem à gestante de alto risco. *Research, Society and Development*, 10(9), 1-10. doi:<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17173>
- Silva, R. M., Luz, M. D., Fernandes, J. D., Silva, L. S., Cordeiro, A. L., & Mota, L. d. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(6), pp. 147-154. Obtido de <https://www.redalyc.org/journal/3882/388256613015/html/>
- Silva, S. G. (2016). Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. *Psicologia Clínica*, 28(2), 29-54.
- SNS. (27 de Julho de 2021). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/>
- SNS 24. (2021). Guia para grávidas. Obtido em 14 de novembro de 2021, de <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-gravidas/>
- Sousa, A. B., Ramalho, F. L., & Camargo, B. (2020). Prevalência de Infecções nosocomiais ocasionadas por *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase (KPC) em indivíduos hospitalizados. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 1915-1932. doi:10.34119/bjhrv3n2-051
- Sousa, L. M., Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O. S., & Antunes, A. V. (2018). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, 31-39. Obtido de <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>
- Souza, A. F., Queiroz, J. C., Vieira, A. N., Solon, L. G., & Bezerra, É. L. (2019). Os erros de medicação e os fatores de risco associados à sua prescrição. *Enferm. Foco*, 10(4), 12-16. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.1900>

- Souza, L. H., Soler, Z. A., Santos, M. d., & Sasaki, N. S. (2017). Puerperae bonding with their children and labor experiences. *Invest Educ Enferm*, 35 (3), 1-7. doi:10.17533/udea.iee.v35n3a13
- Souza, M. d., Sartor, V. V., Padilha, M. I., & Prado, M. L. (2005). O Cuidado em Enfermagem - Uma Aproximação Teórica. *Texto Contexto Enferm*, 14 (2), 266-270.
- Strapasson, M. R., & Nedel, M. N. (2010). Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Rev. Gaúcha Enferm*, 31 (3), 521-528. doi:<https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300016>
- Tabaghdehi, M. H., Keramat, A., Kolahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M., & Motaghi, Z. (2020). Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nursing Open*, 7 (4), 1233-1238. doi:10.1002/nop2.499
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod Health*, 25 (1). doi:10.1186/s12978-018-0511-x
- Teixeira, M. I., Raimundo, F. M., & Antunes, M. C. (2016). Relação da Vinculação Materno-Fetal com a Idade Gestacional e as Memórias Parentais. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 85-92. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15025>
- Telo, S. V., & Witt, R. R. (2018). Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde colet*, 23 (11), 3481-3490. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.20962016>
- Torres, K. N., & Rached, C. D. (2017). A importância da elaboração do plano de parto e seus benefícios. *International Journal of Health Management Review*, 3(2), 1-30. Obtido de <https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/126/63>
- Treviso, P., Peres, S. C., Silva, A. D., & Santos, A. A. (2017). Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Rev. Adm. Saúde*, 17(69). Obtido de <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.59>
- Tribunal de Contas. (2020). *COVID-19 - Impacto na atividade e no acesso ao SNS*.

- Universidade de Évora. (2021). Plano de Estudos da Licenciatura em Enfermagem. 1-21.
- Velho, M. B., Santos, E. K., & Collaço, V. S. (2013). Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (2), 282-289. doi:10.5935/0034-7167.20140038
- Vilela, M. L., & Pereira, Q. L. (2018). Consulta puerperal: orientação sobre sua importância. *Journal Health NPEPS*, 3 (1), 228-240. doi:http://dx.doi.org/10.30681/252610102908
- Weber, A. P., Firmini, F., & Weber, L. C. (2019). Metodologias Ativas no Processo de Ensino da Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista Saúde Viva Multidisciplinar da AJES*, 2(2), 82-114.
- WHO. (2009). *Mulheres e Saúde - Evidências de hoje Agenda de amanhã*.
- WHO. (2013). *Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde* (2ª ed.). Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf;jsessionid=418E6344649EC3FEC34CB37FA61CB5D6?sequence=7
- WHO. (2015). *European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals*.
- WHO. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO.
- WHO. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde*.
- WHO. (2021). Cuidados de saúde primários. Obtido de <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Yilmaz, D. S., & Kizilkaya, B. N. (2010). Levels of coping with stress, depression and prenatal attachment and affecting factors of pregnant women. *General Medical Journal*, 20, 99-108.
- Zdolska-Wawrzekiewicz, A., Chrzan-Detkos, M., Pizunska, D., & Bidzan, M. (2020). Attachment Styles, Various Maternal Representations and a Bond to a Baby. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(3363), 1-12. doi:10.3390/ijerph17103363

