



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e
a melhoria de cuidados no Aleitamento Materno**

Ana Clarissa Araújo de Medeiros

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

**O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e
a melhoria de cuidados no Aleitamento Materno**

Ana Clarissa Araújo de Medeiros

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 Otília Brites Zangão (Universidade de Évora) (Arguente)

“Nossa maior fraqueza está em desistir.
O caminho mais certo de vencer é tentar mais uma vez.”

Thomas Edison

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu esposo Cassius, que sempre foi o maior incentivador e companheiro para embarcar nesta aventura do mestrado, mudança de país, com todas as dificuldades, barreiras e conquistas no decorrer do percurso.

À minha família e amigos que mesmo a um oceano de distância, fizeram-se estar presentes, com orações, palavras de conforto, força e incentivo. Em especial as orações, a Fé e as palavras da minha mãe, Raide, que são como alento e certeza que no final tudo dará sempre certo.

Aos professores, especialmente à Professora Doutora Ana Frias pela sua orientação, apoio, críticas, sugestões, incentivo e aprendizagem, aos colegas de mestrados, aos enfermeiros supervisores e colegas de trabalho por todos os momentos de ensinamentos, orientação, reflexão, paciência, persistência, dedicação, partilha, suporte, inspiração e disponibilidade que contribuíram diretamente ou indiretamente para concretizar este desafio com sucesso.

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

RESUMO

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e a melhoria de cuidados no Aleitamento Materno

Introdução: Este relatório é concebido com a realização do Estágio de Natureza Profissional, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora, que permite a aquisição de competências específicas na área da especialidade sob diferentes contextos clínicos. **Objetivo:** relatar, descrever e refletir atividades desenvolvidas, experiências individuais e competências adquiridas correspondentes aos objetivos curriculares, e ainda, aprofundamento temático na área do Aleitamento Materno. **Metodologia:** supervisão clínica e revisão da literatura. **Resultados:** foram cumpridas as experiências clínicas. No estudo verificou-se que há intervenções inovadoras, promissoras para promoção e proteção do aleitamento, lideradas por parteiras e aliadas à outras especialidades, aumentam a duração e exclusividade da amamentação e a necessidade contínua de evidências atualizadas. **Conclusão:** foram atingidos os objetivos e adquiridas as competências que contribuíram para o desfecho positivo do estágio, disseminação do conhecimento, aprendizagem e desenvolvimento para a prática em saúde materna e obstétrica.

Descritores (DECS): Aleitamento Materno, Parteira, Enfermagem Materno-Infantil, Estratégias de Saúde.

ABSTRACT

The Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health and the improvement of care in Breastfeeding

Introduction: This report is conceived according to the completion of the Professional Internship, within the Master's degree in Maternal and Obstetric Health Nursing at the University of Évora, which allows the acquisition of specific skills in the area of specialty under different clinical contexts. **Objective:** to report, describe and reflect on developed activities, acquired individual experiences and skills corresponding to the recommended curricular objectives, also, thematic increase knowledge in Breastfeeding. **Methodology:** supervised clinical follow-up and literature review. **Results:** the clinical experiences were fulfilled. In the study it was found that there are innovative interventions, promising ways to promote and protect breastfeeding, led by midwives, and allied to other specialties, which increase the duration and exclusivity of breastfeeding and the continuing need for up-to-date evidence. **Conclusion:** the objectives were achieved, and the skills were acquired that contributed to a positive outcome of the internship, dissemination of knowledge, learning and development for practice in maternal and obstetric health.

Descriptors (DECS): Breastfeeding, Midwife, Maternal-Child Nursing, Health Strategies.

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	11
2. CONTEXTO CLÍNICO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	15
2.1 Caracterização do contexto	15
2.2 Metodologia	29
3. CONTRIBUTO PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	31
3.1 Conceptualização	31
3.2 Metodologia	33
3.3 Resultados	35
3.4 Discussão	36
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	49
4.1 Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas	49
4.2 Competências Especificas dos Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	51
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
APÊNDICES	84
Apêndice 1 - Proposta do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final	85
Apêndice 2 - Capítulo de Livro Publicado - Capa e Resumo	90
Apêndice 3 - Aula Puerpério: Aleitamento Materno: Instruir em Boas Práticas	92
Apêndice 4 - Registo das experiências realizadas no Estágio de Natureza Profissional	97
ANEXOS	98
Anexo 1 - Certificado do Webinar “Em tempos de COVID-19, valerá a pena a preparação para o parto?	99

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Processo de busca e exclusão de artigos	34
Figura 2. Quadro das características dos artigos incluídos no estudo	35
Figura 3. Registo Consultas Externa Obstetrícia – HSM	56
Figura 4. Registo do estágio de Grávidas/Ginecologia – CHBM	58
Figura 5. Registo comparativo do ENP Bloco de Partos – HA e HSM	63
Figura 6. Registo Puerpério - HSM	65

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Unidades de Saúde onde decorreram os Estágios de Natureza Profissional ..	15
Tabela 2. Dados estatísticos relativos aos indicadores do Hospital de Abrantes - 2019	19
Tabela 3. Indicadores Obstetrícia/Ginecologia do Hospital do Barreiro 2018/2019	21
Tabela 4. Dados estatísticos relativos aos indicadores do HSM 2019/2020	27
Tabela 5. Experiências Práticas do ENP – 2020/2021	67

1. INTRODUÇÃO

Após a aprovação da proposta de projeto para o estágio e de uma temática (Apêndice 1), o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), inserido no âmbito do curso do Mestrado em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (UÉESESJD), possibilitou à aquisição de experiências advindas das vivências em vários campos clínicos, evidenciou o processo de aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e simultaneamente possibilitou o desenvolvimento de competências científicas através do aprofundamento temático.

O ENPRF é uma Unidade Curricular (UC) de carácter prático, correspondente à 60 European Credit Transfer System (ECTS), que ocorreu ao longo do 2.º ano do curso, iniciado em 14 de setembro de 2020 e finalizado a 02 de julho de 2021. Neste estágio ocorreram experiências práticas para obtenção de competências específicas da área da especialidade e as competências comuns aos enfermeiros especialistas. Sendo necessário também realizar várias experiências de forma a dar resposta ao preconizado na Diretiva Europeia, transposta para a Lei Portuguesa através da Lei n.º 9/2009 de 4 de março, com várias atualizações (DRE, 2021).

O presente trabalho, conforme indica o regulamento do relatório final, trata-se de um trabalho de descrição e reflexão crítica minuciosa e embasada de acordo com as atividades desenvolvidas nos hospitais do Centro Hospitalar Médio Tejo-Abrantes (Hospital de Abrantes), do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) e do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital Santa Maria (HSM), sob orientação pedagógica da docente do Departamento de Enfermagem UÉESESJD, Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias e sob orientação de um EESMO de cada instituição/entidade de acolhimento, onde se realizam as intervenções. Este relatório posteriormente será defendido através de prova pública perante um Júri ("Despacho n.º 11049/2018").

De acordo com o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019a), o EESMO deverá prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional; à

mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; e à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; e no grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências científicas dá-se mediante o aprofundamento temático na área do Aleitamento Materno (AM), foi realizado uma revisão que identifica na literatura de contexto científico as intervenções e estratégias de saúde realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica para a melhoria e manutenção dos cuidados no Aleitamento Materno e descreve as atividades desenvolvidas durante os estágios para promoção e apoio ao AM.

Apesar de todas as recomendações nacionais da Direção Geral da Saúde (DGS, 2018, 2019a) e internacionais (OMS, 2021; UNICEF & WHO, 2018) a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em Portugal mantém-se a níveis inferiores ao pretendido e com decréscimo acentuado nos primeiros meses de vida. De acordo com a última publicação do Registo do Aleitamento Humano da DGS (RAM), a taxa para AME nos Recém-nascidos (RN) à alta da maternidade é de 92% e diminui para 68% às 5-6 semanas de vida (Órfão et al., 2013). Segundo o Relatório de Resultados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade física, 46% das crianças foram amamentadas exclusivamente com Leite Materno (LM) durante um período inferior a 4 meses (Lopes et al., 2017). De acordo com um estudo transversal realizado no ano de 2019 num hospital terciário e urbano do norte de Portugal, foi utilizado uma amostra de 159 recém-nascidos, o AME ocorreu em 80,5% dos casos à alta da maternidade, com uma diminuição para 59,7% no 2.º mês de vida (Silva et al., 2021). Em alguns países da União Europeia as taxas de iniciação ao aleitamento materno são muito baixas e mesmo onde são altas, como nos países escandinavos, verifica-se um elevado abandono nos primeiros seis meses (Lanzaro et al., 2015), tornando-se ainda longe do objetivo proposto pela Organização da Nações Unidas que tem como meta que os índices nos primeiros 6 meses de amamentação exclusiva sejam de pelo menos 50% até 2025 (OMS, 2021).

Em 2015 foi publicado um estudo português que colheu dados acerca de prevalências do AME entre os anos de 2007 e 2011, no qual realizou-se uma comparação

entre uma população urbana e uma população rural do Norte de Portugal, e que atestava refletir a realidade relativamente à adesão deste tipo de alimentação no norte do país (Lanzaro et al., 2015). Este autor ainda refere ter prevalências de AME aos 6 meses de 18,7% em meio rural e 17,1% em meio urbano. Os dados divulgados apontavam um ligeiro aumento de AME em Portugal, tendo em conta que este estudo foi realizado em crianças nascidas até o ano 2011 e não atingiam os 20%, enquanto os dados da DGS referentes ao ano de 2013 apontam para taxas na ordem dos 22% (Sousa & Chora, 2018).

Há poucos dados e estudos recentes disponíveis sobre o tema em Portugal e de acordo com os resultados existentes é evidente a necessidade de um maior engajamento dos profissionais na informação e apoio à mulher no período pré e pós-natal, consonante com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2018), realizar novas estratégias para promoção e educação na saúde, com acompanhamento do início e seguimento da prática da amamentação e investigação nesta área (Medeiros & Frias, 2021). A identificação dos fatores que motivam a adesão à amamentação e das fases críticas de abandono do AM, podem auxiliar na elaboração de novas estratégias de intervenção que visem a promoção do AM (Lopes & Chora, 2019).

Para a realização dos estágios e a elaboração do presente relatório os objetivos propostos foram: adquirir competências específicas para obtenção da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; descrever as atividades e competências atingidas; prestar cuidados à mulher/pessoa significativa, inseridos na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar e no período preconcepcional, na fase pré-natal, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, durante o trabalho de parto, puerpério e em processos de saúde/patologia ginecológica, em situação de saúde ou situações patológicas. E em complemento relativamente à temática de interesse, adquirir competências necessárias à escrita científica, à capacidade reflexiva, à investigação e à pesquisa científica; adquirir conhecimentos técnicos, científicos e humanos que permitam uma prestação de cuidados de enfermagem especializados na promoção e manutenção do Aleitamento Materno; e identificar na literatura científica as intervenções e estratégias de saúde realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica para a melhoria e manutenção dos cuidados no Aleitamento Materno.

O relatório está estruturado em 6 capítulos: Introdução; Contexto clínico de estágio de Natureza Profissional, no qual é realizada a caracterização dos campos clínicos

e a metodologia utilizada; Contributo para melhoria da assistência em enfermagem de saúde materna e obstétrica, composta pela conceptualização, metodologia, resultados e discussão; Análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências, comuns aos enfermeiros especialistas e específicas dos EESMO; Considerações finais; e Referências bibliográficas, descritas de acordo com as normas de referenciação da Associação Americana da Psicologia, 7.^a Edição (APA, 2020) e redigido segundo o novo acordo ortográfico. Ainda em complemento possui secção de anexos e apêndices com documentos pertinentes para o desenvolvimento do percurso.

2. CONTEXTO CLÍNICO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Este capítulo compreende a caracterização do contexto dos campos clínicos que decorreram durante o Estágio de Natureza Profissional (ENP), com enquadramento clínico e metodológico que se desenvolveu no Centro Hospitalar Médio Tejo - Abrantes (Hospital de Abrantes), no CHBM e no HSM, descreve os diferentes espaços físicos das atividades/ações, as estruturas e os recursos humanos e materiais disponíveis em cada unidade de saúde.

2.1 Caracterização do contexto

Os estágios iniciaram-se já em meio da Pandemia COVID-19, devido as circunstâncias do momento, houve dificuldade na distribuição dos campos clínicos pois as autorizações dos hospitais estavam restritas a quem já trabalhasse na própria entidade ou estavam suspensas. Sendo assim, o 1.º campo de estágio foi no Hospital de Abrantes (Bloco de Partos). A calendarização também sofreu alterações, de acordo com as disponibilidades de campos para diferentes alunos. O 2.º Campo foi no CHBM (Serviço de Grávidas/Ginecologia). O 3.º deu-se nas Consultas Pré-Natal no HSM, no qual durante o estágio surgiu a oportunidade de desempenhar funções como Enfermeira Generalista no Setor de Internamento de Medicina Materno Fetal (IMMU), possibilitando que fizesse todos os restantes campos clínicos no HSM (4.º e 5.º estágio no Bloco de Partos, 6.º no Puerpério e 7.º na Neonatologia), que foi de extrema importância e mais valia na integração, aprendizagem e facilitação para gestão do tempo, aproveitamento e interação com os serviços e utentes. O ENP foi realizado nas diferentes Unidades de Saúde conforme disposição no quadro a seguir (Tabela 1).

Tabela 1. Unidades de Saúde onde decorreram os Estágios de Natureza Profissional

PERÍODO	CONTEXTO DE PRÁTICA	LOCAL	DURAÇÃO
14/09/20 a 25/10/20	Bloco de Partos	Hospital de Abrantes	6 semanas
26/10/20 a 04/12/20	Grávidas/Ginecologia	Hospital do Barreiro	6 semanas
07/12/20 a 29/01/21	Consulta Pré-natal	Hospital Santa Maria	6 semanas
01/03/21 a 26/03/21	Bloco de Partos	Hospital Santa Maria	4 semanas
29/03/21 a 21/05/21	Bloco de Partos	Hospital Santa Maria	8 semanas
24/05/21 a 25/06/21	Puerpério	Hospital Santa Maria	5 semanas
28/06/21 a 02/07/21	Neonatologia	Hospital Santa Maria	1 semana

Fonte: Próprio

O Centro Hospitalar Médio Tejo encontra-se integrado em três unidades hospitalares, localizadas em Abrantes (Hospital Dr. Manoel Constâncio), Tomar (Hospital Nossa Senhora da Graça) e Torres Novas (Hospital Rainha Santa Isabel). Em 07 de Junho de 2005, o Hospital de Abrantes (HÁ) foi criado através do Decreto-Lei nº 93/2005 (DRE, 2005a) no qual foi realizada a modificação das entidades públicas empresariais de hospitais anteriormente com a natureza de sociedade anónima, através da aprovação dos respectivos estatutos pelo Decreto-lei 233/2005 (DRE, 2005b), para os Hospitais S.A. em Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.). O HA tem a missão de prestar cuidados de saúde diferenciados, com qualidade e eficiência, de forma articulada com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, a custos compatíveis, aos utentes da área de influência do Médio Tejo, proporcionando a complementaridade entre os hospitais e apostando na satisfação e motivação dos seus profissionais (CHMT, 2021). Possui uma área de atuação que engloba 15 concelhos, servindo uma abrangência populacional estimada em 232.971 mil habitantes, população residente estimada para o ano 2020 (PORDATA, 2020), distribuída por doze concelhos do distrito de Santarém (Abrantes, Alcanena, Constância, Golegã, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Manção, Ourém, Sardoal, Tomar, Torres Novas e Vila Nova da Barquinha), dois concelhos do distrito de Portalegre (Gavião e Ponte do Sôr) e um concelho do distrito de Castelo Branco (Vila de Rei). Regem-se através do princípio a acessibilidade ao Serviço Nacional de Saúde, em concordância com as regras de organização e as redes de cuidados de saúde o HA tem como especialidades: Pediatria (apenas consultas), Obstetrícia, Neonatologia, SO-Urgência/Sala de Observação, Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Medicina Interna (CHMT, 2021).

No Hospital de Abrantes a especialidade de obstetrícia encontra-se no Departamento Área da Mulher e da Criança, localizada no Piso 5, no qual é composto pela Urgência Obstetrícia, Internamento Puerpério, Consulta Externa de Obstetrícia/Ginecologia, Consulta Pediatria, Bloco de Partos, Bloco operatório e Neonatologia, e o campo clínico de estágio ocorreu no Bloco de Partos. De acordo com o mapeamento realizado na Unidade, é composta por:

- ✓ **Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG):** 1 posto central administrativo, 2 gabinetes de enfermagem para consultas, 2 gabinetes médicos para consultas médicas Obstetrícia/Ginecologia, uma sala adaptada para

realização de testes de COVID, hall adaptado com 4 poltronas para realização de Cardiotocografia (CTG), sala de Ecografias, Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e consultas, arrumos, vestiário e copa comum a todos;

- ✓ **Internamento Puerpério:** 18 camas sendo destinadas 6 para ginecologia e 12 para obstetrícia (total de 8 Salas), gabinete de chefe de enfermagem (comum ao departamento de obstetrícia), WC, 1 sala tratamentos/1 WC, gabinete enfermagem, berçário, sala secretaria da Unidade (que servia para realização dos registos dos RN, entretanto pela situação da pandemia COVID não estava a funcionar), 2 salas de arrumos, elevador de transporte de sujos, zona sujas, receção suja, 3 quartos individuais para Obstetrícia/Ginecologia, sendo 1 deles com banheiro com adaptação à acessibilidade;
- ✓ **Consulta Externa de Obstetrícia/Ginecologia e Consulta Pediatria:** 3 gabinetes consultas pediatria agendadas, 2 gabinetes médicos, 2 arrumos, gabinete diretor de serviço, gabinete anestesistas, gabinete neonatologia, sala de reuniões e WC;
- ✓ **Bloco de Partos:** contém 5 salas de parto completas para realização de dilatação e parto equipadas igualmente, sala de cuidados ao RN, gabinete de enfermagem, sala de trabalho de enfermagem, armazém/materiais esterilizados, sala polivalente comum a todos, arrumos, zona suja e receção suja, WC para uso das utentes, rouparia e vestiário acompanhantes;
- ✓ **Bloco Cirúrgico:** 2 salas cirúrgicas (sendo que apenas 1 estava a funcionar), recobro com 3 camas, gabinete de Enfermagem, gabinete médico, 2 vestiários que com acesso direto ao bloco cirúrgico e WC. A sala cirúrgica tem interligação através de uma janela diretamente para a Sala de Cuidados ao RN no qual transporta o bebé após cesariana para os cuidados imediatos ao RN;
- ✓ **Neonatologia:** sala de Urgências Neonatologia (até os 28 dias), 3 quartos, Unidade Intermédios (UI) com 4 incubadoras e mais espaço para berços, gabinete médico, gabinete de Enfermagem, arrumos, zona suja e receção suja, WC;
- ✓ E ainda uma área central comum a todos os sectores (sala de espera) com assentos, máquinas de café, lanches e 2 WC.

O serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HA é bem dinâmico com acessos interligados entre os setores, sendo todos eles no mesmo andar (Piso 5), de forma

facilitadora que possibilita um circuito integrado, bastante organizado e otimizado de rápida comunicação, transferências rápidas/imediatas do SUOG para Bloco de Partos (BP), Neonatologia e Puerpério, sendo assim adequado, eficiente e suficiente para a demanda do hospital.

Quanto aos profissionais atuantes, a equipa de enfermagem é composta por 35 enfermeiros, sendo 1 coordenador, 27 especialistas ESMO, 1 parteira e 6 enfermeiros generalistas. Nos turnos (manhã, tarde e noite) a equipa compõe-se de 4 enfermeiros (1 no SUOG, 3 em BP), 1 enfermeiro nas consultas obstétricas e ginecológicas, 2 auxiliares de serviços gerais (1 para o SUOG e 1 para o BP), 2 a 3 médicos Ginecologistas/Obstetras, 1 Anestesiologista e 1 Neonatologista/Pediatra. Ou seja, habitualmente cada turno tem 3 enfermeiros, 2 auxiliares e 2 médicos. De acordo com as vivências durante o estágio, para a demanda e área abrangida, o rácio é adequado. Verificaram-se turnos em que não houve nenhuma grávida internada, e nos dias com maior lotação, cumpriram o rácio composto por ESMO e preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019b).

O contexto de prática no HA decorreu no BP durante 6 semanas (21 turnos), no qual foram vivenciadas experiências e adquirido competências desde a observação e triagem na urgência obstétrica, parto, puerpério imediato até a transferência para o internamento de puérperas. Os sistemas informáticos que o setor dispõe são: *OB Trace Viewer*, software de controle central de monitorização dos CTG das salas de parto, no qual é possível monitorar até 8 grávidas ao mesmo tempo por um computador na sala de enfermagem. Há um controlo a todo momento direto na sala de enfermagem dos CTG que estejam em uso; *SCLínico*, software onde se registram os procedimentos, medicações, verifica exames laboratoriais e imagens, traça os planos de cuidados da enfermagem, evoluções e consegue verificar os registos de toda equipa multidisciplinar referente a utente; *Eiris Viewer*, software para ativar e desativar as pulseiras eletrónicas; *CPCHS*, gestão de armazém avançado, farmácia hospitalar e materiais; *SIE*, serviços de instalações e equipamentos para solicitar chamado para reparos; e *INTRANET*, ambiente de navegação informática interna do hospital, no qual encontra-se informações e documentos referentes ao hospital.

Segundo os dados estatísticos concedidos pelo Enfermeiro Supervisor, que também é responsável pela elaboração das estatísticas do setor, em 2019 o Hospital de Abrantes teve um total de 805 partos, dentre eles 75 partos pré-termos e 245 cesarianas.

Segue abaixo o quadro contendo os indicadores, objetivos e o que foi concretamente realizado nos processos do Parto, Parto Eutócico, Parto Distólico e Internamento de Puérperas (Tabela 2), no qual a maioria dos objetivos foram atingidos com exceção do número de nascimentos Pré-termo, Partos Distólicos com Indução do Trabalho de Parto (ITP), a taxa de Cesarianas e a taxa de AME na alta que é menor que o preconizado pela OMS (2021) e UNICEF (2018).

Tabela 2. Dados estatísticos relativos aos indicadores do Hospital de Abrantes - 2019

INDICADORES CHMT - Abrantes ANO 2019	
Processo: Parto	Processo: Parto Eutócico (PE)
Indicador: Número de Partos Objetivo: maior que 792 Realizado: 805	Indicador: Taxa de PE com analgesia do TP Objetivo: maior ou igual a 80% Realizado: 96,1%
Indicador: Taxa de Partos Induzidos Objetivo: menor que 35% Realizado: 35%	Indicador: Taxa de Partos Vaginais após cesariana Objetivo: maior ou igual a 25% Realizado: 31%
Indicador: Taxa de Nascimento Pré-Termo Objetivo: menor ou igual a 7% Realizado: 9,3	Indicador: Taxa de Episiotomias em Partos Vaginais Objetivo: menor ou igual a 75% Realizado: 58,4%
Indicador: Taxa de analgesia do TP quando aplicável Objetivo: maior ou igual a 90% Realizado: 97,1%	Indicador: Taxa de Lacerações Perineais graves (3 e 4 graus) Objetivo: menor ou igual a 1% Realizado: 0,4%
Parto Distólico (PD)	
Indicador: Taxa de PD com Indução do TP Objetivo: Menor que 45% Realizado: 49,7%	Indicador: Taxa de Cesarianas Objetivo: menor que 25% Realizado: 30,4%
Indicador: Taxa de utilização de Ventosas Objetivo: Menor ou igual a 18% Realizado: 16,8%	Indicador: Taxa de Cesarianas Eletivas Objetivo: menor que 10% Realizado: 11,3%
Indicador: Taxa de utilização de Ventosas c/ Analgesia do TP Objetivo: maior ou igual a 95% Realizado: 97,8%	Indicador: Taxa de Cesarianas Urgentes Objetivo: menor que 20% Realizado: 19,1%
Indicador: Taxa de utilização de Fórceps Objetivo: menor ou igual a 2% Realizado: Realizado 1,5%	
Processo Internamento de Puérperas	
Indicador: Demora média do internamento de Puérperas Objetivo: menor ou igual a 2,6% Realizado: 2,6%	
Indicador: % Recém-nascidos que, à alta, nunca fizeram leite adaptado: 61,24%	

Fonte: Centro Hospitalar Médio Tejo - Abrantes

Ainda sobre as estatísticas, foi informado também pela enfermeira responsável pelos relatórios dos índices sobre o Aleitamento Materno no puerpério que indicou não ser utilizado nenhum instrumento para avaliar a mamada no hospital, os índices são baseados nos relatos das evoluções no *SClínico*. A enfermeira verifica processo por processo de cada recém-nascido sobre a alimentação que teve durante a internamento até a alta hospital, indicou ser uma tarefa muito minuciosa que requer bastante atenção, disponibilidade e tempo para coletar os dados e não lhe é atribuído um período específico para isto, tem que realizar o levantamento dos dados nos intervalos durante os turnos.