Zehra, C., & Rukiye, T. (2020). The Effect of Early Kangaroo Care Provided to Term Babies on the Maternal-fetal Attachment. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 24-34. Obtido de http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4_coktay_original_13_1.pdf

Zimmermann, J. B., Gomes, C. M., Tavares, F. S., Peixoto, I. G., Melo, P. C., & Rezende, D. F. (2009). Complicações puerperais associadas à via de parto. *Rev Med Minas Gerais*, 19 (2), 109-116. Obtido de <http://rmmg.org/artigo/detalhes/459>

APÊNDICES

Apêndice A – Grelha Curricular



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
Ano Lectivo 2020/2021

Nome do Aluno: Cátia Alexandra Martins Cordeiro

Nº:44100

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	264
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) _____	34
• Participação activa em partos pélvicos -----	
• Participação activa em partos gemelares -----	2
• Participação activa noutros partos -----	55
• Episiotomia _____	36
• Episiorrafia / perineorrafia _____	44
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40) -----	
• Gravidez _____	100
• Trabalho de parto _____	44
• Puerpério _____	1
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	122
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	175
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	31
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	73

Apêndice B – Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

Domínio	Competência	Unidade de Competências
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</p>	<p>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.</p> <p>Descrição:</p> <p>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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. 2. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade. 3. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.
	<p>Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>Descrição:</p> <p>O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promove a proteção dos direitos humanos. 2. Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

Domínio	Competência	Unidade de Competências
Melhoria Contínua da Qualidade	<p>Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>Descrição:</p> <p>O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. 2. Orienta projetos institucionais na área da qualidade.
	<p>Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</p> <p>Descrição:</p> <p>O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avalia a qualidade das práticas clínicas. 2. Planeia programas de melhoria contínua. 3. Lidera programas de melhoria contínua
	<p>Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>Descrição:</p> <p>O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

	proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.	2. Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.
--	---	---

Domínio	Competência	Unidade de Competências
Gestão dos Cuidados	<p>Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p> <p>Descrição:</p> <p>O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.</p>	<p>3. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p>4. Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</p>
	<p>Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p> <p>Descrição:</p> <p>O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.</p>	<p>1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.</p> <p>2. Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p>

Domínio	Competência	Unidade de Competências
Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	<p>Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>Descrição:</p> <p>O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. 2. Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.
	<p>Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</p> <p>Descrição:</p> <p>O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. 2. Suporta a prática clínica em evidência científica. 3. Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Fonte: Regulamento N.º 140/2019, 2019

Apêndice C – Plano Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade sobre Promoção do Aleitamento Materno

Plano 1.ª Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade

Plano: Preparação para o Parto e Parentalidade

Tema: Promoção do Aleitamento Materno

Estágio: Cuidados de Saúde Primários

Grupo: Mulheres grávidas com idades entre os 20 e os 40 anos que frequentem a consulta de Enfermagem Saúde Materna e mostrem interesse na realização das sessões de preparação para o parto e parentalidade

Local: Unidade de Saúde Familiar Alcaldes, Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

Data e Hora: 7 de outubro de 2020 às 10h

Objetivos:

- Esclarecer decisão sobre o aleitamento materno;
- Descrever prática do aleitamento materno.

	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS	ATIVIDADES DO GRUPO	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar estudantes e supervisora clínica; - Conhecer as participantes; - Apresentar o tema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação em PowerPoint; - Computador. 		10 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionar e vinculação 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação em PowerPoint; - Computador; 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. 	40 minutos

<p>aleitamento materno;</p> <p>- Introduzir definições de aleitamento materno e regime livre;</p> <p>-Esclarecer decisão de amamentar e situações em que não se pode amamentar;</p> <p>- Informar sobre vantagens do aleitamento materno, sinais de fome do bebé, e sinais de sucção eficaz e ineficaz;</p> <p>- Explicar mecanismo e composição do leite, sinais de pega correta, e posicionamentos;</p> <p>- Informar sobre dificuldades e</p>	<p>- Diálogo.</p>	<p>- Mama de silicone.</p>		
--	-------------------	----------------------------	--	--

	<p>esclarecer formas de atuar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar extração manual e massagem. 				
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas e questões; - Relembrar email de apoio durante gravidez; - Agradecimentos; - Agendamento da sessão seguinte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação PowerPoint; - Computador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. 	10 minutos

Apêndice D - Plano Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade sobre Trabalho de Parto e Parto

Plano 2.^a Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade

Plano: Preparação para o Parto e Parentalidade

Tema: Trabalho de parto e parto

Estágio: Cuidados de Saúde Primários

Grupo: Mulheres grávidas com idades entre os 20 e os 40 anos que frequentem a consulta de Enfermagem Saúde Materna e mostrem interesse na realização das sessões de preparação para o parto e parentalidade

Local: Unidade de Saúde Familiar Alcoides, Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

Data e Hora: 8 de outubro de 2020 às 11h

Objetivos:

- Descrever trabalho de parto e parto;
- Descrever indução do trabalho de parto;
- Descrever analgesia/anestesia epidural.

	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS	ATIVIDADES DO GRUPO	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar estudantes e supervisora clínica; - Cumprimentar as participantes; - Apresentar o tema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação PowerPoint; - Computador. 		10 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Definir conceitos de trabalho de parto e parto, indução do trabalho de parto, cardiotocografia, 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação PowerPoint; - Computador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. 	40 minutos

	<p>e analgesia/anestesia epidural;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer tipos de parto, sinais de aproximação do parto, e sinais de início do trabalho de parto; - Informar sobre fases do trabalho de parto, métodos de indução do trabalho de parto, indicações e contraindicações para da indução do trabalho de parto, medidas de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, e vantagens e desvantagens da analgesia/anestesia epidural. 				
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">CONCLUSÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas e questões; - Relembrar email de apoio durante gravidez; - Agradecimentos; - Agendamento da sessão seguinte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação PowerPoint; - Computador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. 	<p>10 minutos</p>

Apêndice E - Plano Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade sobre Cuidados ao Recém-nascido

Plano 3ª Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade

Plano: Preparação para o Parto e Parentalidade

Tema: Cuidados ao recém-nascido

Estágio: Cuidados de Saúde Primários

Grupo: Mulheres grávidas com idades entre os 20 e os 40 anos que frequentem a consulta de Enfermagem Saúde Materna e mostrem interesse na realização das sessões de preparação para o parto e parentalidade

Local: Unidade de Saúde Familiar Alcoides, Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

Data e Hora: 13 de outubro de 2020 às 11h

Objetivos:

- Descrever cuidados ao recém-nascido.

	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS	ATIVIDADES DO GRUPO	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar estudantes e supervisora clínica; - Cumprimentar as participantes; - Apresentar o tema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação PowerPoint; - Computador. 		10 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer sobre peso, sono, eliminação, 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação PowerPoint; - Computador; 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. 	60 minutos

	<p>obstrução nasal, eructar, refluxo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrever e demonstrar banho do recém-nascido; - Descrever cuidados ao coto umbilical; - Informar sobre corte das unhas do recém-nascido e roupa a utilizar; - Esclarecer icterícia fisiológica do recém-nascido; - Informar sobre vigilância do recém-nascido; - Esclarecer saída da maternidade do recém-nascido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonecos de bebês. 		
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas e questões; - Relembrar email de apoio durante gravidez; - Agradecimentos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação PowerPoint; - Computador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. 	10 minutos

	- Agendamento da sessão seguinte.				
--	-----------------------------------	--	--	--	--

Apêndice F - Plano Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade sobre Exercícios Respiratórios e Fortalecimento Pélvico

Plano 4.^a Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade

Plano: Preparação para o Parto e Parentalidade

Tema: Exercícios respiratórios e Fortalecimento pélvico

Estágio: Cuidados de Saúde Primários

Grupo: Mulheres grávidas com idades entre os 20 e os 40 anos que frequentem a consulta de Enfermagem Saúde Materna e mostrem interesse na realização das sessões de preparação para o parto e parentalidade

Local: Unidade de Saúde Familiar Alcoides, Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

Data e Hora: 21 de outubro de 2020 às 11h

Objetivos:

- Descrever exercícios respiratórios, exercícios de fortalecimento pélvico e massagem perineal;
- Demonstrar alguns exercícios de fortalecimento pélvico.