O 2.º campo clínico decorreu durante 6 semanas, no contexto da Obstetrícia para Grávidas/Ginecologia, localizado no piso 5 do Centro Hospitalar Barreiro Montijo. O CHBM foi fundado em 1 de novembro de 2009, por meio de Decreto-lei n.º 280/2009 em 6 de outubro (DRE, 2009), com à integração do Hospital Distrital do Montijo e o Hospital de Nossa Senhora do Rosário. Engloba, assistencialmente o internamento, urgência, consultas externas, assistência domiciliar, hospital de dia, meios complementares de terapêutica e diagnóstico e atende aos concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete. Conta com 388 camas, distribuídas em diversas especialidades, a prestar diferenciados cuidados de saúde no sistema ambulatorial e internamento para cerca de 213 mil residentes (CHBM, 2021). Em setembro de 2012, o CHBM recebeu a acreditação de Hospital Amigo dos Bebés com a renovação em agosto de 2019 (CHBM, 2021).

O Internamento de Obstetrícia do CHBM é constituído por 8 enfermarias (6 para Obstetrícia e 2 para Grávidas) e 3 quartos com camas individuais destinados a utentes com infeções ou com indicação de repouso absoluto, totalizando 25 camas. Compõem ainda sala de esterilizados, sala de sujos, sala de consumos, sala de arrumos, sala de terapêutica, gabinete do Chefe, sala de enfermagem, berçário composto por 2 berços aquecidos, desfibrilador, equipado para reanimação, sala para cantinho da amamentação (desativada no momento pelo COVID), sala para Consultas do Puerpério 48h após alta (desativada no momento pelo COVID, se houver extrema necessidade comparece à unidade hospitalar, senão a consulta é por via telefónica), gabinete “Nascer Cidadão” (desativada no momento pelo COVID), sala para exames ginecológicos e copa. Os turnos são divididos em Manhã (8h às 15:30h), Tarde (15:30h às 23:30h) e Noite (23h às 8:30h). A porta que tem acesso ao sector é bloqueada por código restringindo conforme autorização ou funcionários do serviço. Na sala de enfermagem existe um quadro onde

consta informação de todas as utentes internadas que compreende os seguintes dados: Enfermarias; Cama; Nome; Data do Parto/admissão; Idade; Grupo sanguíneo; Diagnóstico/Parto; Dieta; Cuidados de enfermagem; Alta mãe/RN; Género; Grupo Sanguíneo RN; Vacinas; RCC (rastreamento cardiopatias congénitas); RANU (rastreamento auditivo neonatal); Cuidados RN; Observações. Os registos das utentes e das intervenções são realizados informaticamente através do programa *SClínico*, utilizado nos processos e planos de cuidados de enfermagem.

A equipa multidisciplinar de obstetrícia do CHBM é composta por pediatras, obstetras, enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas ESMO, assistentes operacionais, técnicas de audiometria, assistente social, nutricionista e empregada de limpeza. No que diz respeito ao rácio de enfermagem no setor, costumam ser escalados entre 2 e 3 enfermeiros por turno (habitualmente um ESMO e um generalista ou um ESMO e 2 generalistas), pelo os quais são responsáveis pelos cuidados das grávidas, puérperas e recém-nascidos internados, tornando-se um trabalho desafiante para a equipa de enfermagem e ficando aquém do preconizado pela OE (OE, 2019b).

Os exames de ginecologia são realizados no piso 5, na parte em frente ao lado do internamento de obstetrícia. São realizados em salas equipadas com todo material e insumos para realização dos exames e a equipa no momento da realização do exame é composta por médica, enfermeiro e auxiliar.

Foi disponibilizado pela Enfermeira Supervisora um documento onde constam as Estatísticas Globais de 2018/2019 da Obstetrícia do CHBM no qual contém os indicadores quantificados dos internamentos em ginecologia e obstetrícia, consultas externas variadas em ginecologia e obstetrícia, consultas de enfermagem, número de partos, exames e procedimentos ginecológicos e obstétricos.

Tabela 3. Indicadores Obstetrícia/Ginecologia do Hospital do Barreiro 2018/2019

INDICADORES CHBM – 2018/2019		
Indicadores	2018	2019
Total de Ginecologia - Obstetrícia - Bloco de Partos	15.419	15.577
Quantidade de internamentos em Ginecologia	353	310
Quantidade de internamentos em Obstetrícia	1.656	1.738
Consultas Externas Ginecologia no total	5.674	5.995
Ginecologia Geral	2.730	2.523
Ginecologia Consulta Aberta	0	26
Menopausa	86	91
Planeamento Familiar de Referência	361	658
Patologia do Colo	1.250	1.342
Ginecologia Oncológica	47	28
Planeamento Adolescente	59	57

Ginecologia Patologia Endométrio	555	675
Ginecologia Patologia do Primeiro Trimestre	28	57
Uroginecologia	301	365
Apoio Fertilidade	113	82
Rastreio Cancro Colo do Útero	144	91
Consultas Externas Total de Obstetrícia	5.076	4.047
Obstetrícia Geral	1.498	1.365
Obstetrícia Gravidez Gemelar	8	63
Obstetrícia Consulta Aberta	0	33
Diabetes na Gravidez	1	0
Gravidas Adolescentes	140	133
Preparação Parto	246	291
Periparto	344	534
Avaliação do Bem-estar Fetal	996	240
Hipertensão na Gravidez	85	83
Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)	764	481
Diag. Pré-Natal	994	887
Total de Consultas Externas Obstetrícia e Ginecologia	10.750	10.042
Consultas de Enfermagem: IVG	809	758
Consultas de Enfermagem: Obstetrícia	280	202
Consultas de Enfermagem: Obstetrícia/Puerpério	969	1215
Consultas de Enfermagem: Preparação Parto	2.842	2.716
Número de Atendimentos Urgência Obstétrica/Ginecológica	10.415	11.265
Comparativo Bloco de Partos - Nº de Partos	1.513	1.567
Partos Eutócicos	902	943
Eutócicos	901	941
Eutócicos - Pélvicos	1	2
Partos Distócicos	611	624
Cesarianas	435	427
Outros	176	197
Fórceps	22	26
Pélvicos	0	0
Ventosas	154	171
Nº de Exames Realizados no Centro Hospitalar		
Mamografia	287	1.070
Amniocentese	106	79
Ecografias Ginecológicas	1.676	1.793
Cardiotocografia - CTG	6.368	6.770
Curetagens	258	266
Colposcopias	631	659
Eletrocoagulação do Colo	3	3
Histeroscopias	125	81
Vulvoscopias	33	9
Interrupção da Gravidez Cirúrgica em Ambulatório	9	3
Interrupção da Gravidez Medicamentosa em Ambulatório	421	399
Colocação DIU	72	108
Extração DIU	36	55
Tipificação HPV	317	387
Outros (Ginecologia - Obstetrícia)	2.285	1.840

Fonte: Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Os demais campos clínicos decorrem no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte E.P.E. - Hospital Santa Maria. O HSM é um hospital universitário que integra desde 2007 o Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE (CHLN), que por sua vez pertence ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). O HSM fica localizado na Cidade Universitária, antiga freguesia do Campo Grande, atualmente freguesia de Alvalade, em Lisboa. Integra juntamente com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) e o

Instituto de Medicina Molecular (IMM) o Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML), através de um protocolo de ação e entendimento entre as três instituições assinalado em 8 de dezembro de 2008. Trata-se do maior hospital de Portugal e conta com variadas especialidades. Salienta-se: medicina geral, cardiologia, cirurgia torácica, cirurgia do ambulatório, doenças infecciosas, endocrinologia, gastroenterologia, psiquiatria e saúde mental, obstetrícia, ginecologia, pediatria, bloco operatório, gabinete coordenador de colheita e transplantação e unidade de transplantação.

O Serviço de Obstetrícia do HSM tem por missão proporcionar uma elevada qualidade técnica e humana no atendimento a grávidas com necessidades de cuidados hospitalares. No âmbito da especialidade, exerce uma atividade assistencial com particular distinção nas áreas de doenças maternas pré-existentes, gravidez não evolutiva e aborto, diagnóstico pré-natal, medicina fetal, acretismo placentário, versão cefálica externa, indução do trabalho de parto, ecografia e monitorização fetal intraparto. O serviço presta apoio ainda às regiões Sul e Oeste do país quanto às doenças maternas pré-existentes e ao diagnóstico pré-natal (HSM, 2021).

O 3.º Campo Clínico foi nas consultas de obstetrícia pré-natal no HSM durante 6 semanas com um total de aproximadamente 160 horas. A equipa é constituída normalmente por 2 enfermeiros, 1 auxiliar e pelo menos 5 médicos. Conforme indicam no parecer n. 43/2019 da OE em conjunto com a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), é de exclusividade e total responsabilidade e competência dos EESMO o atendimento e assistência à mulher em tudo que se relacione com o ciclo reprodutivo, dentre eles a consulta de enfermagem de saúde materna, a consulta de IVG e internamento de medicina materno fetal. O rácio para assistência no IMMF deve ser de 1:3 nas gravidezes de alto risco; 1:6 nas gravidezes de médio risco (OE, 2019b).

Os 3 ambientes que tive a oportunidade de vivenciar durante o 3.º campo clínico no HSM eram compostos por:

- ✓ **Consultas Externas de Obstetrícia:** sala de espera, 7 gabinetes (2 para enfermagem e 5 para medicina), copa com casa de banho dentro, sala de CTG com 2 poltronas e 2 CTG, duas salas com ecografia conectadas com os gabinetes 1 e 3 com 2 ecógrafos, 2 balanças, 4 dopplers, computadores em cada gabinete (total 7), 6 Monitores de Sinais Vitais e 2 cadeiras ginecológicas;

- ✓ **Internamento de Medicina Materno Fetal (IMMF):** dois quartos individuais e quatro enfermarias com 4 camas em cada totalizando 18 camas, sendo 1 enfermaria destinada a receber interrupções médicas da gravidez e abortos, sala de procedimentos, sala de reuniões, sala de enfermagem, gabinete enfermeira chefe, WC para utentes e outro para funcionários, sala de sujos/desinfecção, sala secretária, copa e uma pequena sala com cacifos para os funcionários;
- ✓ **Consultas IVG:** composta por uma receção comum a outros serviços além da IVG e 3 ambientes que se interligam, uma sala destinada à assistente operacional, um gabinete para a enfermagem e um gabinete médico no qual são realizados as consultas e os procedimentos da IVG.

A consulta externa de obstetrícia no HSM é constituída por uma equipa multidisciplinar que conta com especialidades de outros serviços do hospital tal como a endocrinologia, genética, reumatologia, imunoalergologia, infecciologia, nefrologia e cardiologia pediátrica. A unidade de ecografia e diagnóstico pré-natal realiza ecografias da gravidez e técnicas de diagnóstico pré-natal como a amniocentese e biópsia das vilosidades coriônicas, entretanto não foi possível presenciar durante os estágios a realização de nenhum desses procedimentos. O HSM conta com panfletos informativos que é distribuído, explicado e posteriormente em consultas seguintes elucidado dúvidas, durante as consultas para as grávidas e no IMMF que são: “Hábitos e estilos de vida”, “Desconfortos e modificações corporais da gravidez”, “Leis e subsídios para proteção da parentalidade”, “Amniocentese e biópsia das vilosidades coriônicas”, “Exames de rotina na gravidez”, “O que devo preparar em casa para a altura do parto”, “Queixas na gravidez que devem levar à urgência de obstetrícia e ginecologia”, “Métodos naturais para alívio da dor”, “Aleitamento Materno”, “Cuidados ao RN”, entre outros que podem também ser encontrados no site do hospital e auxiliam no contexto educativo e informativo para as grávidas e familiares (HSM, 2021).

Os sistemas informáticos utilizados no Sector são o *InterSpace Perinatal* para realização do CTG com uma central de monitoramento que registam e ficam salvos os episódios de cada utente, *Obscare ambiente* utilizado para registos da equipa médica e *gHENO701* para a enfermagem no qual são realizados todos os registos, tanto em carácter ambulatorial como em internamento. Os dados estatísticos foram solicitados à enfermeira

chefe do sector, entretanto não foram facultados os dados por não terem sido autorizados até o momento do término do estágio neste campo.

Os 4.º e 5.º campos clínicos foram subsequentes no Bloco de Partos (BP) do HSM durante 4 e 8 semanas, respectivamente, totalizando cerca de 356 horas. O BP do HSM tem a principal missão de possibilitar uma experiência mais segura e positiva no trabalho de parto, assegurando a assistência permanente, todos os dias do ano, às situações de trabalho de parto, indução de trabalho de parto e cirurgias obstétricas programadas e urgentes (HSM, 2021). A equipa é composta por 5 enfermeiros em todos os turnos, manhã, tarde e noite (3 enfermeiros ESMO, sendo que 1 fica alocado no SUOG e 2 enfermeiros generalistas, com um total de 24 enfermeiros especialistas e 11 generalistas), 3 auxiliares (manhãs/tardes 2 na BP e 1 SUOG e no turno da noite 1 na BP e 1 no SUOG), equipa médica com 5 elementos (3 especialistas e 2 internos) e os turnos são manhãs das 8h às 15h30, tardes das 15h às 23h e noite das 22h30 às 8h30. Por exigência da grande demanda há necessidade de turnos extraordinários, tendo assim uma escala de horário cheia e cansativa. O sector possui 7 quartos, (6 salas + 1 sala para pequenas cirurgias totalmente equipadas e preparadas para o parto, com berços aquecidos e material de reanimação), bloco operatório, sala de recobro, berçário, sala de enfermagem, gabinete enfermeira chefe, copa, sala desinfecção, WC para utentes e WC pessoal e sala secretária da unidade. As salas de partos são individualizadas de forma a possibilitar o acompanhamento permanente da grávida, o qual se mantém mesmo em situações de necessidade de cesariana no bloco operatório (exceto em situações emergentes ou sob anestesia geral). De acordo com a legislação aplicável segundo o parecer n. 43/2019 da OE em conjunto com a MCEESMO definem que para as dotações seguras no BP disponha, em permanência, de 2 (dois) enfermeiros especialistas em ESMO, por cada 1.000 partos/ano (37), tendo em consideração o rácio para as induções de TP: 1 para 3 utentes e para a assistência intra parto: 1:2 no 1.º estadio e 1:1 no 2.º, 3.º e 4.º estadio, sendo que no 3.º e 4.º estadio a responsabilidade da assistência é do profissional envolvido no 2.º estadio e ainda o Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG) deva ser assegurada exclusivamente por ESMO, sendo a triagem um posto de trabalho (OE, 2019b), pelo qual foram assegurados no BP e SUOG do HSM.

Os registos são realizados no sistema informático *GLINT* para enfermagem; *InterSpace* para a central de monitorização dos CTG; *Obscare* para equipa médica e

registo por parte da enfermagem na notícia de nascimento; partograma em papel (entretanto nos últimos turnos informaram que iriam iniciar a migração do partograma de papel para o sistema informático); livros para a colheitas de análises, nascimento, entradas e saídas; nos boletins das grávidas; e no boletim do RN com os dados do nascimento. O serviço está preparado com um sistema de segurança para RN (*Babymatch*), através de pulseiras electrónicas na perna do RN desde o nascimento, conectadas a um sistema informático centralizado (*Infocontrol*) que é colocada à frente dos pais e só é removida apenas no momento da alta, sendo os enfermeiros responsáveis pelo acesso ao sistema informático e seu controlo.

No decorrer dos estágios no bloco de partos, tive a oportunidade de realizar também alguns turnos no serviço de urgência obstétrica e ginecológica que é assegurada pelo ESMO. O setor é constituído por recepção, um gabinete de enfermagem com uma maca para observação obstétrica/ginecológica, 3 gabinetes médicos, sala com um CTG, sala de com duas camas para utentes não internadas, WC para uso dos funcionários e WC para uso dos utentes, sala para colocação de equipamento de proteção individual para colheita de teste de SARS-CoV-2 e 1 sala para realização dos testes de COVID-19 para as utentes e acompanhantes quando necessário. O serviço conta com um ESMO, uma assistente operacional, 2 ou 3 médicos e uma empregada da limpeza que fica responsável pelo SUOG e BP.

O 6.º campo clínico deu-se no setor do puerpério que se situa no 5.º piso durante 5 semanas, totalizando cerca de 208 horas. O puerpério do HSM assegura os cuidados assistenciais às puérperas e aos recém-nascidos nos primeiros dias após o parto. O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte também possui a acreditação de Hospital Amigo dos Bebés, desde 2012 (HSM, 2021). A equipa durante os turnos é composta por 3 enfermeiros generalistas e 2 enfermeiros ESMO nas manhãs de segunda a sexta-feira (enfermeira chefe e 2.º elemento) e nos turnos tardes, noites e finais de semana o serviço é assegurado por apenas 3 enfermeiros generalistas. O rácio do setor é em torno de 7 utentes/RN para cada enfermeiro, descumprindo a dotação segura do parecer nº 43/2019 da Ordem dos Enfermeiros em conformidade com a MCEESMO do rácio na assistência Internamento de puérperas ser de 1:3 no puerpério patológico; 1:6 no puerpério normal, além de não terem o serviço assegurado exclusivamente por ESMO, durante as tardes, noites e finais de semanas são apenas enfermeiros generalistas atuantes no setor (OE,

2019b). O setor é composto por 14 quartos (1 desativado, utilizado apenas para utentes com SARS-COV-2), 29 camas e 2 suplentes, um WC para as utentes e um WC para os funcionários, copa, sala de refeições, berçário, gabinete para enfermeira chefe, gabinete para equipa médica, sala de trabalho de enfermagem, armazém e recepção. A entrada e saída do setor é controlada através de uma porta eletrônica com segurança 24h por dia. Para verificação e autorização da circulação e para transporte de utentes é utilizada outra porta com controlo eletrónico através de cartão magnético que apenas os funcionários do setor o têm. Possui um cantinho para amamentação, entretanto encontra-se desativado desde o início da pandemia do COVID-19. Os sistemas informáticos utilizados são o *Obscare* para os registos médicos, a *Glint* para os registos de enfermagem referentes as puérperas (que não possuem diagnósticos específicos para o puerpério), o restante dos registos são todos em papel, inclusive do RN. Conta também com o mesmo sistema utilizado no bloco de partos, o “*Babymatch*” para ativação e desativação da pulseira electrónica que fica com o RN até a alta hospitalar. O sector possui apenas 1 bomba eléctrica para extração do LM. Quando mais de uma puérpera precisa, é necessário aguardar que fique livre e que seja desinfetada para poder utilizar e muitas das vezes faz com que as senhoras adquiram particularmente e tragam para o serviço para utilização própria, no qual é um motivo de constrangimento, presenciado durante os estágios.

Foi solicitado os dados estatísticos do setor à secretária da Obstetrícia que facultou os dados referentes as consultas, internamentos de IMMF e puerpério, partos e atendimentos no SUOG de obstetrícia e ginecologia referentes aos anos de 2019 e 2020 que seguem na tabela abaixo.

Tabela 4. Dados estatísticos relativos aos indicadores do HSM 2019/2020

OBSTETRÍCIA/SUOG – HSM 2019/2020					
Consultas			Partos		
	2019	2020		2019	2020
MMF	6.148	4.792	Eutócicos	1.253	1.150
Pré-Natal	3.748	1.861	Cesarianas	634	587
S/ presença	198	942	Ventosas	397	461
Total	1.094	7.595	Fórceps	96	69
Internamentos			Ventosa e Fórceps	79	12
Piso 4 - IMMF	1.172	1.311	Pélvico	25	19
Piso 5 - Puerpério	2.642	2.439	Total	2.484	2.298
SUOG			SUOG		
Obstetrícia	13.447	10.406	Ginecologia	5.476	3.653

Fonte: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital Santa Maria

E por último, o 7.º campo clínico foi de observação durante 1 semana na neonatologia do HSM que se situa no piso 8. O setor da neonatologia é composto por sala de cuidados intensivos, com 8 incubadoras equipadas, que se interliga com a sala de cuidados intermédios para 8 incubadoras/berços, 1 sala para cuidados COVID, WC para utentes, WC para funcionários, uma sala com frigorífico onde as mães podem realizar a ordenha do leite materno ou trazido de casa e armazenar devidamente identificado, pequena copa/sala de refeições, gabinete médico, gabinete da enfermeira chefe. Na sala de cuidados intensivos ainda dispõe de um sonómetro (dosímetro de ruídos) que é acionado quando há barulho acima de 50dB. Os sons agudos e intensos, ruídos altos, desorganizados e imprevisíveis podem ocasionar alterações neuro cognitivas, défice de atenção, alterações nas capacidades precoces de comunicação, entre outros, conforme as indicações no Consenso Clínico da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2018).

Quanto ao rácio dos enfermeiros dá-se de 1:2 RN nos cuidados intensivos e 1:4 RN nos cuidados intermédios pelo qual é respeitado e correspondente no HSM. Quanto aos registos são muito precários visto que são todos em papel. O serviço dispõe de normas e protocolos estabelecidos na unidade que são: guia e apoio às equipas de enfermagem; hipotermia induzida; registo de utilização óxido nítrico; Pressão Positiva Contínua da Via Aérea (CPAP) nasal; aleitamento materno; alimentação entérica por sonda; método canguru; cuidados cutâneos ao RN; intervenções para prevenir/diminuir a dor e o stress no RN; aplicação da escala da dor “*EDIN*”; administração da solução oral de sacarose a 24%; rastreio auditivo; e vacinação contra BCG.

Com intenção de manter os pais informados, mesmo com as restrições advindas com pandemia COVID-19, e ainda de forma a conseguir manter a proximidade de contacto dos pais com o RN, o serviço possui um telemóvel, oferecido por um pai, que é utilizado para realização de chamadas de vídeo com os pais e enviar fotos dos RN. Há uma checklist semanal realizada nos cuidados intermédios no qual contém: grelha de preparação para alta/entregue/rever; n.º utente e Centro de Saúde (CS); ensinamentos do banho; carta de alta; enfermeiro de referência responsável para fazer a articulação com o CS; vacinas; rastreio auditivo; rastreio cardiopatias; e assinatura enfermeiro. Com a pandemia alteraram-se os termos de rotinas, o registo do RN não se faz mais no Hospital e sim online, não podem ter visitas, a não ser a dos pais, salvo em alguma situação excepcional autorizada pela enfermeira chefe. Enquanto a mãe estiver internada, ambos os pais

poderão ver o filho em períodos alternados, e após a alta hospitalar da mãe, só poderá ir um dos pais por dia, que terá que escolher o período do dia que irá (manhã ou tarde) e inscrever-se para o dia seguinte. Para ambos os pais só poderão entrar na unidade após resultado de teste de pesquisa de COVID-19 negativo e terão de realizar este teste semanalmente de 7/7 dias. Dados divulgados recentemente por um estudo realizado em 47 países e com 328 profissionais de saúde, alega que cerca de 46,1% dos entrevistados apontaram que nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) apenas um dos pais era permitido para visitar na unidade (Harman & Wakeford, 2020).

2.2 Metodologia

O ENP realizou-se sob regime de supervisão clínica, centrado na articulação e integração de conteúdo das diferentes unidades curriculares desenvolvidas ao longo do curso, com intervenções realizadas durante os campos clínicos e posteriormente defendida através de relatório. A metodologia é orientada a partir do planeamento e realização de intervenções profissionais, no sentido de demonstrar domínio no desempenho clínico e na descrição e argumentação acerca das matérias de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que promovem e estimulam o desenvolvimento, o debate, a partilha, a análise crítica e a procura do conhecimento, indispensáveis para a formação que sustente a atuação racional, equitativa e socialmente útil dos enfermeiros especialistas.

Os objetivos cumpridos no decorrer dos estágios e para elaboração do relatório foram: adquirir competências específicas para obtenção da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; descrever as atividades e competências atingidas; prestar cuidados à mulher/pessoa significativa, inseridos na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar e no período preconcecional, na fase pré-natal, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, durante o trabalho de parto, puerpério e em processos de saúde/patologia ginecológica, em situação de saúde ou situações patológicas. E em complemento relativamente à temática de interesse, adquirir competências necessárias à escrita científica, à capacidade reflexiva, à investigação e à pesquisa científica; adquirir conhecimentos técnicos, científicos e humanos que permitam uma prestação de cuidados de enfermagem especializados na promoção e manutenção do aleitamento materno; e identificar na literatura de contexto científico as intervenções e estratégias de saúde

realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica para a melhoria e manutenção dos cuidados no Aleitamento Materno.

Quanto à população alvo, foi estabelecida para todas as mulheres, grávidas, puérperas, os RN e respectivos familiares as quais foram prestados os cuidados de enfermagem especializados durante o período da realização do Estágio de Natureza Profissional.

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

O capítulo 3 apresenta as estratégias que foram utilizadas durante o ENP de forma a contribuir para a melhoria da qualidade e da segurança na assistência em Enfermagem de Saúde Materna e obstétrica no âmbito da proteção e promoção do Aleitamento Materno, sob forma da revisão bibliográfica e atividades desenvolvidas. A escolha do tema deu título ao relatório e está vinculada, portanto, ao gosto pelo assunto a ser trabalhado tanto a nível de interesse pessoal quanto profissional, de forma a contribuir para a sensibilização e incremento de novas estratégias para promoção e educação na saúde, desde o acompanhamento inicial e seguimento da prática da amamentação, investigação nesta área e melhoria dos cuidados.

3.1 Conceptualização

A amamentação é um ato que está para além de alimentar, envolve um contacto direto entre a mãe e o filho que proporciona repercussões significativas na nutrição do lactente, de modo a contribuir com o seu sistema imunológico, cognição, estado emocional e bem-estar físico e psíquico da genitora (Brasil, 2015).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o leite materno é um alimento limpo, seguro, nutritivo e ideal para os bebés (OMS, 2021). Os benefícios para as crianças são inúmeros, protegem contra doenças infantis regulares como as infecções no aparelho respiratório, diarreias, otite média, além de, quando confrontado com as não amamentadas, há uma redução da taxa de mortalidade. Crianças amamentadas apresentam menor chance de terem diabetes, sobrepeso ou obesidade, e ainda, testes de inteligência com melhor desempenho. Proporciona benefícios para a mãe também, tal como a estimulação da contração uterina no pós parto, a redução do mau humor e stress e diminui o risco de adquirir doenças como osteoporose e artrite reumatoide, cancro do ovário e da mama (OMS, 2021; Souza et al., 2013).

Para garantir a saúde e a sobrevivência da criança, a amamentação pode ser considerada uma das maneiras mais eficazes. Segundo as diretrizes internacionais, o Fundo de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2020) e a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), a primeira hora de vida é considerada o momento ideal para iniciar o aleitamento materno nos recém-nascidos, manter o AME

até o 6.º mês e em seguida, alimentos complementares até os 2 anos ou mais. O Início Precoce da Amamentação (IPA) é recomendado pela OMS como um facilitador e incentivador, além de as mães receberem apoio pleno na implementação do IPA na 1.ª hora de vida (OMS, 2021). As complexidades na implementação desvalorizam as dificuldades técnicas no início da amamentação ainda que a IPA possua extrema importância e papel vital (Barbosa et al., 2017). Há importantes fatores que podem determinar ou dificultar a implantação do IPA: maternos (intenção de amamentar, desconforto físico e emocional, idade), do bebê (sexo, peso ao nascer, prematuridade), tipo de parto (cesariana ou normal), local de nascimento (hospital ou casa) e os profissionais de saúde (Bbaale, 2014; Belvedere et al., 2018; Hauck et al., 2011; Takahashi et al., 2017). De acordo com a UNICEF (2020), cerca de 44% dos bebês apenas, começam a amamentação na primeira hora conforme indicado, aproximadamente 66% bebês não são amamentados de maneira exclusiva nos primeiros seis meses e, depois de seis meses, somente 40%.

Sendo apoiada e patrocinada pela UNICEF e OMS, a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebês é um programa criado como foco na superação dos problemas com a amamentação a nível mundial. Recomenda-se que todos os profissionais de saúde possuam treinamento através de cursos educacionais com duração mínima de 18 horas, sendo ao menos 3h de prática clínica supervisionada de forma a viabilizar implementação das melhores práticas do AM (Gavine et al., 2016). Mesmo após vinte anos passados, ainda não se percebem significativas melhorias nos índices e por isso a OMS atribuiu meta de pelo menos 50% até 2025 relativamente aos índices de AME nos seis primeiros meses (OMS, 2021; UNICEF, 2020).

A ausência de conhecimento e desvios em informações acerca do AM, significados e credos pela qual cada senhora possa atribuir ao ato de amamentar tendem a influenciar no sucesso e na duração do aleitamento materno (Medeiros & Frias, 2021). O desmame precoce tem sido imputado à insciência das mães a respeito das vantagens e importância do aleitamento materno (Fonseca et al., 2012; Silva et al., 2014) assim como a potencial incapacidade instrutiva dos profissionais de saúde no direcionamento, a vulnerabilidade de políticas públicas quanto à promoção do aleitamento e a atuação cada vez mais constante da mulher no mercado de trabalho (Almeida & Ued, 2015; Silva & Davim, 2012). São inúmeras e complexas as causas para o desmame precoce. Salienta-se

a desinformação existente na sociedade relativo ao valor da amamentação exclusiva; uma vida economicamente ativa que a mulher possui a noção de ter necessidade; exigências estéticas imputadas ao corpo dela; a carência de apoio no âmbito integral e social das leis trabalhistas a serem cumpridas; no mercado informal e autônomo, a privação de proteção à trabalhadora; a desatualização das rotinas nos serviços de saúde para a amamentação; débeis programas de promoção, apoio e proteção, incipientes políticas governamentais e principalmente, a persistente criatividade no marketing da indústrias/comerciantes de biberões, chupetas e alimentos infantis (Carvalho & Tavares, 2014).

De acordo com Medeiros e Frias (2021), para obter um maior sucesso nas intervenções de amamentação, influenciar as mães na decisão de amamentar e conseqüentemente melhorar os índices gerais da amamentação, uma estratégia essencial é educar os profissionais de saúde e famílias.

Nesse sentido, de acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, é competência do enfermeiro ESMO conceber, planejar, implementar e avaliar as intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como também na avaliação de medidas corretivas ao processo de aleitamento materno (OE, 2019d).

Sendo assim, o objetivo de estudo é identificar na literatura de contexto científico as intervenções e estratégias de saúde realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica para a melhoria e manutenção dos cuidados no Aleitamento Materno.

3.2 Metodologia

O estudo desenvolvido reúne os resultados a respeito do tema aleitamento materno em conformidade com a metodologia de revisão temática da literatura e foram desempenhadas as seguintes atividades em cada uma das etapas recomendadas: leitura prévias do tema; definição da pergunta de partida; identificação dos descritores nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS); realização da pesquisa nas bases de dados; construção do fluxograma; análise dos artigos e elaboração do texto de revisão.

A questão norteadora da pesquisa foi “Que intervenções e estratégias de saúde estão a ser realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica para a melhoria e manutenção dos cuidados no Aleitamento Materno?”. As bases de dados

utilizadas estavam indexadas na plataforma EBSCO: CINAHL Plus, MedicLatina, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SPORTDiscus e foi aplicado os seguintes os descritores no DeSC: “Breastfeeding”; “Interventions”; “Nurse midwives”; “Midwives”; “Midwife”.

Para a colheita de dados foi atribuído como critérios de inclusão os artigos que abordassem, caracterizassem e/ou relatassem as intervenções e estratégias de saúde realizadas pelo ESMO para a melhoria e manutenção dos cuidados no Aleitamento Materno, não limitado ao idioma específico e publicações nos últimos 5 anos.

Após apreciação dos títulos e resumos, lidos na totalidade e apreciados criteriosamente, 6 artigos foram elencados para o estudo. Foi realizada comparação do referencial teórico com as evidências e informações incluídas nos estudos dos artigos a partir da interpretação e síntese dos resultados e em conformidade com os temas encontrados, realização da discussão e considerações referentes ao que foi concluído nos artigos e nesta revisão; finalização formatada do estudo.

Abaixo segue o fluxograma dos artigos identificados e selecionados:

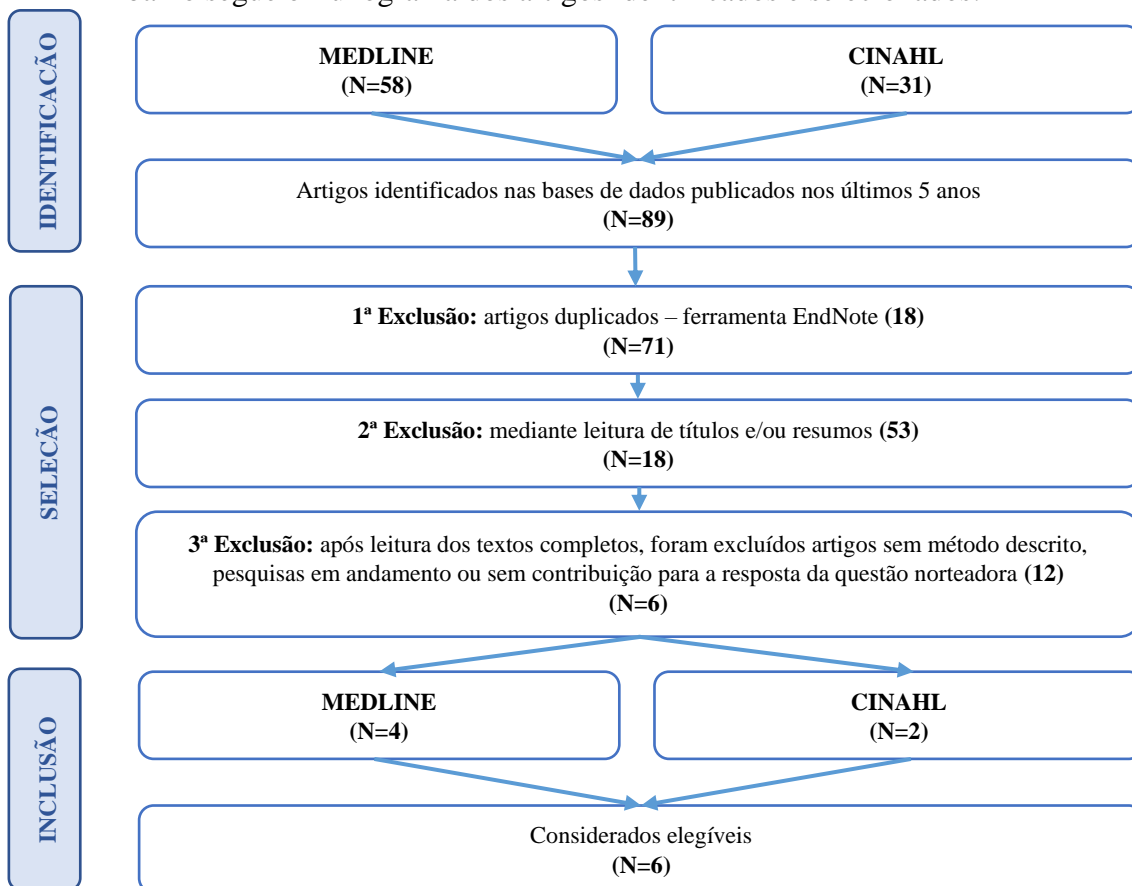


Figura 1. Processo de busca e exclusão de artigos

Fonte: Próprio

3.3 Resultados

Dos 89 artigos retornados, seis entraram para análise com as principais características descritas na Figura 2.

BD / Autor / Ano	Título do Artigo	Objetivo	Considerações/Temática
EBSCO (CINAH) (Grabowski et al., 2021)	A pilot study to evaluate the effect of classroom-based high-fidelity simulation on midwifery students' self-efficacy in clinical lactation and perceived translation of skills to the care of the breastfeeding mother-infant dyad	Avaliar o impacto de uma simulação de AM em sala de aula sobre a autoeficácia dos alunos de enfermeira-obstetrícia nas habilidades de lactação e descrição da exposição dos alunos aos pacientes em ambiente de sala de aula e clínico.	Primeira simulação de lactação de alta-fidelidade em um ambiente de sala de aula em um programa de formação profissional de saúde e o primeiro estudo a definir o número e o tipo de exposição clínica relacionada ao AM entre os estudantes de obstetrícia.
EBSCO (CINAH) (Morse & Brown, 2021)	Accessing local support online: Mothers' experiences of local Breastfeeding Support Facebook groups	Explorar como e por que as mulheres encontram, usam e valorizam os grupos locais de BSF e quem os está fornecendo.	Os grupos locais de BSF possibilitam a formação de redes de apoio e o desenvolvimento de conhecimentos sobre AM que as mães creditam ao aumento do bem-estar, motivação e duração do AM.
EBSCO (MEDLINE) (Dagla et al., 2021)	Association between Breastfeeding Duration and Long-Term Midwifery-Led Support and Psychosocial Support: Outcomes from a Greek Non-Randomized Controlled Perinatal Health Intervention	Investigar se uma intervenção de saúde perinatal (12 meses) que combina apoio contínuo à amamentação por parteira de longo prazo, com apoio psicossocial da mulher está associado ao início e duração do AME.	A educação e o apoio contínuos a longo prazo liderados pelas parteiras e o bem-estar mental materno estão associados ao aumento da duração do aleitamento materno exclusivo e de qualquer duração.
EBSCO (MEDLINE) (Meedya et al., 2021)	Developing and testing a mobile application for breastfeeding support: The Milky Way application	Encontrar uma maneira de transferir a intervenção presencial "The Milk Way" para um aplicativo móvel.	O modelo Persuasive System Design combinado com o envolvimento do usuário final pode informar de maneira viável o desenvolvimento de um aplicativo de saúde móvel aceitável e utilizável para amamentação com base em uma intervenção clínica comprovada.
EBSCO (MEDLINE) (Truva et al., 2021)	The Effect of a Structured Individualized Educational Intervention on Breastfeeding Rates in Greek Women	Investigar o efeito de uma intervenção educativa de lactação individualizada estruturada por parteira sobre o aumento das taxas de AM em mulheres com transtornos endócrinos e mulheres de baixo risco em comparação com as que recebem cuidados padrão, 24 meses pós-parto.	1.ª tentativa de uma educação estruturada de AM de obstetrícia na Grécia e sua maior contribuição reflete um impacto positivo significativo nas taxas de AM em termos de duração e exclusividade em mulheres com distúrbios endócrinos gestacionais, bem como em mulheres de baixo risco.
EBSCO (MEDLINE) (Spatz et al., 2020)	Promoting and Protecting Human Milk and Breastfeeding in a COVID-19 World	Iniciar um diálogo global sobre o impacto do COVID-19 na amamentação e práticas de leite humano.	O relatório foi produto de uma mesa-redonda convocada e facilitada pela Medela AG. Foram buscadas para identificar e destacar questões-chave, as perspectivas dos interessados, pesquisadores de lactação, virologistas, neonatologistas, pediatras, parteiras e profissionais de enfermagem.

Figura 2. Quadro das características dos artigos incluídos no estudo

Fonte: Próprio

3.4 Discussão

De forma a reiterar a mais valia dos conhecimentos e habilidades das parteiras na área do AM, a Confederação Internacional de Parteiras (International Confederation of Midwives – ICM), acrescentou uma secção “apoiando e promovendo o aleitamento materno”, alocada nas Competências Essenciais para a Prática de Parteiras, em actualização de 2019 (ICM, 2019). Em concordância com o regulamento da Ordem dos Enfermeiros que rege as competências comuns do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, compete ao ESMO conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção, proteção e apoio e ainda medidas corretivas ao processo de aleitamento materno (OE, 2019d). Sendo assim, é esperado que os programas de formação de enfermeiros especialistas ESMO forneçam de forma clara educação, treinamento e avaliação da aquisição das habilidades na competência do AM, de forma a possibilitar que as parteiras apoiem as mães na iniciação e manutenção da lactação.

De acordo com Grabowski et al. (2021), a literatura presente é limitada no que concerne a educação didática e clínica do aleitamento materno para os estudantes de obstetrícia e sugere que os alunos anteriormente à finalização do curso podem não ter segurança e sentem-se pouco preparados para executar as habilidades clínicas de lactação. Partindo dessa premissa, foi desenvolvido um estudo piloto que ocorreu entre Setembro de 2017 a Abril de 2018, com projeção prospectiva de coorte e amostragem de conveniência em uma Escola de Enfermagem e Escola de Saúde Pública da Universidade do Centro-Oeste dos EUA, que tinha como objetivo principal determinar o impacto de uma simulação de alta fidelidade na temática do aleitamento materno em sala de aula acerca da autoeficácia dos alunos da especialidade de obstetrícia quanto as habilidades de lactação e secundariamente descrever a exposição dos alunos aos utentes neste processo de amamentação, em sala de aula e também em ambientes clínicos de estágio (Grabowski et al., 2021). É o primeiro estudo que define o número e a tipologia de exposição clínica referente ao AM entre estudantes de obstetrícia. Foi desenvolvido através de 2 oficinas baseadas em simulação em ambiente de sala de aula em concordância com as competências focadas em AM para profissionais de lactação e parteiras e acompanharam os alunos durante as experiências didáticas e clínicas.

Para complementar e até mesmo substituir experiências clínicas materno-infantis, a simulação tem sido amplamente utilizada em programas profissionais formativos de saúde como uma estratégia valiosa para ensinar, aprender e adquirir habilidades clínicas em diversos níveis educacionais na enfermagem e obstetrícia (Martins et al., 2018). Chuisano e Anderson (2020) afirmam que raramente há melhorias na aprendizagem ou resultados nos pacientes em que os itens utilizados nos programas de treinamento são manequins de baixa fidelidade ou os próprios corpos e mãos para a educação no aleitamento materno (Chuisano & Anderson, 2020). Outros autores defendem que apesar de ser dispendioso e desafiador de implementar, a simulação de alta fidelidade é uma componente promotora para aquisição das habilidades e traduz benefícios tanto para os estudantes como para os pacientes e podem também ser utilizadas para treinar profissionais de saúde acerca de intervenções oportunas e seguras, de acordo com as recomendações internacionais, de forma a acrescer responsabilidade dos alunos relativamente à prática clínica e melhoria da qualidade geral do atendimento aos utentes (Choi et al., 2017; Martins et al., 2018).

O estudo americano contou com uma amostragem de 15 estudantes de pós-graduação em enfermagem obstétrica que estavam no último ano do curso. Foram realizadas 2 oficinas baseadas em simulação com duração de 3 horas cada, em ambiente de sala de aula que compunha temas básicos e avançados de AM. Constituídas por palestras, totalizaram 8 cenários clínicos de lactação. Foram utilizados dois simuladores de amamentação vestíveis, cada um com tonalidades de pele diferente, em cada cenário – o Modelo de Simulação de Lactação [Lactation Simulation Model – LSM] (Sadovnikova et al., 2020). Em outro momento os participantes realizaram o relato das experiências com utentes em amamentação desde o início do estudo utilizando um questionário com 26 questões fechadas e foi avaliado a competência em lactação através de dois exames clínicos estruturados por uma simulação de AM em que os alunos se revezaram como clínicos ou pacientes, sendo que o desfecho desta última intervenção foi relatado em outro artigo (Grabowski et al., 2020). E no final os participantes realizaram um grupo focal relatando sua autoeficácia em lactação clínica e as experiências no decorrer do estudo.

Como resultado do estudo de Grabowski et al (2021), após a finalização de ambas as oficinas, a percepção da autoeficácia das habilidades básicas e avançadas de lactação

clínica foi relatada com um aumento de 14% ($P < 0.0001$) por 9 participantes. Durante o período de 6 meses os estudantes relataram dezenas de encontros com muitos utentes e realizaram habilidades clínicas de lactação uma variedade considerável. Revelou ainda durante o grupo focal que a maioria dos estudantes (5/9) apreciaria ter mais tempo para desenvolver as habilidades clínicas em um ambiente simulado e 2 participantes deram a indicação do interesse em ter mais demonstrações de situações desafiadoras do que situações comuns de dificuldades ocorrentes no AM (Grabowski et al., 2021). Os autores concluem assim que diante dos achados do estudo, os educadores e pesquisadores obstetras podem utilizar e adaptar o esqueleto e os instrumentos utilizados na pesquisa para estabelecer o efeito de intervenções educativas na manifestação e aquisição das habilidades dos alunos ESMO para o aleitamento materno.

Já está bem convencionada a importância do suporte e apoio para o sucesso da amamentação, assim como também ainda há dificuldades para muitas mães de conseguirem ter acesso ao apoio que precisam. Além da necessidade de envolver uma sinergia entre a entrega profissional e dos pares, as evidências indicam que o apoio ao aleitamento materno deve ser acessível, direcionado, previsível e ofertado em abundância nos ambientes tanto clínicos como comunitários (McFadden et al., 2017). Os grupos de apoio à amamentação proporcionam um suporte treinado (profissionais de saúde, especialistas em lactação ou colegas de apoio) com a capacidade de avaliar se o AM está indo bem e onde é preciso mais informações, ao mesmo tempo que beneficia emocional e socialmente o contacto entre as mães em um meio no qual a amamentação é normalizada (Morse & Brown, 2021). Entretanto, de acordo com Wagg et al. (2019), barreiras logísticas como a exaustão do pós-parto, o cuidado com outros filhos ou a dificuldade de locomoção (transportes) podem dificultar o acesso presencial das mães para este apoio (Wagg et al., 2019). A pandemia da COVID-19 intensificou estas barreiras com o isolamento dos pais e dificuldade para conseguirem o apoio necessário (Brown & Shenker, 2020; Renfrew et al., 2020), de modo que a busca online de apoio à amamentação aumentou exponencialmente por conseguir superar esta condição (Bridges et al., 2018; Brown & Shenker, 2020). O Facebook ganha o topo entre as escolhas das mulheres que procuram apoio durante a gravidez e transição para a parentalidade (Baker & Yang, 2018).

De forma a preencher uma brecha na prestação dos serviços, em sua maioria dirigidos por voluntários (mães que amamentam, parteiras ou especialistas em lactação treinados), por vezes interligados com os serviços presenciais, os grupos de apoio à amamentação no Facebook (Breastfeeding Support Facebook - BSF) são comuns em todo o Reino Unido. Configurados em comunidades online, os grupos de BSF através da aquisição de conhecimentos e habilidades acerca da amamentação de outros membros, criam oportunidades de aprendizagem social, com prestação de apoio emocional e informativo (Skelton et al., 2020). Alguns autores chamam a atenção que mesmo com os benefícios dos grupos de apoio nas Mídias Sociais, torna-se também desafiante para as mães pois é necessário validar as informações veiculadas nos grupos e quem está compartilhando (Regan & Brown, 2019). É fundamental que o compartilhamento de informações seja baseado em evidências científicas para a eficácia e qualidade do apoio e por isso, as mães demonstram preocupações no que diz respeito a lidar com a desinformação e valorizam que a moderação dos grupos seja confiável e qualificada (Skelton et al., 2020).