	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS	ATIVIDADES DO GRUPO	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar estudantes e supervisora clínica; - Cumprimentar as participantes; - Apresentar o tema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação PowerPoint; - Computador. 		10 minutos

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">DESENVOLVIMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever exercícios respiratórios nas diferentes fases do trabalho de parto; - Informar sobre exercícios de Kegel e pavimento pélvico e massagem perineal. - Descrever exercícios Kegel e massagem perineal; - Demonstrar alguns exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação PowerPoint; - Computador; - Bola de Pilates; - Tapete de ginástica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. - Realização dos exercícios. 	<p>60 minutos</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">CONCLUSÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas e questões; - Lembrar email de apoio durante gravidez; - Avaliar as quatro sessões; 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação PowerPoint; - Computador; - Questionário Google Forms. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. 	<p>15 minutos</p>

	- Agradecimentos.				
--	----------------------	--	--	--	--

Apêndice G – Formulário para Avaliação das Sessões de Preparação para o Parto e Parentalidade – USF Alcaides

Avaliação das Sessões de Preparação para o Parto e Parentalidade - USF Alcaides

O questionário que se segue tem como objetivo avaliar as sessões de preparação para o parto realizadas pelas estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Enfermeira Sara Franco e Cátia Cordeiro, sob supervisão clínica da Enfermeira Paula Bilro (USF Alcaides) e orientação pedagógica da Professora Ana Frias (Escola de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora). Agradecemos as sua colaboração.

catla.cordeiro93@gmail.com (não partilhado) [Mudar de conta](#)

***Obrigatório**

Aceita responder a este questionário de avaliação das sessões de preparação para o parto em que participou? *

Sim

Não

[Seguinte](#) [Limpar formulário](#)

Satisfação

Como avalia a sua satisfação relativamente aos seguintes critérios:

Programa das sessões: *

	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	Muito bom				

Horário das sessões: *

	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	Muito bom				

Utilidade dos temas abordados: *						
	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	Muito Bom				

Duração das sessões: *						
	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	Muito Bom				

Local de realização das sessões: *						
	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	Muito Bom				

Recursos utilizados e condições das sessões: *						
	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	Muito bom				

Linguagem utilizada: *						
	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	Muito Bom				

Conhecimento dos temas por parte das formadoras: *						
	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	Muito Bom				

Aquisição de conhecimentos: *

1 2 3 4 5

Mau Muito Bom

Avaliação global das sessões: *

1 2 3 4 5

Mau Muito Bom

Comentários e sugestões:

A sua resposta

Anterior Seguinte

Limpar formulário

Apêndice H – Respostas ao Formulário para Avaliação das Sessões de Preparação para o Parto e Parentalidade – USF Alcoides

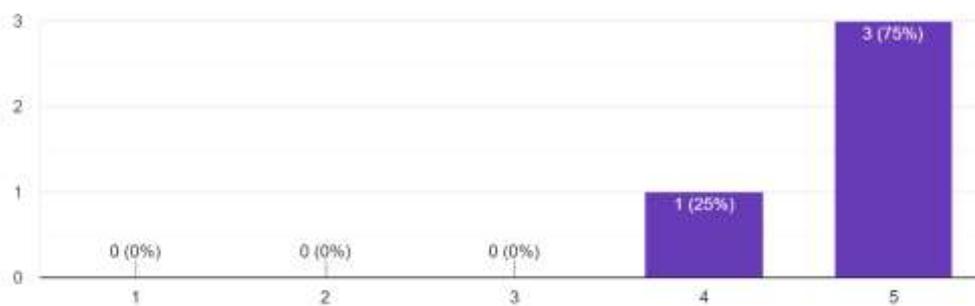
Aceita responder a este questionário de avaliação das sessões de preparação para o parto em que participou?