No Reino Unido foi desenvolvido um estudo acerca de grupos locais de apoio à amamentação no Facebook de forma a examinar as experiências das mães nestes grupos, o motivo que os valorizam e ainda explorar o impacto da moderação das parteiras nestes grupos (Morse & Brown, 2021). Tratou-se de uma pesquisa online que continha questões fechadas e abertas e foram respondidas por 2028 mães. No final do estudo os dados acerca do AM eram de 29,5% dos bebês (N = 589) recebiam apenas LM (amamentação ou leite materno retirado em bomba) e 62,1% (N = 1.240) foram desmamados para alimentação, mas ainda recebiam LM. Nos bebês com idade de 0 a 6 meses, 74,6% (N = 504) estavam em AME, cerca de 8,4% (N=81) recebiam alguma fórmula e 1,6% (N = 1) apenas leite materno retirado em bomba. Em síntese, 97,1% dos 590 bebês com idade superior a 6-12 meses prosseguiram alimentandos com algum LM e apenas 6,8% dos bebês não eram mais amamentados. Os resultados do estudo indicaram também que por possuírem uma ligação com outras mães e serviços presenciais, os grupos de BSF locais são altamente valorizados e utilizados em abrangência. Apesar de 20,7% das mães apontarem que não percebiam quem moderava o grupo, outras possibilidades fornecidas englobavam apoiantes treinados (47,9%), consultores de lactação (29,1%) e pais (19,9%). Em suma, 67% das mães deram a indicação que sabiam de um grupo local de apoio ao AM

presencial, no qual estes elementos participam pelo menos uma vez. O suporte presencial e moderação/apoio em grupo online eram fornecidos por especialistas em lactação e colegas de apoios treinados em cerca de 60,9% e 77%, respectivamente. Os participantes pontuaram que tiveram conhecimento acerca do grupo de BSF por recomendações de familiares (43,9%), pesquisa no Facebook (43,8%), recomendações de parteiras (31,2%) e folhetos (16,6%). As mães avaliam em oportuno e conveniente ter este modelo de acesso para o conhecimento e compartilhamento de experiências, resultando na melhoria da confiança, autoeficácia, aumento do bem-estar, motivação, duração da amamentação e formação de redes de apoio e conhecimentos para o AM (Morse & Brown, 2021). Apesar de os resultados serem precursores, os autores salientam a potencialidade do modelo do grupo BSF local para melhoria dos desfechos de saúde pública e suporte para os serviços de maternidade no que diz respeito às estratégias para o cumprimento de metas, fornecendo um pilar estabelecido e baseado em evidências para promoção e divulgação dos grupos BSF locais juntamente com serviços de saúde.

Associado com a melhoria da saúde e bem-estar da mulher e dos filhos, o aleitamento materno também é considerado um direito reprodutivo das mulheres (Del Ciampo & Del Ciampo, 2018; Krol & Grossmann, 2018). As mulheres detêm a decisão de amamentar e a sua duração e em contrapartida a sociedade tem a responsabilidade de minimamente garantir condições que possibilitem cada mulher praticar com autonomia e livremente o direito de amamentar. A Organização Mundial da Saúde juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância defende que é uma medida de igualdade de gênero o apoio ao direito da mulher de amamentar, sendo de responsabilidade de todos a construção de uma sociedade amiga da amamentação, com o dever de investir em planos e políticas que apoiem o AM (UNICEF & OMS, 2018).

É de extrema importância o papel das intervenções que apoiam as mulheres para melhoria da iniciação e continuação da amamentação e globalmente há uma variedade de estratégias baseadas em evidências que estão sendo implementadas focadas em educação pré e pós-natal, cuidados continuados de longo prazo que são identificadas como eficazes e favorecem a duração e exclusividade do aleitamento materno (Chowdhury et al., 2015; Iliadou et al., 2018; Kim et al., 2018; Rollins et al., 2016). A existência de distúrbios de saúde mental nas mulheres tem influenciado desfavoravelmente na amamentação e a comunidade científica internacionalmente reconhece a carência de colocar em prática

intervenções que apoiem a saúde mental das mulheres antes e após o parto e previnam a prematura cessação do aleitamento materno (Dias & Figueiredo, 2015; Gaffney et al., 2014; Vanderkruik et al., 2015). Dias e Figueiredo (2015) citam que muitas mulheres que sofrem de humor depressivo ou transtornos de ansiedade podem ter dificuldades com a amamentação, podendo não fazer AME ou realizá-lo por pouco tempo.

Na Grécia foi efetuado um estudo que investiga uma intervenção de saúde perinatal de 12 meses anteriores e posteriores ao parto que ocorreram num período de Janeiro de 2014 a Janeiro de 2019 (5 anos), com uma amostragem controlada e não randomizada de 1080 mulheres que receberam apoio à amamentação liderados por parteiras e apoio psicossocial com associação direta para a iniciação, exclusividade e duração do aleitamento materno (Dagla et al., 2021). Tais intervenções foram implementadas em um centro primário de saúde mental “Centro de Dia de Atenção à Saúde Mental da Mulher (Transtornos de Saúde Mental Perinatais), criado em 2009 por uma organização sem fins lucrativos com financiamento e supervisão do Ministério de Saúde grego que educa, orienta, apoia e cuida da saúde das mulheres e é totalmente gratuito. Os serviços disponíveis durante as intervenções de saúde perinatal do Centro de Dia foram: um programa educativo de pré-natal e preparação para o nascimento e parentalidade liderado por parteira; triagens para os sintomas de distúrbios de saúde mental de cada mulher e parceiro durante o pré-natal e pós parto; sessões em grupo e individualizadas de um educador físico especializado durante o pré-natal; suporte e aconselhamento de parteiras especializadas durante toda a gravidez, puerpério e lactação (por contacto telefónico ou visita ao Centro de Dia); apoio e aconselhamento de profissionais de saúde mental durante a gravidez e 12 meses após o parto; um planeamento educativo e de suporte durante o pós-parto para os pais (3.º, 6.º e 12.º mês); suporte e aconselhamento via telefone composto por parteiras e especialistas em saúde mental; e além disso aconselhamento dos mesmos profissionais (parteiras e especialistas em saúde mental) para as famílias ou outras pessoas que possam apoiar os pais (Dagla et al., 2021).

O estudo identificou que a grande maioria das mulheres iniciaram o AME (70,7%) ou qualquer tipo de AM (25,6%) no primeiro dia de internamento e o mesmo percentual das mulheres (96,5%) continuaram amamentando ao final do 1.º mês após o parto (74,7% AME e 21,8% qualquer AM). Apesar de o estudo demonstrar dados acerca da AME aos

6 meses abaixo das metas da OMS e UNICEF para que em 2025 atinja os 50%, comparando com um estudo anterior no país que estimava a prevalência do AM na Grécia em 2007 e 2017 era muito baixo (<1%), o recente estudo alcança em média 44,3% de aleitamento materno exclusivo ao final do 6.º mês de pós-parto (Dagla et al., 2021; Iliodromiti et al., 2020). Em relação a saúde mental das mulheres, pouco menos da metade estavam saudáveis mentalmente (41,7%) e cerca de 45,1% manifestaram alguma complicação psicossocial no seu histórico médico e cerca de 12,9% tinham sintomas de patologias da saúde mental no intervalo perinatal. O inovador programa uniu a aplicabilidade de uma equipa interdisciplinar (parteiras, educadores físicos e especialistas em saúde mental) e conseguiu colocar em prática 3 pilares de investigação internacionalmente relacionados com melhoria dos índices de início e continuação do AM que muitos autores defendem, sendo eles a educação/aconselhamento liderados por parteiras no pré-natal para as mulheres e companheiros (Balogun et al., 2016; Iliadou et al., 2018; McFadden et al., 2017; Patnode et al., 2016), liderados também por parteiras o apoio contínuo de longo prazo na amamentação durante o puerpério e lactação (Bellù & Condò, 2017; Meedyda et al., 2017; Skouteris et al., 2017), e detecção e intervenção precoces de sintomas de transtornos de saúde mental (Wouk et al., 2017). Os autores apontam que a educação e o apoio contínuos e de longo prazo coordenados por parteiras e o bem-estar mental das mães estão associados com o crescimento e a duração do AME (Dagla et al., 2021).

Os modelos de prestação de cuidados de saúde sofreram impactos significativos com os avanços tecnológicos, simultaneamente com a vasta utilização de smartphones e aplicações de software móvel para os cuidados de saúde (Jeon & Park, 2015; Ventola, 2014). Onde tradicionalmente as interações com os profissionais de saúde eram presenciais, a cada dia passam a ser acrescentadas ou apoiadas por encontros virtuais através de aplicativos móveis de saúde nomeados “aplicativos mHealth” que permitem uma maior autogestão em diversas condições de saúde, aumento do atendimento domiciliar, no qual os utentes podem ter acesso em qualquer altura ou espaço físico à rede mundial de informações, suporte e educação para a saúde (Fitzgerald & McClelland, 2017; Mobasheri et al., 2014). Estudos anteriores acerca da temática indicam a necessidade de uma aplicação concentrada na amamentação profissional, interativo e de

alta qualidade que possa auxiliar a longo prazo no comportamento da lactação (Goetz et al., 2017; Lupton & Pedersen, 2016; Meedya et al., 2019; White et al., 2016).

Um estudo realizado recentemente investigou e explorou o processo de transformação do Programa “The Milk Way” em um aplicativo de saúde móvel aceitável e utilizável para amamentação, com base no modelo Persuasive System Design (Meedya et al., 2021). Tal programa trata-se de uma intervenção clínica comprovada e eficaz de lactação face a face baseada em evidências que constatou a probabilidade de um aumento para amamentação durante um mês para cerca de 9 vezes a mais, em quatro meses para 4 vezes, e em seis meses para 3 vezes entre mulheres primíparas na Austrália (Meedya et al., 2014). No desenvolvimento de estratégias inovadoras para o crescimento da intenção, autoeficácia e apoio às mulheres, o “The Milk Way Program” é constituído através da teoria da Autoeficácia e da teoria do Território do Nascimento e a Tutela da Obstetrícia, e engloba três sessões educacionais presencialmente durante o pré-natal, duas consultas por via telefónica no pós-natal (1 semana e 4 meses após o parto) (Meedya et al., 2016; Meedya et al., 2017). Através de uma perspectiva metodológica mista, a aplicação foi desenvolvida, avaliada a sua aceitabilidade e usabilidade. A equipa principal do projeto era composta por parteira, educador parental, profissional que atende na atenção primária à saúde, na saúde pública, na medicina, dietista, informática em saúde e marketing, de variadas etnias (Oriente Médio, Sul da Ásia e a Europa) que possuíam expertise em AM a longo prazo ou tinham familiares ou amigos próximos com crianças em amamentação, e ainda teve a participação de um desenvolvedor de aplicativos e 7 usuárias finais recrutadas por meio de amostragem de conveniência para o teste piloto. E por meio de uma pesquisa online e entrevistas individuais com as mulheres foi possível obter o feedback às seis semanas após o nascimento e quatro meses após o parto, respectivamente (Meedya et al., 2021).

A educação, o apoio profissional e o aconselhamento em saúde apresentam-se como primordiais no aumento das boas práticas do AM (Medeiros & Frias, 2021). Os resultados do estudo piloto australiano apontam que todas as mulheres participantes indicaram com nível de concordância (concordar ou concordar fortemente) que o aplicativo de amamentação foi bem projetado, fácil de utilização, interativo, tranquilizador, com base em evidências científicas com fontes confiáveis de informação e que correspondia ao seu propósito de ajudar, e ainda evidenciam a credibilidade da

aplicação indicando que recomendariam a outras pessoas. Apresentada a primeira aplicação profissional de amamentação desenvolvida com a utilização do modelo de Design de Sistema Persuasivo, o aplicativo “The Milk Way” é considerado pelos autores como um exemplo da execução metodológica com base em evidências para que outras aplicações se possam desenvolver e promover a saúde e o bem-estar. De acordo com os autores Lupton e Pedersen (2016) e Lee e Moon (2016), as mulheres valorizam as informações imediatas, regulares, práticas, imparciais, reconfortantes e detalhadas que acessaram por mídias digitais, havendo uma tendência para aplicativos de informação como forma de ajudar com a ansiedade e reduziram a necessidade de consulta com um profissional de saúde (Lee & Moon, 2016; Lupton & Pedersen, 2016). Meedy et al. (2021) ainda destacam a importância do engajamento dos profissionais de saúde, incluindo parteiras e enfermeiras, para adquirir conhecimento e competências em torno do desenvolvimento tecnológico e compromisso de liderança, juntamente com uma equipa multidisciplinar que tenha interesse em iniciar sistemas convenientes na vida e nos ambientes de saúde dos indivíduos e também para o desenvolvimento de aplicações de profissões clínicas e de tecnologia da informação baseadas em evidências. Entretanto, salientam que o impacto nos comportamentos de saúde e desfechos necessitam ser avaliados em ensaios clínicos robusto, para corroborar com a eficácia no início e sustentar do aleitamento materno (Meedy et al., 2021).

Mesmo com a percepção da existência de benefícios para a saúde das mulheres e dos seus filhos, em diversos países as taxas de aleitamento materno ainda apresentam disparidades significativas. Cerca de 37% dos bebés nos países de baixa e média renda tem amamentação exclusiva e por um período inferior a 6 meses após o parto, ao mesmo tempo que essa duração aparentemente ainda é menor em países de alta renda (Victora et al., 2016). De acordo com os dados de um estudo nacional acerca do AM na Grécia, apesar de 94% dos bebés iniciarem a amamentação na primeira hora de vida, até o final do 6.º mês a taxa se transforma em inferior a 1% para AME (Iliodromiti et al., 2020). Devido as baixas taxas de AM na Grécia e o risco acrescido para dificuldades no estabelecimento da amamentação em mulheres com diagnósticos de hipotireoidismo e diabetes gestacional, foi desenvolvido um estudo com o objetivo de investigar o efeito de uma intervenção educacional de lactação individualizada e estruturada por parteira, para o aumento das taxas de AM em mulheres com transtornos endócrinos e mulheres de baixo

risco em comparação com mulheres que recebiam cuidados padrão, no decorrer de 2 anos após o nascimento (Truva et al., 2021).

Diversos estudos apontam a associação de mulheres com Diabetes Gestacional (DG) à redução das taxas de AME, a maior risco de desmame precoce e a menor duração total do aleitamento materno (Fenger-Grøn et al., 2015; Manerkar et al., 2020; Nguyen et al., 2019; Oza-Frank & Gunderson, 2017). A DG é definida em qualquer grau de tolerância à glicose iniciado ou identificado durante a gravidez, que pode ser condicionado temporário na gestação e risco acrescido para desenvolver diabetes tipo 2 a longo prazo (NICE, 2020). O hipotireoidismo também pode ser prejudicial durante a gestação e pode afetar a amamentação. Define-se como deficiência hormonal na tireoide ocasionados pela tireoide autoimune (tireoidite Hashimoto), falta de iodo ou posterior à cirurgia ou radioterapia (Singh & Sandhu, 2022). De acordo com pesquisas neste âmbito, o hipotireoidismo pode ter influência na suspensão da produção de LM e ainda estar associado ao risco acrescido para outras complicações perinatais (Chen et al., 2014). O estudo grego contou com uma amostra de 200 mulheres, sendo elas 100 grávida de baixo risco e 100 grávidas com diagnóstico na gravidez de diabetes gestacional e/ou hipotireoidismo, e ainda houve subdivisão aleatória destes mesmos grupos para 2 subgrupos que pertenciam ao grupo de intervenção e ao grupo controle de cuidados padrão. A colheita dos dados acerca da taxa de AM e AME foram realizadas durante o internamento após o parto no hospital, no 1.º, 4.º e 6.º meses seguintes (via telefônica da parteira responsável) e ainda somaram a estimativa em visitas de acompanhamento no 12.º e 24.º mês após o nascimento. A intervenção decorreu em duas fases no qual incluía instrução educacional individualizada de aconselhamento no pré-natal (após 34.ª semana de gravidez e com duração de 3 horas) e pós-natal e suporte a amamentação. Foi utilizado como material didático a utilização de panfletos do Instituto de Saúde Infantil-Grécia que continha adicionalmente o número da parteira responsável para eventuais dúvidas e esclarecimentos do AM, apresentações e bonecas de animação médica (Truva et al., 2021).

De acordo com evidências publicadas, a educação individualizada de parteiras é eficaz por aumentar a confiança, habilidades e conhecimento e reduzir o risco de cessação do AM nas mulheres e mulheres de baixo risco com doenças endócrinas, com a possibilidade de influenciar e melhorar as taxas de amamentação (Balogun et al., 2016;

Hakala et al., 2021; Moore et al., 2016; Newby & Davies, 2016; Truva et al., 2021). E o estudo de Truva et al. (2021) apresentou dados significativos em relação ao AME: o grupo de intervenção com distúrbios endócrinos, se comparados com o grupo controle de cuidados padrão com distúrbios endócrinos, aos 4 meses eram 20% vs. 12% para AM e 50% vs. 26% para AME, e aos 6 meses era 50% vs. 28% para AM e 32% vs. 12% para AME; no grupo de intervenção nas mulheres de baixo risco amamentaram 22% vs. 14% e 52% vs. 26% no 4.º e 6.º mês, respectivamente, em comparação com o grupo controle de cuidados padrão e em AME 46% vs. 20% (4.º mês) e 38% vs. 4% (6.º mês). Os autores indicam que a maior limitação encontrada no estudo foi o risco de viés pela amostragem ter sido composta por voluntárias, que apresentava predisposição para amamentar e por restrição da área geográfica, visto que se limitou a apenas um hospital em uma grande região. Referem que a inclusão de variáveis adicionais como a formação dos companheiros e visitas domiciliares além do contacto telefónico agregaria mais benefícios à futuras pesquisas e que este estudo poderia ser aplicado e instituído no cotidiano da prática clínica com a ajuda de parteiras treinadas para aumentar as taxas de aleitamento materno na população grega (Truva et al., 2021).

No que diz respeito a promoção e proteção ao leite humano e ao aleitamento materno em contexto mundial de pandemia COVID-19, um estudo recentemente publicado revela a imediata e urgente necessidade de investir em pesquisas que comprovem a segurança do leite humano nestas circunstâncias de forma a preencher a lacuna no embasamento e conhecimento que mesmo com os comprovados benefícios do leite materno e da amamentação, induzem a desinformação, medo, risco aumentado de desmame precoce, (Spatz et al., 2020). Apesar de, desde o início da pandemia a Organização Mundial de Saúde ter indicado o contínuo contacto pele a pele e aleitamento materno direto, recém-nascidos foram separados de suas mães e alguns profissionais de saúde e pais receavam que o Leite Humano (LH) transmitisse o vírus de mãe para filho (OMS, 2020).

Diversos estudos evidenciaram alterações e atuações que decorreram nas práticas dos partos pelo mundo durante a pandemia. Em 47 países e cerca de 328 profissionais de saúde participaram em uma pesquisa coletiva e pragmática do Projeto Microbiana Infantil COVID-19 no qual apenas 6,5% indicaram que não houve alterações em suas instituições acerca da prática de parto, 47,8 % relatam que ao entrar no hospital as mães ficaram

sozinhas, 82% afirmaram que para a parturiente era permitida apenas 1 pessoa de acompanhamento e em torno de 46,1% dos entrevistados apontaram que nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) apenas um dos pais era permitido para a visita (Harman & Wakeford, 2020). Ainda houve relatos quanto ao aumento dos números de induções do trabalho de parto (23,2%) e precoces admissões para o trabalho de parto (7,7%). Nos Estados Unidos foram entrevistadas mães que estavam negativas para a COVID-19 e constatou que as experiências de parto e aleitamento materno também foram interrompidas, com relatos das mães quando a diária mudança das recomendações e experiências de ansiedade de stress significativos durante o parto neste contexto (Davenport et al., 2020; Spatz & Froh, 2021).

Os estudos atuais divulgam que até momento nenhum vírus vivo foi detectado no leite humano mas sim anticorpos específicos contra o SARS-CoV-2 (Chambers et al., 2020; Fox et al., 2022; Pace et al., 2020; Pace et al., 2021), e em concordância com as diretrizes da OMS desde o início da pandemia é recomendado o IPA e o contacto pele a pele (OMS, 2020). Para as mães COVID-19 positivas, as indicações são as práticas de higiene das mãos, o uso de máscara e evitar tossir no peito (Cheema et al., 2020). Todas as famílias devem ter a oportunidade de realizar uma tomada de decisão informada acerca da alimentação quanto à necessidade de leite humano e amamentação do seu filho. Não é suficiente ensinar as grávidas sobre amamentação, mas também o parceiro ou pessoa de apoio. Os membros da família ou amigos próximos devem ser educados sobre a ciência do LH e a fisiologia da lactação (Froh et al., 2020; Spatz, 2020). É de extrema importância que os profissionais de saúde, parteiras forneçam orientação antecipada adequada no pré-natal e apoio nas estratégias de forma proativa no pós-natal, entretanto ainda são muitas as barreiras encontradas pelo caminho como a redução de pessoal nos serviços de maternidade, a falta de acesso aos profissionais de lactação (cantinhos da amamentação desativados temporariamente pela pandemia), altas hospitalares precoces, entre outros (Spatz et al., 2020). Além disso, é essencial que durante esta pandemia e no futuro as políticas públicas protejam o LH e a amamentação, como por exemplo tem ocorrido com um grupo do Comité de Aleitamento Materno dos Estados Unidos COVID-19 – Infant and Young Child Feeding Constellation (Consales et al., 2020), que se reúnem desde o princípio da pandemia e colaboram com os principais membros de saúde pública, em

todos os níveis do sistema, com experiência em dar respostas as emergências de saúde pública.

Independente da sua especialização, os profissionais de saúde que lidam com amamentação, dizem não se sentirem preparados para tal responsabilidade, que além dos conhecimentos, também é necessário possuir sensibilidade e habilidade (Almeida et al., 2015). A falta de compreensão e equívocos de informações acerca da temática, com diferentes crenças e significações que cada mulher atribua acerca da amamentação, como também os profissionais de saúde desprovidos do conhecimento para a orientação e políticas públicas vulneráveis na promoção e proteção, podem influenciar no sucesso e a duração do AM (Medeiros & Frias, 2021).

Portanto, de acordo com os artigos estudados, há intervenções inovadoras e promissoras para promoção e proteção do aleitamento materno, lideradas por parteiras e aliadas a outras especialidades, que aumentam a duração e exclusividade da amamentação. Ainda que haja esforços a nível mundial para promoção e proteção do aleitamento materno, muitas barreiras todavia podem ser encontradas e até mesmo impostas como ocorreu com a pandemia COVID-19, sendo necessária continua melhoria da igualdade de acesso para todas as famílias de forma a garantir o crescimento, a manutenção da educação, baseado em evidências atualizadas que proporcionem suporte, conhecimento, apoio e melhorias para os profissionais de saúde envolvidos para que consigam um melhor suporte e cuidados em aleitamento materno e lactação para as famílias. Educar os profissionais de saúde e as famílias é uma componente necessária para o sucesso das intervenções na amamentação e uma estratégia essencial para influenciar a decisão informada e esclarecida das mães para amamentar e consequentemente uma melhoria dos índices de amamentação.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A saúde necessita de recursos humanos qualificados (Lopes et al., 2018). Este capítulo reflete sobre as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do EESMO, competências técnicas, relacionais e científicas adquiridas durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica. E para a melhoria da prática clínica, ainda contém uma reflexão crítica das medidas implementadas, dificuldades e estratégias aprofundadas durante o ensino prático. A formação especializada leva à aquisição de conhecimentos e desenvolve competências que permite dar resposta aos desafios da saúde (Padilha et al., 2021).

4.1 Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

Conforme o regulamento n.º 140/2019 Ordem dos Enfermeiros (EO), que aborda as competências comuns do Enfermeiro Especialistas, as competências comuns são as partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade, evidenciadas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, juntamente com um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no domínio da investigação e assessoria (OE, 2019c). Competências comuns estas que englobam os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal (a); melhoria contínua da qualidade (b); gestão dos cuidados (c); e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (d).

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade desenvolvem-se através de uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontológicos profissionais, garantindo que as práticas de cuidados respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019c). Em conformidade com o Código Deontológico sobre os Princípios Éticos de Enfermagem e a Legislação Portuguesa (OE, 2015), os estágios foram baseados no princípio da beneficência e não-maleficência, uma prática segura através do reconhecimento das limitações e competências como aluna, com atitudes de respeito ao mulher/casal e do RN que teve contacto, nas crenças e costumes individuais, valores, privacidade e segurança. Teve como compromisso de

responsabilidade profissional a confidencialidade, o sigilo, a assiduidade, a pontualidade, debates de ideias e esclarecimento de dúvidas com os enfermeiros supervisores e equipa multidisciplinar.

Para as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade o Enfermeiro Especialista deve garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019c). No decorrer dos contextos clínicos houve interesse e a busca ativa para identificar os projetos implementados na área da qualidade a nível institucional, normas, protocolos, instruções de trabalho e procedimentos específicos em vigor de cada serviço e nas instituições de forma a agir em conformidade com eles, de forma a colaborar na prestação de cuidados seguros, prevenir os riscos e cumprir as indicações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções.

Nas competências do domínio da gestão dos cuidados o enfermeiro especialista gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e consegue se adaptar a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, tendo em vista a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019c). Antes de iniciar quaisquer cuidados de enfermagem foram identificadas e estabelecidas as prioridades de forma individualizada e particular, de modo a agir em conformidade e segurança, para a organização, recursos, tempo útil de resposta e execução com qualidade, eficácia e eficiência nos cuidados de saúde. E quando foi necessário assumir o papel de líder, como por exemplo durante a condução do trabalho de parto, teve uma postura de tranquilidade e disponibilidade, no sentido de se criar um ambiente favorável e harmonioso à prática.

Quanto ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve desenvolver o autoconhecimento e assertividade, baseando sua práxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019c). Esta foi desenvolvida com um aprofundamento temático focado na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, por meio de revisão integrativa da qual foi desenvolvido um artigo científico e publicado em capítulo de livro (Apêndice 2), revisão temática da literatura e através da promoção a literacia para a saúde com a realização de ensinamentos de diversas áreas, com explicação dos procedimentos, esclarecimento de dúvidas,

participação em Webinar “Em tempos de COVID-19, valerá a pena a preparação para o parto?” (Anexo 1), e ainda apresentação em *PowerPoint* interativo no dia da alta da puérpera sobre o AM com discussão e elucidação prática das dúvidas (Apêndice 3).

4.2 Competências Específicas dos Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Conforme o Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica é responsável pelos cuidados durante o planeamento familiar e preconcecional, gravidez, parto, puerpério, climatério, ginecologia e comunidade, assumindo no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco e autónomas e interdependentes nas situações de médio e alto risco durante o ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019d).

Para dar respostas aos objetivos propostos, serão descritas as intervenções realizadas no decorrer dos estágios e instituições, vivenciadas para obtenção das competências específicas da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e seu regulamento que são: a) cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional; b) cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; c) cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; d) cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; e) cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o climatério; f) cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; g) cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

A importância da consulta de enfermagem preconcecional tem sido cada vez mais reforçada nos últimos anos, sendo um fator preponderante para a realização de um prognóstico favorável durante a gravidez e o parto, capaz de identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gravidez e referenciar atempadamente para os cuidados diferenciados, de forma a mulher/casal consiga decidir sobre o momento mais oportuno para a gravidez, consoante as condições físicas, psíquicas e sociais do momento (Guerreiro & Dias, 2016).

As consultas externas de obstetrícia ocorreram no contexto do Hospital de Santa Maria. O sector compreende o atendimento ambulatorial de grávidas para consultas de

pré-natal, pré-natal alto risco, consulta materno-fetal, consulta fetal, consulta de diabetes, consulta de alergologia, consulta de imunologia, consulta de endocrinologia, consulta de nutrição, consulta de reumatologia, consulta de genética e consulta de infectologia. De acordo com o Programa Nacional para Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da Direção-Geral de Saúde, a gravidez é considerada de baixo risco quando não é possível identificar, após avaliação clínica do risco pré-natal baseada na tabela de Goodwin modificada, nenhum fator acrescido de aborto espontâneo, parto pré-termo, morte fetal e um aumento da morbilidade materna e/ou neonatal (DGS, 2015). A tabela de Goodwin considera fatores que associados podem condicionar a evolução da gravidez, no qual integra a história reprodutiva da mulher (idade e paridade), história obstétrica anterior (aborto, infertilidade, hemorragia pós-parto, RN maior ou igual à 4000g, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, cesariana anterior, feto morto/morte neonatal, TP prolongado ou difícil), e patologia associada (cirurgias ginecológica anterior, doença renal crónica, diabetes gestacional, diabetes mellitus, doença cardíaca, outras), atribuindo de acordo com as pontuações para gravidez de baixo risco, médio risco ou alto risco (DGS, 2015).

A vigilância pré-natal de gestações de risco diminuído é realizada nas grávidas funcionárias do hospital e nas grávidas que são referenciadas para o HSM pelos cuidados de saúde primários, na fase final da gravidez, a partir das 38 semanas de gestação no qual é realizada a colheita de dados, idade gestacional, peso, tensão arterial, auscultação dos batimentos cardíofetais, ensinos do 3.º trimestre e CTG a partir das 40 semanas ou quando é solicitado pelo médico. Na vigilância de alto risco, as consultas de medicina materno-fetal asseguram a vigilância de gestações com doença materna pré-existente, doença específica da gravidez e risco aumentado de doença fetal. É realizada depois de ECO das 12 semanas em que detecta alguma anormalidade materno-fetal e +/- 15 semanas após ecocardiograma fetal. Também é realizada a colheita de dados, idade gestacional, aferição do peso e da tensão arterial, auscultação dos batimentos cardíofetais a partir das 14 semanas de gestação, a realização dos ensinos do 1.º, 2.º e 3.º trimestre bem como os sinais de alerta para recorrer às urgências e registo no boletim de grávida, além da elucidação das dúvidas que possam surgir no decorrer da gravidez. No HSM durante as consultas o CTG era realizado nas grávidas entre as 31/36/38 semanas em grávidas sem patologia associada, nas grávidas com o diagnóstico de diabetes gestacional a partir das 25 semanas e com restrição de crescimento fetal entre 31/32 semanas. Durante os ensinos

sobre o aleitamento materno, foi possível informar, instruir, realizar ensinamentos práticos e elucidar dúvidas com a utilização de uma mama de silicone, disponível no setor, sobre os sinais de boa pega, cuidados com a mama, alerta para ingurgitamento mamário e mastite e as indicações e técnicas para resolução dos possíveis problemas que venham a ocorrer. Por conta da pandemia, não há cursos de preparação para o nascimento e parentalidade não conseguindo assim experiências neste sentido durante os estágios.

Quando há apenas uma ESMO nas consultas, dependendo do número de consultas agendadas pelos médicos no dia (não há um número pré-definido de consultas de enfermagem), apenas são observadas as senhoras a partir das 30 semanas de gestação, havendo assim falhas no direito ao atendimento e ao acompanhamento, pela enfermagem, de todas as grávidas, além de gerar desconforto e constrangimento entre as utentes e equipa multidisciplinar. No HSM há consultas de revisão do puerpério, consultas preconcepcional, de fertilização, entretanto não há consultas por parte da Enfermagem. Segundo a enfermeira supervisora, já houve estas consultas realizadas também pela enfermagem, entretanto há algum tempo que as consultas de enfermagem em obstetrícia e ginecologia, apenas se concentram nas grávidas e nas situações de IVG. Neste sentido, durante os EC nas consultas externas de obstetrícia do Hospital Santa Maria, acompanhei e colaborei na realização de 131 vigilâncias de alto risco e 36 de baixo risco, desenvolvendo com sucesso a competência de cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

De acordo com a DGS (2018), a vacinação em Portugal é um programa de saúde de sucesso e provavelmente o de menor custo efetivo implementado no país, possibilitando quase o desaparecimento de diversas doenças transmissíveis. Os dados referentes à 2017, o primeiro ano de implementação da vacina pertussis acelular (Tdap) em grávidas, estima-se que cerca de 75% das grávidas tenham sido vacinadas e após os 10 anos da vacinação contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV), constata-se uma redução da incidência de condilomas genitais em ambos os sexos, e espera-se que a longo prazo se obtenha impacto na redução do cancro a ele associado em ambos os sexos (DGS, 2018).

Focado na intervenção e educação para a saúde, a promoção da saúde da mulher em situação de abortamento, foi vivenciado nas consultas de Interrupção Voluntária da

Gravidez (IVG) com a prestação de cuidados assistenciais as grávidas que pretendem interromper voluntariamente a gravidez no HSM. Foi muito interessante poder vivenciar o papel do enfermeiro durante o processo de IVG, o qual é crucial no acompanhamento, orientação e aconselhamento da mulher em qualquer situação, de forma a promover a decisão esclarecida no âmbito da IVG, informando e orientando também para os recursos disponíveis na comunidade, com garantia da privacidade e confidencialidade na adoção de atitudes isentas de juízos de valor e que gerem confiança.

A interrupção da gravidez por opção da mulher rege-se em Portugal através da Lei n.º 16, exclusão da ilicitude nos casos da interrupção voluntária da gravidez ("Decreto-Lei n.º 16/2007," 2007), que é possível interromper a gravidez até as 10 semanas de gestação, por médico ou sob a sua direção em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com consentimento da mulher grávida. O processo de IVG é composto por 4 fases segundo a legislação de Portugal ("Decreto-Lei n.º 16/2007," 2007). A 1.ª fase é a consulta prévia, realizada pelo enfermeiro para explanação de todo o processo. Nessa consulta é fornecida informação clara, verbal e escrita (através de panfleto informativo "Estou a pensar interromper voluntariamente a gravidez – o que devo saber?") e esclarecimentos necessários para uma decisão consciente, livre e informada sobre a idade gestacional, eventuais consequências para a saúde da mulher, a obrigatoriedade do período de reflexão e alternativas facilitadoras da tomada de decisão. A 2ª fase é o período de reflexão durante a qual a grávida será acompanhada por psicólogo e assistente social por um período mínimo de 3 dias. A 3.ª fase é a consulta para a interrupção, o dia da intervenção medicamentosa, com pré-requisito prévio a comprovação do tempo de gestação escrito e assinado por um médico diferente do que vai realizar o procedimento, consentimento livre e esclarecido assinado pela grávida após o período de reflexão e segue-se conforme o protocolo institucional. E a 4.ª fase é a consulta follow-up, agendada de duas a três semanas após a interrupção medicamentosa para confirmar se foi eficaz e iniciar método contraceptivo (depoprovera, DIU, Anel ou Implante) e a marcação ou encaminhamento para consulta de planeamento familiar a efetuar no hospital ou no Centro de Saúde de referência, de acordo com o protocolo institucional ("Decreto-Lei n.º 16/2007," 2007). Pode participar e realizar intervenções e acompanhamento a 59 senhoras durante a 1.ª, 3.ª e 4.ª fases do processo, adquirindo assim

a competência de promover a saúde da mulher, diagnosticar precocemente de forma a prevenir complicações e facilitar a adaptação durante o período de abortamento.

De acordo com os dados, de 2018, do Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez da DGS (2019), em Portugal foram realizadas 14.928 interrupções da gravidez (base de dados acedida em 6/08/2019) ao abrigo do artigo 142º do Código Penal, com a incidência de 171,6 por 1.000 Nados Vivos (NV), sendo dos quais 10.650 interrupções foram realizadas em serviços públicos e 4.278 em serviços privados (DGS, 2019b). O Relatório indica que globalmente, 45,4% das mulheres recorreram por iniciativa própria aos serviços de atendimento hospitalar, para as idades mais representadas foram os grupos 25-29 anos (22,6%) e 20-24 anos (22,4%). Obtiveram uma estimativa que a mulher que engravidou entre os 30 e os 34 anos, foi a que apresentou maior probabilidade (90,8%) de prosseguir com a gravidez. A região de Lisboa e Vale do Tejo totalizaram 58,8% de todas as interrupções, 19,9% para a região norte e 11,1% para o centro, sendo estas as regiões com maior número. Quanto à nacionalidade, em 20,8% a mulher tinha nacionalidade estrangeira, tendo um aumento de 2,5 pontos percentuais comparativamente ao ano 2017. As mulheres de nacionalidade não portuguesa, recorreram cerca de 73,1% à interrupções na região de Lisboa, 9,5% no Algarve e 9,5% no Norte (DGS, 2019b).

Foi possível realizar também 3 turnos no internamento de medicina materno-fetal do HSM que assegura os cuidados assistenciais para grávidas que necessitam de internamento hospitalar, maturações cervicais e observação de curta duração e asseguram também as situações de abortamentos e Interrupções Médicas da Gravidez (IMG). Tive a oportunidade de prestar cuidados à grávidas com diversas patologias como a hipertensão gestacional, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, restrições de crescimento fetal, pielonefrite aguda, feto com trissomia do cromossomo 21 (T21) + hidropisia fetal, feto com coração esquerdo hipoplásico, roturas prematuras de membranas, indução do trabalho de parto (através da maturação cervical com balão de foley e aplicação vaginal da fita com Dinoprostona, *Propess*), como também a situações de fetos mortos, aborto tardio, aborto retido e gravidez ectópica à direita rota com hemoperitoneu submetida à salpingectomia direita por laparotomia, totalizando a vigilância de 26 gravidezes de risco e 5 afecções de foro ginecológico.

Durante o campo clínico de consultas externas de obstetrícia, com passagem pelas consultas de IVG e internamento de medicina materno fetal no Hospital Santa Maria, foi possível experienciar e prestar cuidados diferenciados de ESMO, no contexto do plano de registos de exames pré-natais e cuidados de saúde primários e para o plano de registo - grávidas/ginecologia realizados no IMMF, conforme indica a figura a seguir (Figura 3), atingindo com sucesso as competências de prestar cuidados pré-natais de elevada qualidade, com o objetivo de maximizar a saúde da mulher durante a gravidez, incluindo a detecção precoce e o tratamento ou referenciação por complicações, bem como em situações de abortamento e nos processos de saúde/doença ginecológica, obtendo a classificação de excelente e a oportunidade de colaborar como enfermeira generalista no setor de internamento medicina materno fetal - IMMF do HSM.

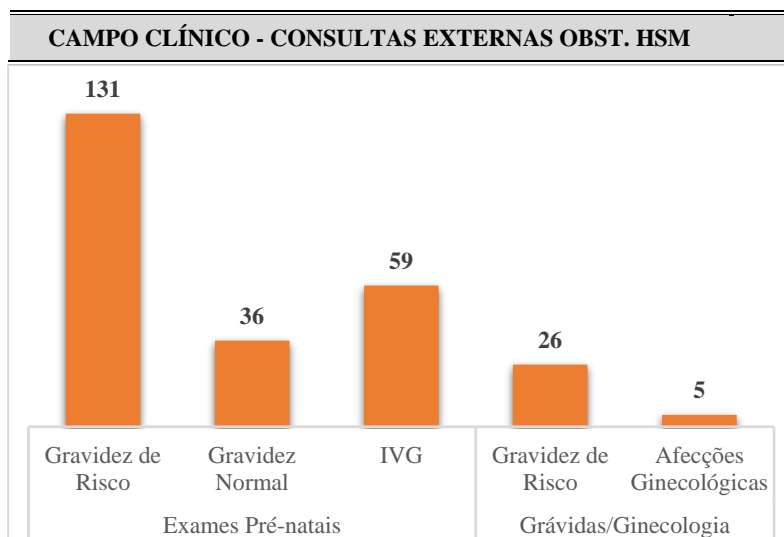


Figura 3. Registo Consultas Externa Obstetrícia – HSM

Fonte: dados recolhidos ao longo do estágio

No Centro Hospitalar Barreiro Montijo decorreu o campo clínico de Grávidas/ Ginecologia. Foi vivenciado o atendimento às grávidas patológicas nomeadamente com os diagnósticos de restrição de crescimento intrauterino, diabetes gestacional, agravamento de dor lombar com rim único e stent por uropatia obstrutiva, oligoâmnios, colo curto, contratilidade uterina com infeção do trato urinário de repetição, hemorragia 3.º trimestre, trombocitopenia com alterações hepáticas, hidroaminos com diabetes tipo I descompensada, vigilância do bem-estar materno fetal em gravidez gemelar com colo curto, feto morto e um pouco das técnicas de ginecologia. Todas estas vivências

decorreram em meio a um ambiente acolhedor, com bom relacionamento entre a equipa e com as utentes no CHBM. Foram realizados o acompanhamento e monitorização das grávidas através da construção da história clínica, cálculo da idade gestacional, monitorização dos sinais vitais, avaliação da altura do fundo uterino, realização das manobras de Leopoldo para avaliação da estática fetal, auscultação dos batimentos Cardíofetais, monitorização e interpretação de CTG e ensinamentos sobre cada situação em particular, de forma a reforçar os sinais e sintomas de alarme e adoção de medidas para minimizar as queixas.

O CTG é um exame complementar de diagnóstico não invasivo com o objetivo de avaliar o bem-estar fetal, sendo um método biofísico que consiste no registo gráfico da Frequência Cardíaca Fetal (FCF), das contrações uterinas e dos movimentos fetais. De acordo com as normas da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), considera-se que a FCF normal, em um feto de termo, se encontra compreendida entre 110 e 160 batimentos por minuto (Campos et al., 2015).

Como normalmente não havia muitas grávidas patológicas internadas, também foi possível acompanhar e prestar cuidados às puérperas e RN, aplicar os conhecimentos e as técnicas na prática da enfermagem. Foi bastante desafiador presenciar o apoio ao luto e a exposição dos sentimentos da utente sobre a perda. Em tempos de pandemia, sem poder ter acompanhante da pessoa significativa intensifica-se ainda mais a dor por não ter o apoio durante o internamento, além de ser um processo demorado para indução do TP. Também poderia ter sido minimizado se o internamento não tivesse sido na obstetrícia (que tem o internamento de grávidas e puerpério juntos), visto que a utente ouvia constantemente os choros dos bebés que lá estavam internados. Poderia haver internado no setor da ginecologia para evitar este constrangimento.

Cuidar das mulheres na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período do climatério, foi experienciado durante o estágio de ginecologia no Centro Hospitalar Barreiro Montijo. Para que sejam realizados os exames ginecológicos no CHBM, previamente as mulheres realizam uma primeira consulta por queixas, fazem exames complementares para diagnóstico, no qual é avaliado a necessidade de intervenção cirúrgica, posteriormente fazem outra consulta para explicação do procedimento e indicação da preparação para o dia do exame, e a seguir o dia de realização o procedimento. Durante a realização da histeroscopia, é

colhido material para análises e conforme o resultado analítico, a médica contacta a utente para que seja adiantada a próxima consulta ou não. Foi uma experiência rica de informações sobre os exames ginecológicos e consegui observar dois tipos de exames que realizam no CHBM: a histeroscopia e a conização. Infelizmente por conta da pandemia houve alterações de realização de exames e anuladas marcações de cirurgias.

Apenas foi percebido como um ponto negativo neste campo clínico, no que diz respeito ao fator limitante por conta da pandemia para vivências de determinadas situações devido a locais que não estavam a funcionar no período previsto para o estágio, nomeadamente procedimentos de ginecologia no bloco operatório uma vez que nesse período estavam suspensos. No plano de registo – grávidas/ginecologia foram atendidas grávidas de risco, afeções ginecológicas (2 mortes fetais, 1 aborto espontâneo, e 7 exames ginecológicos) e para o plano de registo – puérperas foram puérperas normais, puérperas de risco, RN normais, RN de risco para um total de 25 partos eutócicos, 5 cesarianas, 2 partos distócicos por ventosa e 1 parto distócico por ventosa + fórceps. Tendo em conta este pressuposto desenvolvi as competências com sucesso de cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, período pós-natal, período do climatério e processos de saúde/doença ginecológica de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações. Foram atingidos os objetivos propostos para o campo clínico obtido na avaliação correspondente à Excelente e segue abaixo os registos deste estágio no CHBM.

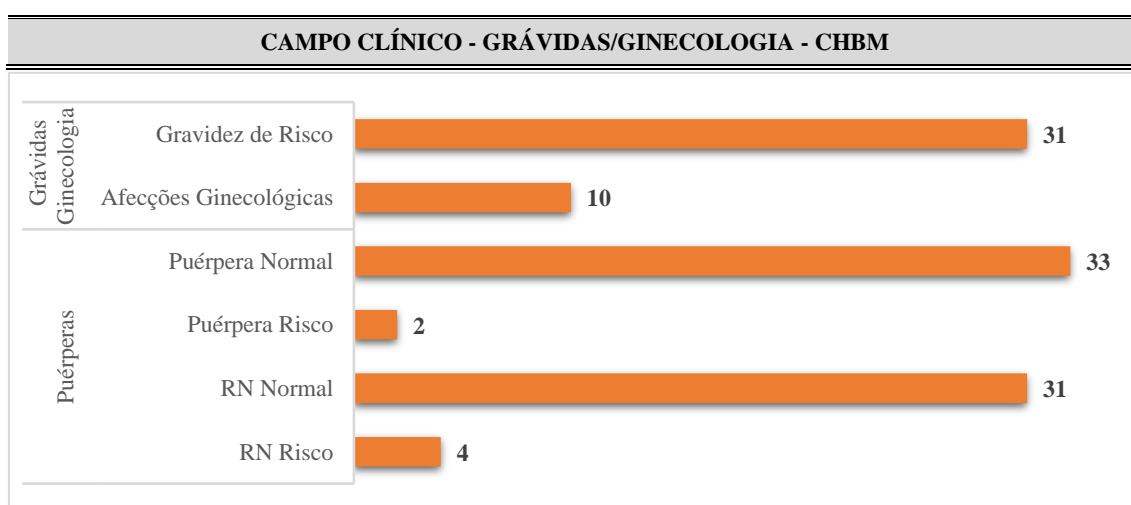


Figura 4. Registo do estágio de Grávidas/Ginecologia – CHBM
 Fonte: dados recolhidos ao longo do estágio

De acordo com os dados da DGS (2018), o número de mulheres em idade fértil decresceu nas últimas décadas e a natalidade acompanha essa tendência em Portugal, também em linha com a tendência na União Europeia (UE). Mesmo com um ligeiro aumento de nascimentos desde 2014, os dados apontam que as portuguesas além de terem menos filhos, os têm cada vez mais tarde. Contudo, as proporções de RN de termo e pré-termo têm-se mantido estáveis (DGS, 2018). A maioria dos partos em Portugal ocorrem em estabelecimentos de saúde, de acordo com as recomendações nacionais, e registaram uma ligeira tendência decrescente nos partos por cesariana. Segundo o Relatório de Saúde Infantil e Juvenil (2018), uma diferença que merece reflexão é a percentagem de cesarianas que em serviços privados é mais elevada do que nos públicos. A região Norte e a de Lisboa registam o maior número de nascimentos, sendo a taxa bruta de natalidade (número de nados vivos por 100.000 habitantes) maior em Lisboa, seguida do Algarve e dos Açores. É expectável que esta tenha uma tendência decrescente com o envelhecimento da população, no qual tem vindo a diminuir tanto em Portugal como em muitos países europeus (DGS, 2018).

O bloco de partos foi vivenciado e experienciado em dois momentos distintos, sob contextos distintos, com dinâmicas e práticas de cuidados semelhantes desenvolvidas durante os estágios no Hospital de Abrantes e no Hospital Santa Maria, pelo qual foi possível a aquisição da competência de cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e o parto em um ambiente seguro para a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina com sucesso.

Durante os estágios no bloco de partos foram vivenciadas experiências e adquirido competências desde a observação e triagem na urgência obstétrica, trabalho de parto, parto, puerpério imediato até a transferência para o internamento de puérperas. Mesmo com a pandemia, em ambas as unidades eram priorizados o estabelecimento precoce da tríade, autorizando que o pai ou a pessoa significativa participasse do parto. De acordo com Reis (2021), apesar da parentalidade ser diversas vezes associada ao papel da mulher/mãe, pela dependência que o RN tem desta, o homem/pai vem distinguindo-se como cuidador capaz de auxiliar no apoio a fragilidade que muitas vezes acontece na transição da mulher, como também no RN, demonstrando assim capacidades de cuidado que anteriormente não lhe eram reconhecidas e assumindo cada vez mais a transformação do paradigma com evidente necessidade de inclusão do homem (Reis, 2021).