4 respostas



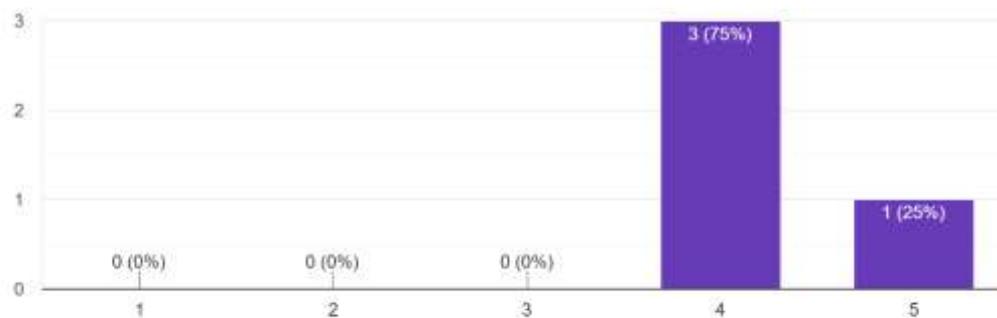
Programa das sessões:

4 respostas



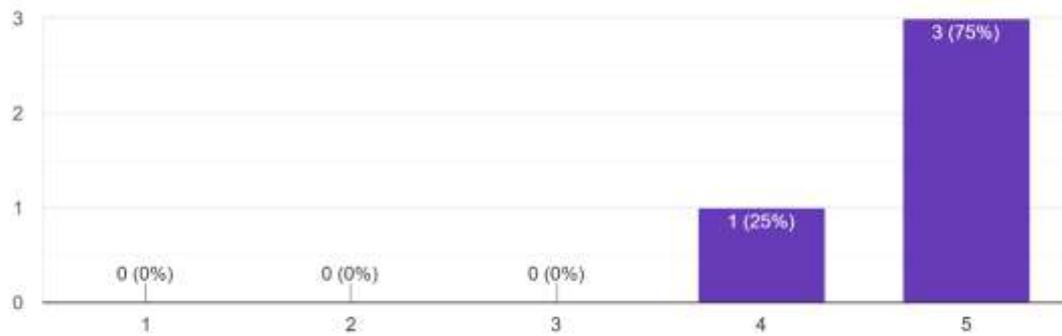
Horário das sessões:

4 respostas



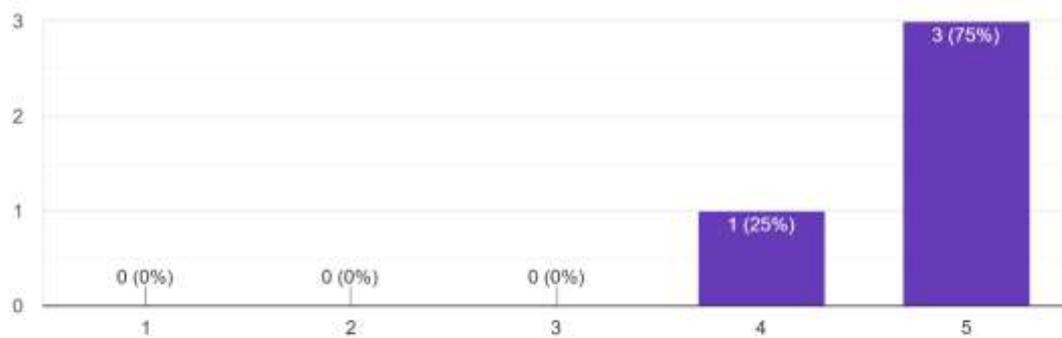
Utilidade dos temas abordados:

4 respostas



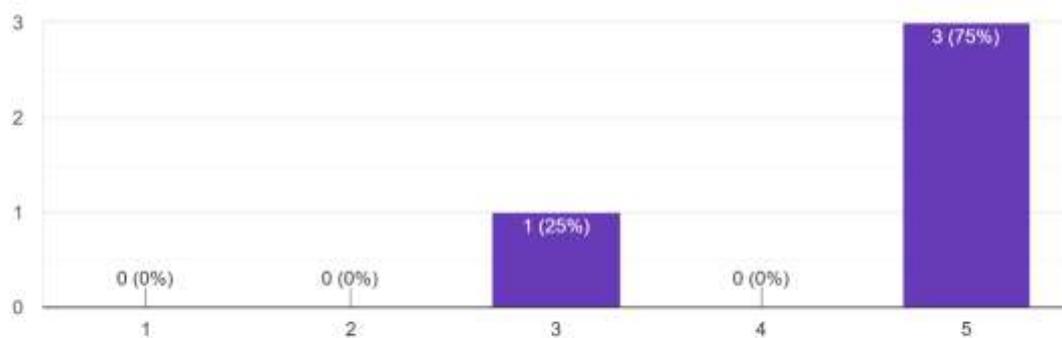
Duração das sessões:

4 respostas



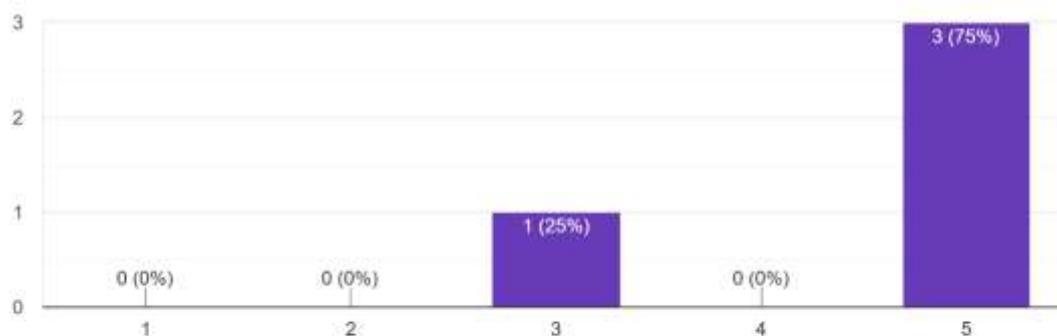
Local de realização das sessões:

4 respostas



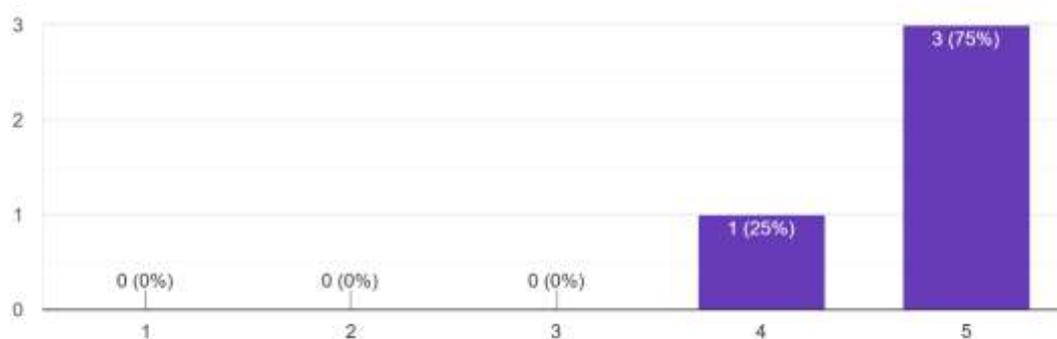
Recursos utilizados e condições das sessões:

4 respostas



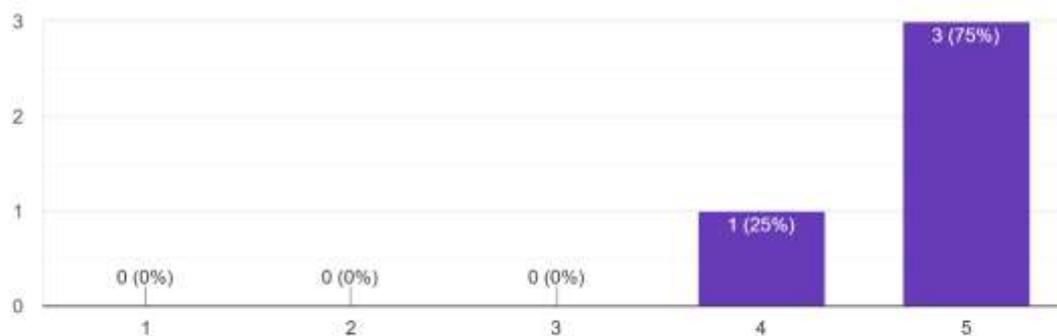
Linguagem utilizada:

4 respostas



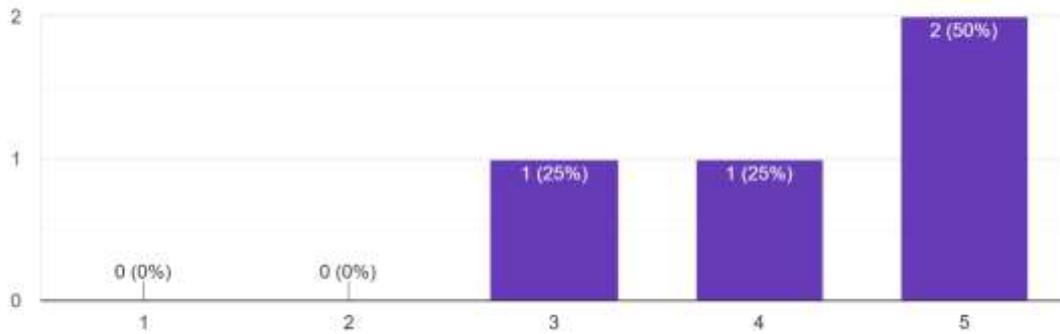
Conhecimento dos temas por parte das formadoras:

4 respostas



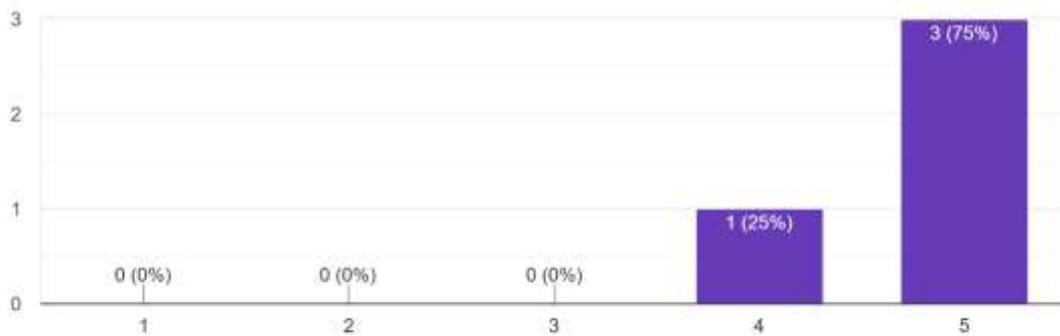
Aquisição de conhecimentos:

4 respostas



Avaliação global das sessões:

4 respostas



Comentários e sugestões:

1 resposta

Foi uma mais valia estas sessões de preparação para o parto e agradeço desde já por esta oportunidade que nos deram, pois derivado à situação atual que estamos a passar (covid-19) conseguiram de alguma forma chegar até nós a informação desejada. Claro que não é o mesmo sendo aulas presenciais, tanto em espaço como em tempo mas houve um grande esforço por parte das formadoras, tiveram sempre a preocupação de nos questionar se tínhamos dúvidas, se precisávamos de algum esclarecimento. Tiveram também o cuidado de fazer demonstrações em vídeo, para nos facilitar a compreensão sobre os exercícios a adotar.

Poderíamos ter aprofundado mais os temas mas derivado ao que referi anteriormente não foi possível. Concluindo foi uma experiência bastante positiva.

Apêndice I – Panfleto sobre o Alojamento Conjunto e Aleitamento Materno

Alojamento Conjunto



O alojamento conjunto é praticado no Hospital do Espírito Santo Évora, EPE. Consiste em permitir que as mães e os bebés fiquem juntos no mesmo quarto durante o tempo de internamento (Bernardo, et al., 2018). Deve ser encorajado e é recomendado para bebés saudáveis de termo (Barrera, Nelson, Baudry, & Perrine, 2018).



Mestrado Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica
Estágio Bloco de Partos

Estudante:
Enfermeira Cátia Cordeiro

Supervisoras Clínicas:
EESMO Nidia Ildefonso
EESMO Maria Luz Santos

Orientadora Pedagógicas:
Professora Ana Frias



ALOJAMENTO CONJUNTO E ALEITAMENTO MATERNO



Vantagens do Alojamento Conjunto



O alojamento conjunto permite que seja a mãe a prestar os cuidados ao bebé (Shan, Wang, & Lin, 2018).