Conforme referido no relatório “A paternidade envolvida e não-violenta em Portugal”, o envolvimento dos pais nos cuidados aos filhos/as é uma das transformações mais emocionantes capaz de modificar a vida dos homens e das mulheres em Portugal e no mundo, no qual os serviços de saúde tornam-se fundamentais para valorização dos pais e incentivo à sua participação carinhosa e ativa e no cuidado com os filhos (Santos & Baptista, 2016). Neste sentido foi realizado o teste de SARS-CoV-2 para COVID-19 em grávidas e acompanhantes no início do internamento, permanecendo o acompanhante até o parto tanto no HA como também no HSM. Leite (2018) salienta que há notória contribuição quando o parceiro acompanha durante o trabalho de parto, na prestação do apoio afetivo, na participação ativa, com atuação positiva sobre a gestante no parto, de forma a contribuir diretamente na diminuição da queixa e sensação de dor, uso de analgésico, números de cesarianas, além de tempo de internamento pós-parto. Tal como estes, diversos autores corroboram a importância da presença paterna. Medeiros et al. (2020), Mello et al. (2020), Cavalcanti e Holanda (2019), Menezes e Scorsolini-Comin (2019) e Queiroz et al. (2019), afirmam que o pai integra a rede de apoio à mulher na gestação, parto e puerpério, auxilia no estabelecimento na vinculação precoce entre pai e bebé/criança e no desenvolvimento do bem-estar da mulher (Cavalcanti & Holanda, 2019; Medeiros et al., 2020; Mello et al., 2020; Menezes & Scorsolini-Comin, 2019; Queiroz et al., 2019).

Após o puerpério imediato na Sala de partos, a puérpera é transferida para o puerpério. O que diferiu entre os hospitais era que no Hospital de Abrantes a Puérpera fica no internamento sem acompanhante até a alta e no HSM não tinha direito a acompanhante, entretanto tinha direito a visitas em horário predeterminado. Mais do que nunca, em contexto pandémico e de isolamento imposto, a tríade está carente de apoio e são os enfermeiros que assumem a tarefa formativa e preventiva ao longo de todo o ciclo vital, pela proximidade que mantêm em todas as etapas, tendo um papel crucial nesta tríade parental (Reis, 2021).

A Sala de Partos do Hospital de Abrantes é um serviço bem dinamizado, conectado com os outros serviços que ficam no mesmo piso e bem espaçoso no qual conta com a sua equipa composta em sua maioria por enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. Já a do Hospital Santa Maria tem um espaço físico mais restrito em termos de dimensões comparando com o HS, a comunicação entre a Sala de Partos com

os serviços de SUOG, Internamento de Grávidas e Puérperas é separado em pisos diferentes, 5.º piso, 2.º piso, 4.º piso e 5.º piso, respectivamente, dependendo sempre dos elevadores para transição, o que pode tornar-se desafiador e arriscado para o bem-estar materno fetal quando existem urgências obstétricas, como por exemplo o parto ocorrer no elevador, ou mesma na maca durante a transferência.

Nas atividades desenvolvidas durante os dois contextos clínicos na Sala de Partos, a atenção sempre foi direcionada à mulher e acompanhante, de acordo com o plano de partos quando os detinham e os protocolos de cada entidade, de forma a garantir intervenções de qualidade e risco controlado durante o trabalho de parto e parto, a participação no diagnóstico precoce de complicações fetais com a monitorização do TP e identificação dos desvios da normalidade, referenciando sempre as situações que estavam para além da nossa área de atuação como ESMO. A monitorização fetal intraparto visa evitar a ocorrência de lesões relacionadas com hipoxia/acidose e a realização de intervenções desnecessárias que podem desencadear morbilidade materna e/ou fetal (Campos et al., 2015).

Conforme os dados da Direção-Geral de Saúde (2018), no ano de 2017, 91,7% dos nados-vivos em Portugal resultaram de uma gravidez de termo (37 ou mais semanas), atentando à uma proporção relativamente diminuída de nados-vivos prematuros (8,1%). Nos últimos dez anos a quantidade de nados-vivos de termo vem tendo um crescimento constante, evidenciando a melhoria e a qualidade da prestação de cuidados da vigilância da gravidez no país (DGS, 2018).

Relativamente à elaboração da entrevista diagnóstica na qual eram recolhidos os dados sobre antecedentes obstétricos e familiares, exame físico, estática fetal e cervicometria foram habilidades desenvolvidas com melhoria progressiva, assim como a avaliação do canal de parto, parto e aplicação de técnicas de reparação como o bloqueio dos pudendos, episiotomias e episiorrafias.

Foi avaliado sempre as condições de adaptação do RN à vida extrauterina, com promoção contínua da vinculação precoce, contato pele-a-pele, clampagem tardia do cordão e amamentação na primeira hora de vida, consoante as possibilidades, assegurando a privacidade, conforto e sucesso da tríade. Os autores Neczypor e Holley, (2017) salientam a importâncias do corte tardio do cordão e de proporcionar o contato pele a pele sendo a equipa de enfermagem a principal responsável para garantir estes

procedimentos e a qualidade da assistência de enfermagem (Bingham et al., 2019; Neczypor & Holley, 2017). Também foi possível observar e realizar a colheita de sangue e tecido do cordão umbilical para o kit de criopreservação.

A vigilância por parte da equipa de enfermagem deve ser contínua no puerpério imediato, principalmente nas primeiras duas horas, por ser o período de maior risco para a ocorrência de complicações (Mckinney et al., 2013). É imperativo que o ESMO que acompanhou todo o TP avalie as perdas hemáticas totais e os sinais e sintomas sugestivos de hemorragia como: sudorese, palidez acentuada, agitação, taquicardia, hipotensão, lipotimia ou inconsciência, e com a identificação precoce deste quadro pode-se prevenir o seu agravamento, o aparecimento de outras complicações e facilita na correção adequada e atempada (Néné & Sequeira, 2016). Durante este período foram realizadas as avaliações dos parâmetros vitais, avaliação do globo de segurança de Pinard, avaliação do períneo e medidas de controlo da dor.

Foi identificado um problema com as equipas de enfermeiros da sala de partos e do bloco cirúrgico no HA, visto que informaram que as enfermeiras do bloco cirúrgico não podem pegar no RN, mesmo que a mãe esteja ainda sob os cuidados do setor. Isto prejudica o *bonding*, visto que já não se consegue realizar o contacto pele a pele na cesariana e para conseguir iniciar a 1.^a mamada, tem que ser o enfermeiro do bloco de parto a deslocar-se para o bloco cirúrgico. Apesar de estes serviços serem interligados e já ter um enfermeiro que é responsável pelo recobro das senhoras, este não se responsabiliza pelo RN e nega-se a auxiliar no AM, auxiliar no contacto pele a pele e iniciar o AM enquanto o RN estiver na sala de recuperação pós-anestésica.

O termo *bonding* foi utilizado por Klaus e Kennell (1976) para se referir a relação estabelecida entre a mãe e o bebé desde os primeiros contatos. Essa relação entre mãe/bebé é facilitada pela readaptação do sistema hormonal da mulher, estimulada pela presença do bebé e ocorre imediatamente a seguir ao parto (Frias & Franco, 2008). Infelizmente pelos relatos de vários profissionais da unidade, muitas das vezes não é possível que a 1.^a mamada seja realizada na 1.^a hora de vida às senhoras submetidas a cesarianas, dificultando a vinculação e o início do aleitamento materno no HA (Neczypor & Holley, 2017).

Cuidar em saúde na área de Saúde Materna e Obstétrica (SMO) requer empenho e dedicação, neste sentido durante os estágios no bloco de partos do Hospital de Abrantes

e do Hospital de Santa Maria desenvolvi com sucesso as competências de cuidar da mulher durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, nos cuidados à parturiente e do RN na sua adaptação à vida extra uterina, na mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e no grupo-alvo (mulheres em idade fértil) promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Ao longo dos campos clínicos tive reconhecimento e agradecimento pelos cuidados prestados em 3 situações diferentes, sendo que em uma delas foi por escrito com o meu nome, o que me deixou bastante orgulhosa e feliz por estar a prestar bons cuidados e marcando os momentos de cada família na qual tive a oportunidade de colaborar. Segue abaixo a figura com os registos dos procedimentos realizados em ambos os hospitais no Bloco de Partos.

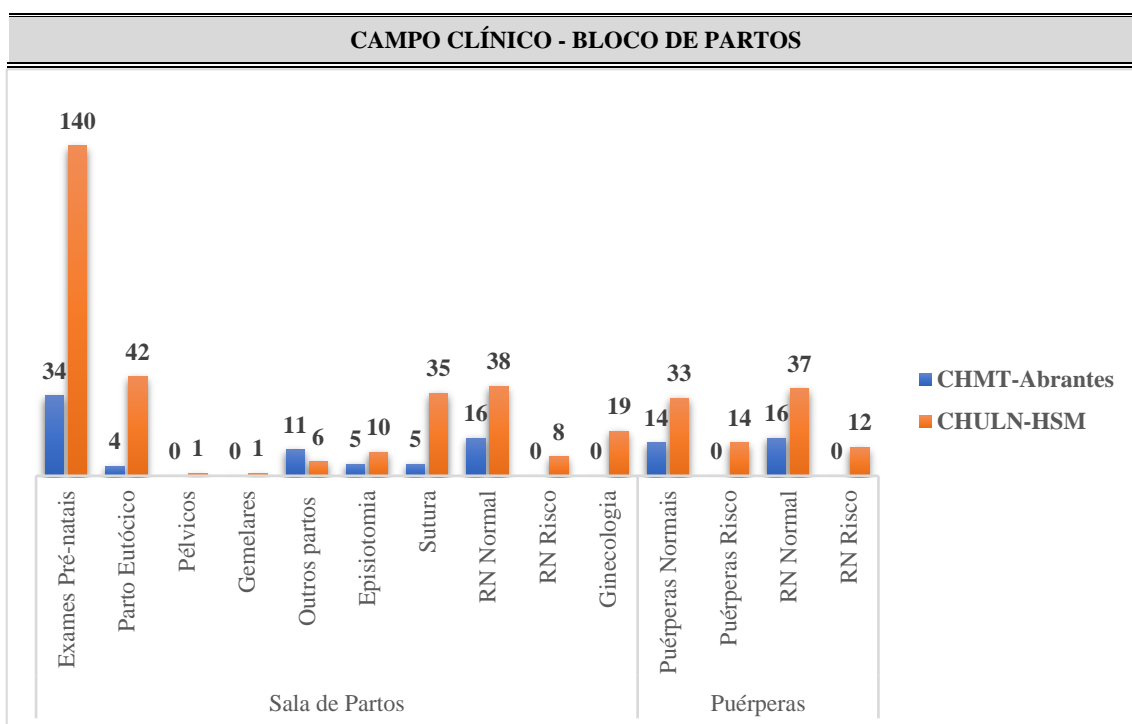


Figura 5. Registo comparativo do ENP Bloco de Partos – HA e HSM

Fonte: dados recolhidos ao longo do estágio

Para a aquisição da competência de cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, potencializando a saúde da puérpera e do RN e apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade decorreu o estágio no serviço de puerpério do Hospital Santa Maria. As intervenções realizadas estavam

centradas na promoção da saúde, apoio e aconselhamento na amamentação, cuidados de enfermagem à puérpera para o bem-estar físico e mental, a adaptação ao pós-parto, o RN e os cuidados ao RN. No âmbito da saúde da mulher, o ESMO é capaz de determinar intervenções para potenciar a saúde da díade (mãe/bebé) após o parto, considerando cada situação específica, com promoção de ações para o AM (Neczypor & Holley, 2017). Progressivamente, desenvolveu-se as competências nesta área, com a capacidade de identificar e monitorar situações de complicações do período puerperal e de atuar de forma preventiva. Foi realizado momentos de educação para a saúde sobre a adaptação à parentalidade, sexualidade, contraceção, sinais de alarme e complicações no período do pós-parto, bem como sobre o crescimento, desenvolvimento, medidas de segurança, manobra de engasgamento, sinais e sintomas de alarme para o recém-nascido e amamentação (Apêndice 3).

Enquanto promotores da saúde e prestadores de cuidados de enfermagem, os enfermeiros têm o dever de prestar cuidados que satisfaçam as reais necessidades da puérpera e do RN. Sendo assim, o enfermeiro deve estabelecer uma relação de ajuda com a puérpera, identificando as necessidades individuais, de forma a levantar diagnósticos de enfermagem para o desenvolvimento, execução e avaliação do plano de intervenções de enfermagem (Néné & Sequeira, 2016).

No período do puerpério acontecem inúmeras alterações fisiológicas, físicas e psicológicas que devem ser foco do cuidado dos enfermeiros, destinando-se não só a prevenção de complicações, como também o incentivo para a autonomia e autocuidado da puérpera e nos cuidados ao RN (Santos & Baptista, 2016). A avaliação no puerpério deve ser realizada de acordo com o tipo de parto, tempo decorrido após o parto, antecedentes clínicos e a situação atual de saúde da mulher (Mckinney et al., 2013). Lima et al. (2017), salientam que para obter um atendimento de qualidade no período puerperal é necessário reconhecer a individualidade de cada mulher, de forma a que as intervenções de enfermagem atendam às necessidades e expectativas de cada família.

Realizou-se, também, educação para saúde no Aleitamento Materno com *PowerPoint* apresentado em sessão para grávidas no dia da alta hospitalar, de forma ajudar no posicionamento correto do bebé, boa pega, informações e esclarecimentos de dúvidas (Apêndice 3). O Aleitamento Materno em Portugal alinha-se de acordo com a política nacional para o desenvolvimento de uma estratégia nacional para a alimentação

do lactente e da criança pequena, juntamente com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e os dados recolhidos no último Inquérito Nacional de Saúde (2014) mostram uma evolução favorável AME aos 6 meses de vida, sendo validados por dados provisórios obtidos em 2017 a partir da notícia de nascimento (DGS, 2018). De acordo com este inquérito, no item “Amamentou em exclusivo o seu bebé (apenas leite materno)?”, aos 3 meses cerca de 55,9% de mulheres amamentavam em exclusivo, entre os quais 60,6% eram residentes em Portugal Continental. Para as mulheres que amamentaram em exclusivo pelo menos até aos 4 meses a percentagem foi de 48,5% em todo o território, sendo ainda 53% em Portugal Continental, no qual até aos 6 meses foi de 32,3%, sendo 30,3% a nível nacional (INE, 2016).

Foi muito gratificante acompanhar a díade no processo de adaptação ao puerpério, no qual tive dois reconhecimentos e agradecimentos por parte de duas famílias, uma mãe que era o primeiro filho, como muitas dúvidas, medos e dificuldades na amamentação e pude orientar, ajudar durante o internamento e quando tiveram alta clínica quis ter o meu contato pessoal e enviou-me uma mensagem de agradecimento em nome da família e uma mãe que indicou que estava escrevendo um livro sobre a gravidez de risco que teve, o nascimento e o desenvolvimento do seu filho e que estaria o meu nome no livro, visto que a acompanhei desde o momento que entrou para a realização da Indução do TP no setor do IMMF setor no qual trabalho, pude acompanhá-la no 1.º e 2.º estágio no Bloco de Partos (estava no último turno) e prestar os cuidados quando puérpera no internamento. Segue abaixo a figura correspondente aos números de atendimentos durante este campo clínico.

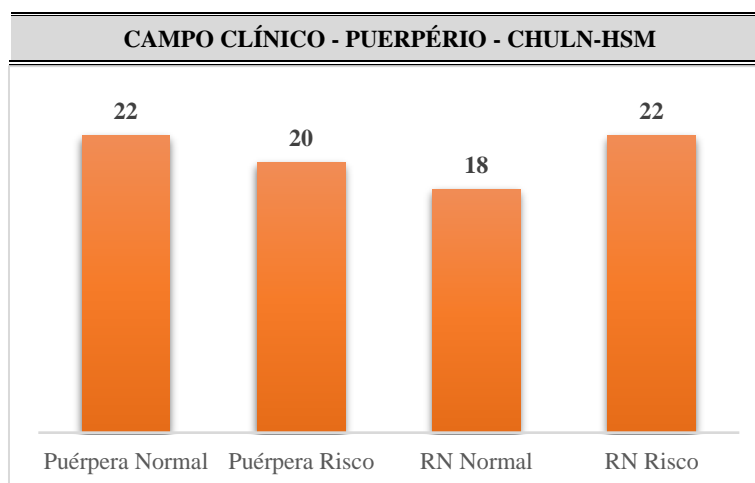


Figura 6. Registo Puerpério – HSM
Fonte: dados recolhidos ao longo do estágio

Ainda houve a oportunidade de observar durante 3 turnos os cuidados aos recém-nascidos de risco, na neonatologia do HSM. Foi uma vivência extremamente importante de experienciar, visto que no âmbito da saúde da mulher e da criança, no estado mais debilitado que se encontra o RN nos cuidados de neonatais, a compreensão de como funciona o sector, o ambiente, as normas e os cuidados prestados, auxiliar para o suporte das mães que são separadas precocemente dos seus filhos. Particularmente consegui durante os estágios acompanhar o internamento de uma grávida, acompanhá-la no internamento de medicina materno fetal (setor que trabalho), recebê-la enquanto aluna no bloco de partos, acompanhá-la no puerpério e quando estive na neonatologia a sua bebé ainda estava internada e ainda pude observar os cuidados neonatos da RN. Com esta experiência na neonatologia, conhecer o ambiente, as rotinas, os profissionais e os cuidados prestados aos neonatos, foi possível prestar apoio e orientar muitas grávidas que estão em situações de risco de parto prematuro, estabelecendo uma relação próxima que permitiu expressar os medos e as preocupações a respeito do internamento na neonatologia (Oliveira et al., 2017).

De forma a diminuir as causas de stress na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a humanização é uma das principais estratégias para auxiliar no desenvolvimento e melhoria do RN, sendo os trabalhadores que compõem a equipa de enfermagem os grandes responsáveis por propiciar um ambiente adequado e agradável (Coelho et al., 2018; Silva & Tonon, 2020). Segundo Oliveira et al. (2017) a UTIN e o cuidado de enfermagem devem estar focados nas necessidades da mãe-filho e nos demais familiares, de forma que o cuidado seja centrado na família e encorajando-os ao envolvimento afetivo. Desta forma propicia a minimização do tempo de internamento, o aumento das relações afetivas e a vinculação com uma relação de confiança entre a família e a equipa de enfermagem (Oliveira et al., 2017). Foram observados 8 RN de risco, sendo deles 6 RN nos cuidados intensivos e 2 RN nos cuidados intermédios.

Em complemento relativamente à temática de interesse, foi adquirido competências necessárias à escrita científica, à capacidade reflexiva, à investigação e à pesquisa científica através da aquisição de conhecimentos técnicos, científicos e humanos que auxiliaram durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados na promoção e manutenção do aleitamento materno. Para tanto, além da realização de um estudo de revisão temática que tinha como objetivo identificar na literatura de contexto

científico as intervenções e estratégias de saúde realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica para a melhoria e manutenção dos cuidados no aleitamento materno, foram realizadas atividades de educação desenvolvidas nos diversos campos clínicos, estudo teórico, alargamento do conhecimento individual, partilha com os colegas, que possibilitaram assim o amadurecimento e desenvolvimento de enfermeira com habilidades e atitudes de futura EESMO.

Na tabela 5, estão apresentadas as experiências práticas, que tive a oportunidade de desempenhar ao longo do Estágio de Natureza Profissional (Apêndice 4), de forma a dar resposta ao preconizado na Diretiva Europeia, transposta para a Lei Portuguesa através da Lei n.º 9/2009 de 4 de março.

Tabela 5. Experiências Práticas do ENP – 2020/2021

Vigilância e prestação de cuidados à grávida	
Exames pré-natais (100)	398
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
Partos Eutócicos (40)	46
Participação ativa em partos pélvicos	1
Participação ativa em partos gemelares	1
Participação ativa noutros partos	16
Episiotomia	15
Episiorrafia / perineorrafia	40
Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
Gravidez	188
Trabalho de parto	76
Puerpério	43
Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	102
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis (100)	156
Vigilância e prestação de cuidados ao RN de risco	54
Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas	93

Fonte: dados recolhidos ao longo do estágio

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A unidade curricular Estágio de Natureza Profissional, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora, permitiu a aprendizagem, o desenvolvimento e a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialistas como também as competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, sob diferentes contextos clínicos, de forma a acompanhar e prestar atendimento nos cuidados à mulher inserida na família e comunidade para o planeamento familiar, nos períodos preconcepcional, grávidas, pré-natal, grávidas com patologia, parturientes, parto, puerpério, casais, recém-nascidos, mulheres em processo de abortamento, IVG, IMG, nos processos de saúde/doença ginecológica e grupo-alvo, mulheres com patologias ginecológicas e no climatério em menor quantidade através das técnicas de exames complementares.

Os objetivos curriculares preconizados e delineados inicialmente foram atingidos com sucesso, de acordo com as análises das atividades que se desenvolveram, experiências individuais e competências adquiridas e as reflexões feitas com um pensamento crítico em todo o percurso, entretanto há de se considerar que o conhecimento, a aprendizagem e o desenvolvimento para a prática em saúde materna e obstétrica é um processo gradual, contínuo e constante, consoante a aquisição de mais experiência e melhoria na prática clínica especializada baseada na evidência científica.

E em complemento relativamente à temática de interesse, foi adquirido competências necessárias à escrita científica, à capacidade reflexiva, à investigação e à pesquisa científica através da aquisição de conhecimentos técnicos, científicos e humanos que auxiliaram durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados na promoção e manutenção do Aleitamento Materno. Durante o percurso foi realizada uma revisão integrativa da literatura que resultou em um artigo e obtive a primeira publicação em um capítulo de livro, motivo de grande satisfação e felicidade (Apêndice 2).

No aprofundamento temático verificou-se que há intervenções inovadoras como por exemplo a conversão e adaptação de um programa de intervenções para uma aplicação móvel “The Milk Way”, como também a capacitação de alunos da especialidade com simulação de lactação de alta fidelidade para melhoria da autoeficácia nas habilidades de lactação tanto em ambiente de sala de aula como em contexto clínico. Grupos locais de apoio a amamentação no Facebook, através de um estudo aprofundado evidenciaram que

tem possibilitado o desenvolvimento e formação de apoio as mães com moderação das informações por parteiras, especialistas em lactação e mães com experiência para o aleitamento materno, sendo alvo para o aumento do bem-estar, motivação e duração do AM. A educação e apoio contínuos a longo prazo, individualizados ou não, liderado por parteiras e aliados à outras especialidades estão associadas ao aumento da duração e exclusividade da amamentação. Assim como também um diálogo global acerca do impacto do COVID-19 na amamentação e práticas de leite humano, traz preocupações, reflexões, evidências e faz um desafio para os profissionais de saúde, que baseados em evidências, possam mudar os paradigmas atuais da prática do pré-natal e do pós-parto para proteção da fisiologia da lactação e certificar que todas as famílias tenham acesso igualitário para a educação, cuidados e assistência técnica em lactação. Educar os profissionais de saúde e as famílias é uma componente necessária para o sucesso das intervenções na amamentação e uma estratégia essencial para influenciar as decisões esclarecidas e informadas das mães de amamentar e conseqüentemente melhorar os índices gerais da amamentação.

Além disso, durante a busca ativa na literatura científica atual, foram encontrados diversos estudos recentes e vários seguem em desenvolvimento, o que traduz a relevância na área de cuidados com a amamentação, a inquietude e a necessidade de ainda mais estudos, que tendem a resultar em melhorias nas práticas e resultados ainda melhores para a amamentação, sendo de interesse pessoal dar continuidade às pesquisas e investigação na área do AM.

No que diz respeito às limitações no decorrer do ENP, tiveram as advindas da pandemia COVID-19, com as alterações da calendarização e dos campos clínicos, atividades que não puderam ser desenvolvidas por terem sido suspensas dada a situação, em exemplo o curso de preparação para parentalidade, cantinho da amamentação e cirurgias eletivas de ginecologia, como também a sobrecarga horária na posição de trabalhador-estudante.

No mais, o estágio de natureza profissional proporcionou uma diversidade de experiências multiculturais, multidisciplinar, em variados contextos físicos e clínicos que contribuíram para o desenvolvimento, reflexão e enriquecimento tanto a nível profissional como pessoal, melhorando e capacitando a qualidade dos cuidados no âmbito da saúde materna e obstétrica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J., Luz, S., & Ued, F. (2015). Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. *Rev Paul Pediatr*, 33(3), 356-363. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>
- APA, A. P. A. (2020). Publication Manual of the American Psychological Association. In *The official source for APA Style* (7th ed ed.).
- Baker, B., & Yang, I. (2018). Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sex Reprod Healthc*, 17, 31-34. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.05.003>
- Balogun, O., O'Sullivan, E., McFadden, A., Ota, E., Gavine, A., Garner, C., & MacGillivray, S. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, CD001688. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001688.pub3>
- Barbosa, G., Silva, V., Pereira, J., Soares, M., Medeiros, R., Pereira, L., & Caldeira, A. (2017). Initial breastfeeding difficulties and association with breast disorders among postpartum women. *Rev Paul Pediatr*, 35(3), 265-272. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2017;35;3;00004>
- Bbaale, E. (2014). Determinants of early initiation, exclusiveness, and duration of breastfeeding in Uganda. *J Health Popul Nutr*, 32(2), 249-260.
- Bellù, R., & Condò, M. (2017). Breastfeeding promotion: evidence and problems. *Pediatr Med Chir*, 39(2), 156. <https://doi.org/10.4081/pmc.2017.156>
- Belvedere, M., Andreasen, R., Smith, R., Thomas, K., & Sever, T. (2018). Archives of epidemiology barriers to optimal breastfeeding in rural Indonesia. In (pp. 1–7).
- Bingham, D., Boisvert, M., 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. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.07.004>
- Brasil. (2015). *Saúde da Criança: Aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília Retrieved from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

- Bridges, N., Howell, G., & Schmied, V. (2018). Exploring breastfeeding support on social media. *Int Breastfeed J*, 13, 22. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0166-9>
- Brown, A., & Shenker, N. (2020). *Breastfeeding support during COVID-19 - A summary report*. Retrieved from <https://www.breastfeedingnetwork.org.uk/breastfeeding-support-during-covid-19-summary/>
- Campos, A. d., Spong, D., & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *Int J Gynaecol Obstet*, 131, 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Carvalho, M. R., & Tavares (2014). *Amamentação: Bases Científicas* (G. Koogan, Ed.).
- Cavalcanti, T., & Holanda, V. (2019). Participação paterna no ciclo gravídico-puerperal e seus efeitos sob a saúde da mulher. *Enfermagem em Foco*, 10(1), 93-98.
- Chambers, C., Krogstad, P., Bertrand, K., Contreras, D., Tobin, N. H., Bode, L., & Aldrovandi, G. (2020). Evaluation for SARS-CoV-2 in Breast Milk From 18 Infected Women. *JAMA*, 324(13), 1347-1348. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.15580>
- CHBM. (2021). Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. Retrieved from <http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar/historia>
- Cheema, R., Partridge, E., Kair, L., Kuhn-Riordon, K., Silva, A., Bettinelli, M., & Blumberg, D. (2020). Protecting Breastfeeding during the COVID-19 Pandemic. *Am J Perinatol*. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714277>
- Chen, L., Du, W., Dai, J., Zhang, Q., Si, G., Yang, H., & Lu, X. (2014). Effects of subclinical hypothyroidism on maternal and perinatal outcomes during pregnancy: a single-center cohort study of a Chinese population. *PLoS One*, 9(10), e109364. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109364>
- CHMT, E. P. E. (2021). Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-medio-tejo-epe/>
- Choi, W., Dyens, O., Chan, T., Schijven, M., Lajoie, S., Mancini, M., & Aggarwal, R. (2017). Engagement and learning in simulation: recommendations of the Simnovate Engaged Learning Domain Group. *BMJ Simul. Technol. Enhanc. Learn*, 3, S23–S32. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2016-000177>
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., & Martinez, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and

- meta-analysis. *Acta Paediatr*, 104(467), 96-113.
<https://doi.org/10.1111/apa.13102>
- Chuisano, S., & Anderson, O. (2020). Assessing Application-Based Breastfeeding Education for Physicians and Nurses: A Scoping Review. *J Hum Lact*, 36(4), 699-709. <https://doi.org/10.1177/0890334419848414>
- Coelho, A., Custódio, D., Rosso, G., Silva, R., Silva, J., & Carniel, F. (2018). Nursing team and humanized assistance in neonatal UTI. In (Vol. 49(69), pp. 873-877): ReonFacema.
- Consales, A., Crippa, B., Cerasani, J., Morniroli, D., Damonte, M., Bettinelli, M., & Gianni, M. (2020). Overcoming Rooming-In Barriers: A Survey on Mothers' Perspectives. *Front Pediatr*, 8, 53. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00053>
- Dagla, M., Mrvoljak-Theodoropoulou, I., Vogiatzoglou, M., Giamalidou, A., Tsolaridou, E., Mavrou, M., & Antoniou, E. (2021). Association between Breastfeeding Duration and Long-Term Midwifery-Led Support and Psychosocial Support: Outcomes from a Greek Non-Randomized Controlled Perinatal Health Intervention. *Int J Environ Res Public Health*, 18(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph18041988>
- Davenport, M., Meyer, S., Meah, V., Strynadka, M., & Khurana, R. (2020). Moms are not OK: COVID-19 and maternal mental health. In: *Front Glob Womens Health*.
- Decreto-Lei n.º 16/2007. (2007). In (17 de abril de 2007 ed., Vol. 1.ª série). Portugal: Diário da República.
- Del Ciampo, L., & Del Ciampo, I. (2018). Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 40(6), 354-359. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657766>
- Despacho n.º 11049/2018. In (26 de novembro de 2018 ed., Vol. 2.ª série). Portugal: Diário da República.
- DGS. (2015). Programa Nacional para Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. In. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- DGS. (2018). *Saúde Infantil e Juvenil - Portugal*. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-saude-infantil-e-juvenil-portugal-2018.aspx>

- DGS. (2019a). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos. Linhas de orientação para profissionais e educadores. Lisboa. Retrieved from Retrieved from <https://www.dge.mec.pt/noticias/manual-alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos-linhas-de-orientacao-para-profissionais-e>
- DGS. (2019b). *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez - 2018*. Lisboa Retrieved from https://www.spdc.pt/images/RelatrioIVG2018_Imprensa.pdf
- Dias, C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*, *171*, 142-154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.022>
- DRE. (2005a). Decreto-Lei n.º 93/2005. In Ministério da Saúde (Ed.), *Diário da República n.º 109/2005* (pp. 3636 - 3637).
- DRE. (2005b). Decreto-Lei n.º 233/2005. Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos. *Diário da República n.º 249/2005* (Ed.)
- DRE. (2009). Decreto-lei n.º 280/2009. In Ministério da Saúde (Ed.), *Diário da República n.º 193/2009* (pp. 7296 - 7297).
- DRE. (2021). Lei n.º 9/2009. Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. In *Diário da República Eletrónico* (Ed.), *Diário da República n.º 44/2009, Série I de 2009-03-04*.
- Fenger-Grøn, J., Fenger-Grøn, M., Blunck, C., Schønemann-Rigel, H., & Wielandt, H. (2015). Low breastfeeding rates and body mass index in Danish children of women with gestational diabetes mellitus. *Int Breastfeed J*, *10*, 26. <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0051-8>
- Fitzgerald, M., & McClelland, T. (2017). What makes a mobile app successful in supporting health behaviour change? *Health Educ*, *76*, 373-381. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0017896916681179>
- Fonseca, M. , Haas, V., Stefanello, J., Nakano, A., & Gomes, S. (2012). Aleitamento materno: conhecimento e prática. *Rev Esc Enferm USP*, *46*(4), p. 809-815

- Fox, A., Marino, J., Amanat, F., Oguntuyo, K., Hahn-Holbrook, J., Lee, B., & Powell, R. (2022). The IgA in milk induced by SARS-CoV-2 infection is comprised of mainly secretory antibody that is neutralizing and highly durable over time. *PLoS One*, *17*(3), e0249723. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249723>
- Frias, A., & Franco, V. (2008). Percepção do Parto e Envolvimento Emocional da Mãe com o Recém-Nascido. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *N.º 1*, 37-46.
- Froh, E., Schwarz, J., & Spatz, D. (2020). Lactation Outcomes Among Dyads Following Participation in a Model of Group Prenatal Care for Patients with Prenatally Diagnosed Fetal Anomalies. *Breastfeed Med*, *15*(11), 698-702. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0061>
- Gaffney, K., Kitsantas, P., Brito, A., & Swamidoss, C. (2014). Postpartum depression, infant feeding practices, and infant weight gain at six months of age. *J Pediatr Health Care*, *28*(1), 43-50. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2012.10.005>
- Gavine, A., MacGillivray, S., Renfrew, M., Siebelt, L., Haggi, H., & McFadden, A. (2016). Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *Int Breastfeed J*, *12*, 6. <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0097-2>
- Goetz, M., Müller, M., Matthies, L., Hansen, J., Doster, A., Szabo, A., & Wallwiener, S. (2017). Perceptions of Patient Engagement Applications During Pregnancy: A Qualitative Assessment of the Patient's Perspective. *JMIR Mhealth Uhealth*, *5*(5), e73. <https://doi.org/10.2196/mhealth.7040>
- Grabowski, A., Anderson, O., Zielinski, R., Scott, M., Hammer, L., Bassil, M., & Sadovnikova, A. (2020). Midwifery students better approximate their self-efficacy in clinical lactation after reflecting in and on their performance in the LactSim OSCE. *Adv Simul (Lond)*, *5*, 28. <https://doi.org/10.1186/s41077-020-00143-z>
- Grabowski, A., Chuisano, S., Strock, K., Zielinski, R., Anderson, O., & Sadovnikova, A. (2021). A pilot study to evaluate the effect of classroom-based high-fidelity simulation on midwifery students' self-efficacy in clinical lactation and perceived translation of skills to the care of the breastfeeding mother-infant dyad. *Midwifery*, *102*, 103078. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103078>

- Guerreiro, C., & Dias, I. (2016). Conceitos Básicos de Enfermagem Pré-concepcional. In L. Lidel - Edições Técnicas (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª Edição ed., pp. 4-5).
- Hakala, M., Kaakinen, P., Kääriäinen, M., Bloigu, R., Hannula, L., & Elo, S. (2021). Maternity ward staff perceptions of exclusive breastfeeding in Finnish maternity hospitals: A cross-sectional study. *Eur J Midwifery*, 5, 16. <https://doi.org/10.18332/ejm/134846>
- Harman, T., & Wakeford, A. (2020). About the Infant Microbiome COVID-19 Project. In M. Courses (Ed.).
- Hauck, Y., Fenwick, J., Dhaliwal, S., & Butt, J. (2011). A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Matern Child Health J*, 15(2), 260-268. <https://doi.org/10.1007/s10995-009-0554-2>
- HSM, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte E.P.E. Hospital Santa Maria (2021). Retrieved 28 de outubro from <https://www.chln.min-saude.pt/index.php>
- ICM, International Confederation of Midwives (2019). Essential Competencies for Midwifery Practice: 2019. Retrieved from <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>
- Iliadou, M., Lykeridou, K., Prezerakos, P., Swift, E., & Tziaferi, S. G. (2018). Measuring the Effectiveness of a Midwife-led Education Programme in Terms of Breastfeeding Knowledge and Self-efficacy, Attitudes Towards Breastfeeding, and Perceived Barriers of Breastfeeding Among Pregnant Women. *Mater Sociomed*, 30(4), 240-245. <https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.240-245>
- Iliodromiti, Z., Zografaki, I., Papamichail, D., Stavrou, T., Gaki, E., Ekizoglou, C., & Antoniadou, I. (2020). Increase of breast-feeding in the past decade in Greece, but still low uptake: cross-sectional studies in 2007 and 2017. *Public Health Nutr*, 23(6), 961-970. <https://doi.org/10.1017/S1368980019003719>
- INE, I. P. (2016). Inquérito Nacional de Saúde 2014. In. Lisboa- Portugal: Instituto Nacional de Estatística - Statistics Portugal.
- Jeon, E., & Park, H. (2015). Nursing Intervention using smartphone technologies; a systematic review and meta-analysis. *Stud Health Technol Inform*, 210, 321-325.

- Kim, S., Park, S., Oh, J., Kim, J., & Ahn, S. (2018). Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud*, 80, 94-105. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.004>
- Klaus, M., & Kennell, J. (1976). Maternal-infant bonding. In. Saint Louis: The C. V. Mosby Company.
- Krol, K., & Grossmann, T. (2018). Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 61(8), 977-985. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2769-0>
- Lanzaro, C., Santos, P., Guerra, A., Pinto Hespagnol, A., & Esteves, M. (2015). Prevalência do Aleitamento Materno: Comparação entre uma População Urbana e uma População Rural do Norte de Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa* - 46, 101-108.
- Lee, Y., & Moon, M. (2016). Utilization and Content Evaluation of Mobile Applications for Pregnancy, Birth, and Child Care. *Healthc Inform Res*, 22(2), 73-80. <https://doi.org/10.4258/hir.2016.22.2.73>
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., & Ramos, E. (2017). Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. In (Universidade do Porto ed.).
- Lopes, J., & Chora, M. (2019). Aleitamento materno: fatores que contribuem para o abandono precoce. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento - RIASE*, 5(2).
- Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. In. Porto: INES-TEC
- Lupton, D., & Pedersen, S. (2016). An Australian survey of women's use of pregnancy and parenting apps. *Women Birth*, 29(4), 368-375. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.01.008>
- Manerkar, K., Harding, J., Conlon, C., & McKinlay, C. (2020). Maternal gestational diabetes and infant feeding, nutrition and growth: a systematic review and meta-analysis. *Br J Nutr*, 123(11), 1201-1215. <https://doi.org/10.1017/S0007114520000264>

- Martins, J., Baptista, R., Coutinho, V., Fernandes, M., & Fernandes, A. (2018). Simulation in Nursing and Midwifery Education. In Copenhagen: WHO
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J., & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- Mckinney, E., James, S., Murray, S., Nelson, K., & Ashwill, J. (2013). *Maternal Child Nursing*. In (4.^a ed ed.). Missouri: Elsevier.
- Medeiros, A., & Frias, A. (2021). Intervenções de Enfermagem frente à melhoria de cuidados no aleitamento materno: revisão integrativa. In E. C. D. LTDA (Ed.), *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida*. 1^a Edição ed., pp. 189-207. <https://doi.org/10.37885/210906173>
- Medeiros, T., Arruda, L., Moia, M., Machado, E., Igreja, P., Silva, K., & Silva, S. (2020). Percepção das gestantes sobre a participação familiar no pré-natal. *Braz. J. of Develop*, 6(4), 18777- 18792.
- Meedya, S., Fahy, K., & Parratt, J. (2016). The Milky Way educational and support programme: Structure, content and strategies. *Women Birth*, 29(4), 388-393. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.01.006>
- Meedya, S., Fahy, K., Yoxall, J., & Parratt, J. (2014). Increasing breastfeeding rates to six months among nulliparous women: a quasi-experimental study. *Midwifery*, 30(3), e137-144. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.010>
- Meedya, S., Fernandez, R., & Fahy, K. (2017). Effect of educational and support interventions on long-term breastfeeding rates in primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *JBISRIR*, 15(9), 2307-2332. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-002955>
- Meedya, S., Sheikh, M., Win, K., & Halcomb, E. (2019). Evaluation of breastfeeding mobile health applications based on the persuasive system design model. In *Persuasive Technology* (pp. 189-201).
- Meedya, S., Win, K., Yeatman, H., Fahy, K., Walton, K., Burgess, L., & Halcomb, E. (2021). Developing and testing a mobile application for breastfeeding support: The Milky Way application. *Women Birth*, 34(2), e196-e203. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.006>

- Mello, M., Parauta, T., Saldanha, B., & Lemos, A. (2020). The young father involvement in the prenatal care: the perspective of health professional. *Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online*, 12, 95-100.
- Menezes, M., & Scorsolini-Comin, F. (2019). Envolvimento paterno na relação mãe-bebê: revisão integrativa da literatura. *Psicol. rev.*, 25(1), 19-39.
- Mobasher, M., Johnston, M., King, D., Leff, D., Thiruchelvam, P., & Darzi, A. (2014). Smartphone breast applications - what's the evidence? *Breast*, 23(5), 683-689. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2014.07.006>
- Moore, E., Bergman, N., Anderson, G., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Morse, H., & Brown, A. (2021). Accessing local support online: Mothers' experiences of local Breastfeeding Support Facebook groups. *Matern Child Nutr*, 17(4), e13227. <https://doi.org/10.1111/mcn.13227>
- Neczypor, J., & Holley, S. (2017). Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nursing for Women's Health*, 21(6), 462-472.
- Newby, R., & Davies, P. (2016). Why do women stop breast-feeding? Results from a contemporary prospective study in a cohort of Australian women. *Eur J Clin Nutr*, 70(12), 1428-1432. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2016.157>
- Nguyen, P., Pham, N., Chu, K., Van Duong, D., & Van Do, D. (2019). Gestational Diabetes and Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review. *Asia Pac J Public Health*, 31(3), 183-198. <https://doi.org/10.1177/1010539519833497>
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel - Edições técnicas, Lda.
- NICE. (2020). Continuous glucose monitoring: Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period: Evidence review A. In *NICE Evidence Reviews Collection* <https://doi.org/NBK566061>
- OE. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Portugal: Diário da República.
- OE. (2019a). In (3 de maio de 2019 ed., Vol. 2.ª série). Portugal: Diário da República.
- OE. (2019b). Parecer nº 43/2019. In Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ed.), *Cálculo de Dotações Seguras no Cuidados de enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (SMO)* (pp. 1-4). Portugal.

- OE. (2019c). Regulamento n.º 140/2019. In *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (6 de fevereiro de 2019 ed., Vol. 2.ª série). Portugal: Diário da República.
- OE. (2019d). Regulamento n.º 391/2019. In *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica* (3 de maio de 2019 ed., Vol. 2.ª série). Portugal: Diário da República.
- Oliveira, S., Guimaraes, M., Júnior, J., Santos, R., & Sousa, D. (2017). Assistência de enfermagem ao recém-nascido prematura na unidade de terapia intensiva neonatal. In (pp. 9-12). Anais: In: International Nursing Congress
- OMS. (2020). Clinical Management of Severe Acute Respiratory Infection (SARI) When COVID-19 Disease Is Suspected: Interim Guidance. In: Interim Guidance.
- OMS. (2021). *Aleitamento Materno*. Retrieved 25 de Agosto from https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- Órfão, A., Santos, C., & Magalhães, C. (2013). RAM - Registo do aleitamento materno. Relatório janeiro a dezembro de 2012.
- Oza-Frank, R., & Gunderson, E. (2017). In-Hospital Breastfeeding Experiences Among Women with Gestational Diabetes. *Breastfeed Med*, 12, 261-268. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0197>
- Pace, R., Williams, J., Järvinen, K., Belfort, M., Pace, C., Lackey, K., & McGuire, M. (2020). COVID-19 and human milk: SARS-CoV-2, antibodies, and neutralizing capacity. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.09.16.20196071>
- Pace, R., Williams, J., Järvinen, K., Belfort, M., Pace, C., Lackey, K., & McGuire, M. (2021). Characterization of SARS-CoV-2 RNA, Antibodies, and Neutralizing Capacity in Milk Produced by Women with COVID-19. *mBio*, 12(1). <https://doi.org/10.1128/mBio.03192-20>
- Padilha, M., Martins, 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), 83-89. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>
- Patnode, C., Henninger, M., Senger, C., Perdue, L., & Whitlock, E. (2016). Primary Care Interventions to Support Breastfeeding: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. In. <https://doi.org/NBK396073>

- PORDATA. (2020). População residente: total e por grandes grupos etários. Retrieved from: <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios-390>
- Queiroz, E., Santos, A., Melo, K., Magalhães, A., Martins, L., Portela, F., & Ferreira, V. (2019). Avaliação da adesão ao pré-natal do parceiro: impacto no trinômio. *Braz. J. Hea. Rev.*, 2(5), 4835-4841.
- Regan, S., & Brown, A. (2019). Experiences of online breastfeeding support: Support and reassurance versus judgement and misinformation. *Matern Child Nutr*, 15(4), e12874. <https://doi.org/10.1111/mcn.12874>
- Reis, B. (2021). Importância dos profissionais de saúde no envolvimento do pai na gravidez. Retrieved from <https://www.atlasdasaude.pt/artigos/importancia-dos-profissionais-de-saude-no-envolvimento-do-pai-na-gravidez>
- Renfrew, M., Cheyne, H., Craig, J., Duff, E., Dykes, F., Hunter, B., & Downe, S. (2020). Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. *Midwifery*, 88, 102759. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102759>
- Rollins, N., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C., Martines, J., & Lancet Breastfeeding Series, G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? [journal article]. *Lancet*, 387(10017), 491-504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
- Sadovnikova, A., Chuisano, S., Ma, K., Grabowski, A., Stanley, K., Mitchell, K., & Anderson, O. (2020). Development and evaluation of a high-fidelity lactation simulation model for health professional breastfeeding education. *Int Breastfeed J*, 15(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-0254-5>
- Santos, S., Veríssimo, C., Neto, M., Moura, T., Carvalho, A., & Guimarães, B. (2016). A situação da paternidade envolvida e não-violenta em Portugal. *Centro de Estudos Sociais: Promundo-Europa*. ISBN 978-989-95840-9-9
- Santos, M., & Baptista, M. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 455-472).
- Silva, C., & Davim, R. (2012). Mulher trabalhadora e fatores que interferem na amamentação: revisão integrativa. *Rev Rene*, 13(5), p. 1208-1217.

- Silva, J., Flor-de-Lima, F., & Soares, H. (2021). Aleitamento Materno Exclusivo: Prevalência na Maternidade de durante o segundo mês de vida. *Acta Portuguesa de Nutrição*. Vol. 24, pp. 18-20).
- Silva, N., Waterkemper, R., Silva, E., Cordova, F., & Bonilha, A. (2014). Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. *Rev Brasileira de Enfermagem*, 67(2), p. 290-295.
- Silva, V., & Tonon, T. (2020). Atuação do enfermeiro no processo da amamentação. In (Vol. 9(10)): Research, Society and Development.
- Singh, S., & Sandhu, S. (2022). *Thyroid Disease And Pregnancy*. StatPearls. <https://doi.org/NBK538485>
- Skelton, K., Evans, R., & LaChenaye, J. (2020). Hidden Communities of Practice in Social Media Groups: Mixed Methods Study. *JMIR Pediatr Parent*, 3(1), e14355. <https://doi.org/10.2196/14355>
- Skouteris, H., Bailey, C., Nagle, C., Hauck, Y., Bruce, L., & Morris, H. (2017). Interventions Designed to Promote Exclusive Breastfeeding in High-Income Countries: A Systematic Review Update. *Breastfeed Med*, 12(10), 604-614. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0065>
- Sousa, S., & Chora, A. (2018). Aleitamento Materno Exclusivo e Obesidade em Idade Pré-Escolar: que Relação? *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento - RIASE*, 4(2), 1401 - 1413.
- Souza, S., Mello, D., & Ayres, J. (2013). O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. In (29(6):1186-1194 ed.). Rio de Janeiro.
- Spatz, D. (2020). Changing the Prenatal Care Paradigm to Improve Breastfeeding Outcomes. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 45(3), 186. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000619>
- Spatz, D., Davanzo, R., Müller, J., Powell, R., Rigourd, V., Yates, A., & Bode, L. (2020). Promoting and Protecting Human Milk and Breastfeeding in a COVID-19 World. *Front Pediatr*, 8, 633700. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.633700>
- Spatz, D. L., & Froh, E. B. (2021). Birth and Breastfeeding in the Hospital Setting during the COVID-19 Pandemic. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 46(1), 30-35. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000672>

- SPN. (2018). Consenso Clínico. O Som na Unidade de Neonatologia. *Sociedade Portuguesa de Neonatologia*. In (n.º 1 ed.)
- Takahashi, K., Ganchimeg, T., Ota, E., Vogel, J., Souza, J., Laopaiboon, M., & Mori, R. (2017). Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. *Sci Rep*, 7, 44868. <https://doi.org/10.1038/srep44868>
- Truva, T., Valasoulis, G., Pouliakis, A., Gkorezi-Ntavela, I., Pappa, D., Bargiota, A., & Daponte, A. (2021). The Effect of a Structured Individualized Educational Intervention on Breastfeeding Rates in Greek Women. *Int J Environ Res Public Health*, 18(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph182111359>
- UNICEF, & OMS. (2018). *Breastfeeding Advocacy Brief. The Healthiest Start in Life. Breastfeeding and Gender Equality*. UNICEF; New York, NY, USA: WHO; Geneva, Switzerland Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152891/WHO_NMH_NHD_15_1_eng.pdf
- UNICEF, & WHO. (2018). Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services - The revised Baby-Friendly Hospital Initiative. . In. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- UNICEF, International Children's Emergency Fund. (2020). *Infant and young child feeding. Exclusive breastfeeding (< 6 months)*. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
- Vanderkruik, R., Lemon, E., & Dimidjian, S. (2015). Breastfeeding Support and Messaging: A Call to Integrate Public Health and Psychological Perspectives. *Matern Child Health J*, 19(12), 2545-2547. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1793-z>
- Ventola, C. (2014). Mobile devices and apps for health care professionals: uses and benefits. *P T*, 39(5), 356-364.
- Victora, C., Bahl, R., Barros, A., França, G., Horton, S., Krasevec, J., & Group, L. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387(10017), 475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

- Wagg, A., Callanan, M., & Hassett, A. (2019). Online social support group use by breastfeeding mothers: A content analysis. *Heliyon*, 5(3), e01245. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01245>
- White, B., White, J., Giglia, R., & Tawia, S. (2016). Feed Safe: a multidisciplinary partnership approach results in a successful mobile application for breastfeeding mothers. *Health Promot J Austr*, 27(2), 111-117. <https://doi.org/10.1071/HE15114>
- Wouk, K., Stuebe, A., & Meltzer-Brody, S. (2017). Postpartum Mental Health and Breastfeeding Practices: An Analysis Using the 2010-2011 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Matern Child Health J*, 21(3), 636-647. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2150-6>

APÊNDICES

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)

Nome: Ana Maria Aguiar Friar
Universidade/Instituição: Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
N.º Identificação Civil: 06583219 - 1ZY0 Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____
Telef.: 966640111 E-mail: anafrias@uevora.pt ID ORCID: 0000-0002-9038-8576

Nome: _____
Universidade/Instituição: _____
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

Nome: _____
Universidade/Instituição: _____
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO

Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): Ciências da Saúde
Consulte a lista de Áreas FOS em: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/28>
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): BreastFeeding; Early Weaning; Maternal-child nursing; Child Health

12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA

Aleitamento Materno

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]

No documento em anexo.