As principais vantagens são:

- As mães são capazes de aprender e a detetar mais facilmente os sinais de fome do bebé;
- Existe maior possibilidade de amamentação exclusiva após a alta;
- Permite o contato íntimo entre a mãe e o bebé, e garante o cumprimento das necessidades básicas;
- Facilita o contato pele-a-pele, a amamentação e a vinculação mãe-bebé.

Aleitamento Materno

A Organização Mundial de Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses do bebé, sem outros alimentos complementares ou líquidos. A partir dos 6 meses as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas, ...) e manter aleitamento materno. As crianças devem ser amamentadas pelo menos até aos 2 anos de idade. Sempre que possível deve-se iniciar o aleitamento materno precoce após o parto.

Vantagens do Aleitamento Materno



O aleitamento materno na primeira hora de vida tem um efeito protetor pela colonização intestinal e pelos fatores imunológicos adequados para o bebé presentes no colostro materno (Araújo, et al., 2017).

As principais vantagens são:

- Reforça o vínculo entre a mãe e o bebé;
- Promove aumento da imunidade e de peso;
- Ajuda no desenvolvimento de estruturas orais e funcionamento adequado da respiração, sucção, deglutição e mastigação;
- Alimento mais completo e promove uma melhor adaptação a outros alimentos.;
- Para a mãe favorece a perda de peso, a involução uterina e diminui a probabilidade de ocorrência de cancro da mama.

Referências Bibliográficas:

- Araújo, M., Demétrio, M., Soares, L., Padua-Neto, C., Hipólito, I., Elias, S., & Nelson, S. (2017). Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática de equipe multiprofissional. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, 51(1), 10-20. doi:10.1596/arq.51.01.4582
- Barrera, C. M., Nelson, J. M., Baudry, E. O., & Perrine, C. G. (2018). Trends in rooming-in practices among hospitals in the United States, 2007-2015. *Birth*, 1-6. doi:https://doi.org/10.1111/birt.12150
- Bernardo, G. D., Ribeiro, M., Gordon, M., Piment, F., Santos, D., Louçã, M., ... Perrine, S. (2018). Rooming-in Reduces Salivary Cortisol Level of Newborn. *Pediatric Medicine of Highwomen*, 1-1. doi:https://doi.org/10.1155/2018/2541312
- Marques, M. C., & Melo, A. A. (2008). AMAMENTAÇÃO NO ALOJAMENTO CONJUNTO. *Rev. CEFAC*, 10(2), 261-271.
- Shan, K.-H., Wang, T.-M., & Lin, M.-C. (2018). Association between rooming-in policy and neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics and Neonatology*, 1-4. doi:https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2018.06.002

Apêndice J - Artigo Científico: Vinculação paterna no pré-natal

VINCULAÇÃO PATERNA NO PRÉ-NATAL

Novembro 2021

DOI:[10.37885/210805701](https://doi.org/10.37885/210805701)

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/356672498_VINCULACAO_PATERNA_NO_PRE-NATAL

In book: A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida (pp.46-58) Chapter: 3

Autores: Sara Franco; Cátia Cordeiro; Sónia Espanhol; Ana Frias

Resumo: A vinculação é a ligação existente entre a criança com a mãe e/ou o pai, é o processo de formação dos laços, a procura por companhia ou proximidade de outra pessoa. Encontra-se intimamente ligada com a parentalidade que tem diferentes dimensões. O presente artigo é uma revisão integrativa da literatura e procura entender como ocorre a vinculação paterna no período pré-natal. Foi realizada pesquisa nas bases de dados PubMed e Scielo e foram selecionados 6 artigos. No decorrer da gravidez, os pais adquirem uma representação elaborada e interna do feto e assim desenvolve-se a ligação emocional. A percepção da paternidade varia na natureza e intensidade. Os novos pais envolvem-se na gravidez, compartilham alegrias e tristezas, participam nas tarefas apoiando a companheira. Durante a gravidez o pai passa por diferentes emoções. O primeiro encontro do pai com o filho desperta sentimentos mais fortes do que se podia imaginar. O envolvimento paterno durante a gravidez não é apenas o acompanhamento da mesma mas também o envolvimento emocional e afetivo. O envolvimento paterno durante a gravidez é importante para desenvolver a vinculação com o bebé. Sugerem-se novos estudos sobre o processo de vinculação paterna e os fatores determinantes para melhor compreensão do fenómeno.