14. DOCUMENTOS ANEXOS

- Plano do Trabalho
- Cronograma
- Declaração de Orientador(es)
- Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo
- Outros: _____

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.

Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF) está inserido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, na área da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, no qual possibilita a aquisição de experiências advindas das vivências em variados campos clínicos, evidencia o processo de aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e simultaneamente o desenvolvimento de competências científicas através do aprofundamento temático.

O ENPRF é uma Unidade Curricular (UC) de carácter prático, correspondente à 60 European Credit Transfer System (ECTS), que irá decorrer durante o 2º ano do curso, com início a 14 de Setembro de 2020 e término à 25 de Junho de 2021. Neste estágio é expectado realizar experiências práticas para obtenção de competências específicas da área da especialidade e competências comuns aos enfermeiros especialistas. Sendo necessário também realizar várias experiências de forma a dar resposta ao preconizado na Directiva Europeia, transposta para a Lei Portuguesa através da Lei nº 9/2009 de 4 de Março, com várias actualizações.

De acordo com o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), o EESMO deverá prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional; à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; e à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; e no grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Conforme indica no Regulamento do Relatório final, trata-se de um trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada sobre as atividades desenvolvidas com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, no âmbito do Estágio de Natureza Profissional decorrido numa instituição/entidade acolhedora, onde se realiza a intervenção que será pública e posteriormente defendida através de relatório, prova pública perante um Júri (Despacho nº 11049/2018).

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências científicas dá-se através do aprofundamento temático na área do Aleitamento Materno. A amamentação é um acto que esta além de alimentar, envolve um contacto directo entre a mãe e o filho que proporciona repercussões significativas na nutrição do lactente, de modo a contribuir com o seu sistema imunológico, cognição, estado emocional e bem-estar físico e psíquico da genitora (Brasil, 2015).

O leite materno é um alimento único, com características próprias, sendo insubstituível (Nelli & Partamian, 2012). Além de ser insubstituível equiparado a outras fontes de alimentação artificial, devido a possuir propriedades indispensáveis, é rico em nutrientes e actuar no combate a doenças. Desta forma a prática do aleitamento materno é imprescindível para o crescimento e desenvolvimento da criança, trazendo consigo privilégios para a saúde física e psicológica (Margotti & Epifanio, 2014). A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo por seis meses e, a partir daí, complementado por outros alimentos por dois ou mais anos (Franco et al., 2008; OMS, 2019; Silva et al., 2008).

O desmame precoce consiste na interrupção do aleitamento materno ao peito antes de o lactente ter completado seis meses de vida, independentemente de a decisão ser da mãe ou não e do motivo da interrupção (Cabral & Campestrini, 2003). É a introdução de qualquer tipo de alimento ou bebida, incluindo águas e chás, na alimentação da criança, além do leite materno (Araújo et al., 2008).

A duração e o sucesso do aleitamento materno podem sofrer influências através da falta de conhecimento e equívocos em informações sobre o AM, crenças e significados que cada mulher possa atribuir a amamentação. O desmame precoce tem sido imputado à insciência das mães a respeito das vantagens e importância do aleitamento materno (Fonseca et al., 2012; Silva et al., 2014) tal como o despreparo dos profissionais de saúde na orientação, políticas públicas vulneráveis na promoção do aleitamento e a actuação cada vez mais constante da mulher no mercado de trabalho (Silva & Davim, 2012).

As crianças quando não são amamentadas possuem o risco elevado de não obterem as necessidades nutricionais, e consequente ocasionar um aumento de 20% na mortalidade em neonatos. As taxas de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, não atingem índices satisfatórios no mundo, segundo os estudos apontam (Silva & Davim, 2012).

Em Portugal, de acordo com a Direcção Geral da Saúde (DGS) no ano 2013 os dados indicam que mais de 98% dos recém-nascidos iniciaram o leite materno antes da alta hospitalar, entretanto também revela que 22% mantinha Aleitamento Materno Exclusivo (AME) entre o 5.º e 6.º mês de idade. (Órfão et al., 2013) Segundo alguns autores, apesar da taxa de iniciação do AM ser acima dos 90%, o abandono é significativo nos primeiros meses de vida do bebé, representado por taxas de exclusividade aos seis meses de 17 a 34%, (Sarafana et al., 2006; WHO, 2001) tornando-se ainda longe do objetivo proposto pela Organização da Nações Unidas (OMS) de 50%.

Em 2015 foi publicado um estudo português que colheu dados acerca de prevalências do AME entre os anos de 2007 e 2011, no qual realizou-se uma comparação entre uma população urbana e uma população rural do Norte de Portugal, e que atesta reflectir a actual realidade relativamente à adesão deste tipo de alimentação no norte do país (Lanzaro et al., 2015). As prevalências de AME aos 6 meses são 18,7% em meio rural e 17,1% em meio urbano (Lanzaro et al., 2015). Os dados divulgados apontam um ligeiro aumento de AME em Portugal, tendo em conta que este estudo foi colectado em crianças

nascidas até o ano 2011 e não atingem os 20%, enquanto que os dados da DGS referentes ao ano de 2013 apontam para taxas na ordem dos 22% (Sousa & Chora, 2018).

Há poucos dados e estudos recentes disponíveis sobre o tema em Portugal e de acordo com os resultados existentes é evidente a necessidade de um maior engajamento dos profissionais na informação e apoio à mulher no período pré e pós-natal, consoante com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) realizar novas estratégias para promoção e educação na saúde, com acompanhamento do início e seguimento da prática da amamentação e investigação nesta área (Órfão et al., 2013). A identificação dos fatores que motivam a adesão à amamentação e das fases críticas de abandono do AM, podem auxiliar na elaboração de novas estratégias de intervenção que visem a promoção do aleitamento materno (Dias et al., 2013; Imdad et al., 2011; McCarter-Spaulding et al., 2011).

Pretende-se com este estágio e com o Relatório atingir os seguintes objetivos:

- Adquirir competências específicas para obtenção da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;
- Descrever as atividades e competências atingidas;
- Prestar cuidados à mulher/pessoa significativa, inseridos na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar e no período preconcepcional, na fase pré-natal, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, durante o trabalho de parto, puerpério e em processos de saúde/patologia ginecológica, em situação de saúde ou situações patológicas.

Relativamente à temática de interesse pretende-se:

- Adquirir competências necessárias à escrita científica, à capacidade reflexiva, à investigação e à pesquisa científica;
- Adquirir conhecimentos técnicos, científicos e humanos que permitam uma prestação de cuidados de enfermagem especializados na promoção e manutenção do Aleitamento Materno;
- Identificar os fatores que influenciam na adesão, duração e abandono do Aleitamento Materno.

Plano de atividades

Competências Ou Objetivos	Atividades	Resultados Esperados
Cuidar da saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, planeamento familiar, período preconcepcional e período do climatério	<ul style="list-style-type: none"> - Informar, orientar e facultar matéria de planeamento familiar, métodos contraceptivos, sobre o climatério. - Realizar rastreio do cancro do colo do útero. - Avaliar estado de saúde da mulher. - Prestar cuidados à mulher no âmbito do planeamento familiar. 	
Cuidar da saúde da mulher e embrião/feto durante o período pré-natal e em situação de aborto	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar gravidez e saúde materno-fetal. - Informar e orientar a mulher sobre estilos de vida saudáveis na gravidez, sinais e sintomas de risco. - Planear e implementar sessões de preparação para o parto. - Prestar cuidados à mulher em situação de aborto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover saúde da mulher. - Promover saúde do feto. - Promover saúde do recém-nascido.
Cuidar da saúde da mulher e recém-nascido durante o trabalho de parto, parto e período pós-natal	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar intervenções de promoção da vinculação e promoção e apoio do aleitamento materno. - Identificar e monitorizar trabalho de parto e parto, risco materno-fetal, estado de saúde da parturiente e recém-nascido. - Aplicar as técnicas adequadas na execução do parto; de apresentação cefálica. - Assegurar avaliação imediata do recém-nascido. - Realizar rastreio de doenças metabólicas no recém-nascido. - Cooperar com outros profissionais nas diferentes situações. - Promover decisão esclarecida da mulher. - Referenciar situações para além da área de atuação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar complicações. - Providenciar cuidados. - Realizar registos completos no processo da mulher e recém-nascido e boletim de saúde.
Adquirir competências necessárias à escrita científica, à capacidade reflexiva, à investigação e à pesquisa científica.	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conhecimentos técnicos, científicos e humanos que permitam uma prestação de cuidados de enfermagem especializados na promoção e manutenção do Aleitamento Materno. - Descrição e contextualização do percurso metodológico do relatório na componente científica. - Realizar estudo referente à temática do Aleitamento Materno, com desenvolvimento, análise e discussão, com base nos resultados obtidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os fatores que influenciam na duração e abandono do Aleitamento Materno. - Prestar cuidados de enfermagem especializados na promoção e manutenção do Aleitamento Materno.

Cronograma de actividades:

TAREFAS/ATIVIDADES		2020					2021							
		8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	
PROJETO	Definição de tema e título													
	Definição de objetivos/Planeamento de actividades a desenvolver													
	Entrega Projeto													
DESENVOLVIMENTO ESTÁGIO/ RELATÓRIO	Realização do estágio													
	Implementação das actividades													
	Descrição fundamentada das actividades													
	Elaboração do Relatório Final de Estágio													
	Entrega do Relatório Final de Estágio													

Referencias bibliográficas


- Araújo, O. D. d., Cunha, A. L. d., Lustosa, L. R., Inez Sampaio Nery, I. S., Mendonça, R. d. C. M., & Campelo, S. M. d. A. (2008). Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61(n. 4), p. 488-492.
- Cabral, V. L. M., & Campestrini, S. (2003). Mães desejosas de amamentar enfrentam despreparo profissional. Programa de Aleitamento Materno. *Rev Palma*.
- DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.
- Fonseca, M. M. O., Haas, V. J., Stefanello, J., Nakano, A. M. S., & Gomes, S. F. G. (2012). Aleitamento materno: conhecimento e prática. *Rev Esc Enferm USP*, 46(4), p. 809-815
- Franco, S. C., Nascimento, M. B. R. d., Reis, M. A. M., Issler, H., & Grisi, S. J. F. E. (2008). Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 8(n. 3), p. 291-297.
- Imdad, A., Yakoob, M. Y., & Bhutta, Z. A. (2011). Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. *BMC Public Health*, 11 Suppl 3, S24. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S3-S24>
- Lanzaro, C., Santos, P., Guerra, A., Pinto Hespagnol, A., & Esteves, M. J. (2015). Prevalência do Aleitamento Materno: Comparação entre uma População Urbana e uma População Rural do Norte de Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa* - 46, 101-108.
- Margotti, E., & Epifanio, M. (2014). Aleitamento materno exclusivo e a Escala de Autoeficácia na Amamentação. *Revista Rene*.
- McCarter-Spaulling, D., Lucas, J., & Gore, R. (2011). Employment and breastfeeding outcomes in a sample of black women in the United States. *J Natl Black Nurses Assoc*, 22(2), 38-45.
- Nelli, E. M. Z., & Partamian, R. (2012). *Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizagem de enfermagem* (7 ed ed.). Difusão Editora.
- OMS. (2019). Europa confirma aleitamento materno como fator protetor para obesidade infantil. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/news/news/2019/4/new-who-studies-europe-battles-childhood-obesity-and-experts-confirm-breastfeeding-protects-against-child-obesity>
- Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. (2006). Aleitamento Materno: evolução na última década., *Acta Pediátrica Portuguesa* - 37, 9-14.
- Silva, C. A., & Davim, R. M. B. (2012). Mulher trabalhadora e fatores que interferem na amamentação: revisão integrativa. *Rev Rene*, 13(5), p. 1208-1217.
- Silva, M. B., Albernaz, E. P., Mascarenhas, M. L. W., & Silveira, R. d. (2008). Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, V. 8, p. 275-284.
- Silva, N. M., Waterkemper, R., Silva, E. F. d., Cordova, F. P., & Bonilha, A. L. d. L. (2014). Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. *Rev Brasileira de Enfermagem*, 67(2), p. 290-295.
- Sousa, S., & Chora, A. (2018). Aleitamento Materno Exclusivo e Obesidadeem Idade Pré-Escolar: que Relação? *RIASE - REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO*, 4(2), 1401 - 1413.
- WHO. (2001). *The optimal duration of exclusive breastfeeding - Report of an expert consultation*. 28-30 MARCH.
- Órfão, A., Santos, C., & Magalhães, C. (2013). Registo do aleitamento materno. Relatório janeiro a dezembro de 2012.

15

Intervenções de Enfermagem frente à melhoria de cuidados no aleitamento materno: revisão integrativa

| **Ana Clarissa Araújo de Medeiros**
CHLN/Hospital Santa Maria - LX

| **Ana Maria Aguiar Frias**
Universidade de Évora/CHRC

 10.37885/210906173

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar na literatura científica quais intervenções e estratégias de saúde estão sendo desenvolvidas/aplicadas com a participação do Enfermeiro(a)/Parteiro(a) para manutenção e melhoria dos cuidados no Aleitamento Materno. Como método foi realizada revisão integrativa de literatura, nas seguintes bases de dados: EBSCO: MEDLINE, MEDICE LATINA, CINAHL, ACADEMIC SEACH COMPLETE, utilizando os seguintes Palavras-chave: "Breastfeeding"; "Interventions"; "Nurse midwives"; "Midwives"; "Midwife". A seleção foi realizada através da leitura dos títulos e resumos e a análise foi realizada pela leitura exaustiva dos textos na íntegra e extração de dados criteriosa pelas autoras. Dos 72 estudos encontrados, 7 foram seleccionados para inclusão. Três categorias foram criadas e descritas: 1. Intervenções realizadas com os(as) Enfermeiros(as)/Parteiros(as); 2. Intervenções realizadas com a Díade (Mãe-Bebê); 3. Impacto das Intervenções e Pontos de Melhoria. Conclui-se que educar os profissionais de saúde e as mães é um componente necessário para o sucesso de todas as intervenções de amamentação. Melhorar o conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação à amamentação é uma estratégia chave para influenciar as decisões das mães de amamentar e melhorar as taxas gerais de amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Aleitamento Materno Exclusivo, Parteira, Intervenções de Enfermagem, Estratégias de Saúde.

Apêndice 3 - Aula Puerpério: Aleitamento Materno: Instruir em Boas Práticas

Aleitamento Materno: Instruir em Boas Práticas

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final Puerpério

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria
 Mestranda: Ana Catarina Medeiros
 Supervisor Clínico: Mariana Ferreira
 Orientador Pedagógico: Ana Freitas

SANTAMARIA

Junho, 2021

A OMS e o UNICEF

RECOMENDAM

Aleitamento Materno Exclusivo (AME) desde o nascimento (1ª hora de vida) aos 6 meses de vida

Complementado com alimentos adequados, apropriados e seguros até aos 2 anos ou mais de vida

O LEITE MATERNO É

Um alimento:

- VIVO,
- COMPLETO e
- NATURAL

ALEITAMENTO MATERNO (AM)

É IMPORTANTE PARA

- NUTRIÇÃO
- PROTEÇÃO IMUNOLÓGICA
- CRESCIMENTO
- DESENVOLVIMENTO

VANTAGENS PARA O BEBÉ

Previne **infecções**:

- Gastrointestinais,
- Respiratórias e
- Urinárias

- ✓ Protege de **ALERGIAS!**
- ✓ Facilita a **adaptação** a outros alimentos
- ✓ Prevenção de **diabetes** e **linfomas**

VANTAGENS PARA A MÃE

- ✓ Involução **uterina**
- ✓ ↓ **peso** materno
- ✓ Método + **barato** e seguro de **alimentar**
- ✓ ↓ probabilidade de **câncer** da mama
- ✓ ↓ **sangramento** pós-parto

COMPOSIÇÃO DO LM

ACHA QUE O SEU LEITE É FRACO?

COMPOSIÇÃO DO LM

- Proteína (0,9%)
- Gordura (3,8%)
- Carboidrato (7%)
- Água (88%)
- Ferro, Vitaminas A, C e Complexo B

Obs: O **SABOR** é afectado pelo que a **mãe come**.

COLOSTRO

1º LEITE

- É **espesso, pegajoso e amarelo** claro
- Rico em **VITA A**: ↓ Infecções. Previne doenças oculares
- Rico em **ANTICORPOS**: protege contra infecções e alergias
- **LAXANTE**: expulsa meconício (previne icterícia)
- **Crescimento**: Acelera maturação Intestinal (Previne alergia e intolerância)
- **Suprime necessidades** nutricionais do RN, estimula o **Sistema Imune** e contribui para estabelecer e **microbiota intestinal**
- Volume médio: 30 ml (10 a 100 ml/dia)



9

*

LEITE DE TRANSIÇÃO

ENTRE O 4º E 15º DIA

- Composição e volume **variam** no decorrer dos dias
- Volume médio: 500 ml/dia



10

*

LEITE MADURO

A PARTIR DO 15º DIA

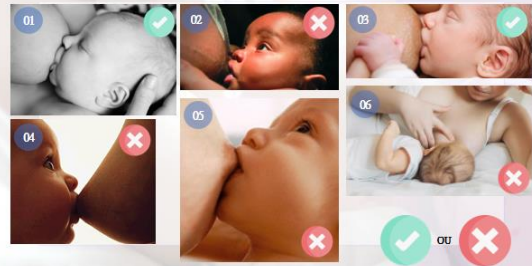
- Líquido **branco e opaco**, com **pouco odor** e sabor ligeiramente **adocicado**
- Composição: água, proteínas, carboidratos, lipídeos, minerais e vitaminas.
- Volume médio: 700 a 900 ml/dia



11

*

PEGA CORRETA X PEGA INCORRETA



12

*

PEGA CORRETA X PEGA INCORRETA



13

*

SINAIS DE PEGA CORRETA

1. O **queixo** do bebê **toça a mama**
2. A **boca** do bebê está **bem aberta**
3. O seu **lábio inferior** está **virado para baixo**
4. + **auréola acima** do que abaixo da boca do bebê

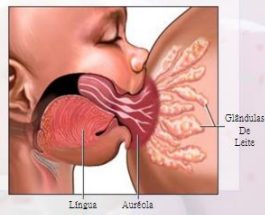


14

*

SINAIS DA SUÇÃO CORRETA

1. **Sucção lenta** e profunda e sons de deglutição
2. **Bochechas cheias**
3. Bebê mama **calmamente**
4. Bebê **termina** a mamada **sozinho** e parece satisfeito
5. A mãe **não sente dor**



15

*

PEGA CORRETA X PEGA INCORRETA



16

*

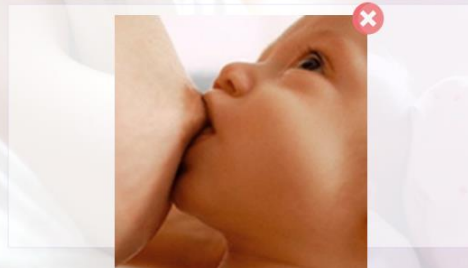
PEGA CORRETA X PEGA INCORRETA



17

*

PEGA CORRETA X PEGA INCORRETA



18

*

PEGA CORRETA X PEGA INCORRETA



19

*

PEGA CORRETA X PEGA INCORRETA



20

*

PEGA CORRETA X PEGA INCORRETA



21

*

CUIDADOS COM A MAMA

- Limpar apenas com **água**
- Limpar **1x ao dia** é **suficiente**
- Não é necessário **lavar** antes das mamadas
- Sutiã deve **ajustar-se** bem a mulher



22

*

POSICIONAMENTOS PARA AMAMENTAR



Uma boa posição é aquela que a mãe e o bebê estão **confortáveis**

23

*

POSICIONAMENTOS PARA A AMAMENTAR

MÃE

- Sentada: **confortável**, com as **costas apoiadas**
- Deitada: **pés apoiados** e apoio nas **mamas**



24

*

POSICIONAMENTOS PARA A AMAMENTAR

BEBÊ

- **Corpo alinhado**
- **Próximo** do corpo da mãe
- Bebê é levado a mama e **NÃO** a mama ao bebê
- **Apoio** na cabeça, ombros e corpo inteiro (RN)
- De **frente**, nariz apontado para o mamilo



25

*

POSIÇÕES PARA AMAMENTAR

DECÚBITO LATERAL

- Mãe **deitada** e bebê lateral
- Ajuda a mãe a **descansar**
- **Confortável** após cesariana

✓ **Verificar:** nariz do bebê ao nível do mamilo e o bebê **não necessita** rodar o pescoço para mamar



26

*

POSIÇÕES PARA AMAMENTAR

POSIÇÃO EM BERÇO

- Mãe **sentada** e bebê **segurado** pelo braço do mesmo lado da mama
- A **parte inferior** do braço do bebê **passa pela lateral** do corpo da mãe

✓ **Verificar:** Cabeça do bebê **não está afastada**
Apoio na curva do braço e a mama não desviada



27

*

POSIÇÕES PARA AMAMENTAR

POSIÇÃO CRUZADA

- Mãe **sentada** e o bebê **segurado pela mão** oposta da mama
- Útil para **bebês pequenos** ou doentes
- Mãe tem **bom controle** da cabeça e corpo do bebê

✓ **Verificar:** cabeça do bebê está **apoiada** de modo que impeça o seu movimento



28

*

POSIÇÕES PARA AMAMENTAR

POSIÇÃO VERTICAL OU DE CAVALEIRO

- Adequada para as mulheres de **mamas grandes**
- Indicada nos **bebês sonolentos** e **prematuros**

✓ **Verificar:** o **apoio da cabeça** e da mama para o bebé



29

*

POSIÇÕES PARA AMAMENTAR

POSIÇÃO RUGBY

- Mãe **sentada** e o bebé lateral passa por baixo do braço
- Útil para **gêmeos** ou para ajudar a **drenar** todas as regiões da mama
- Permite boa **visualização** da pega à mãe

✓ **Verificar:** se o bebé não tem o pescoço rodado **forçando** o queixo contra a mama



30

*

PONTOS-CHAVE PARA POSIÇÃO DO BEBÉ

- ALINHAMENTO
- PROXIMIDADE
- DE FRENTE
- APOIO



31

*

ALIMENTAÇÃO EM HORÁRIO LIVRE

- + Colostro
 - + Ganho de peso
 - + Produção de leite
 - Ingurgitamento mamário
 - Choro
 - Ictericia Neonatal
- Mãe aprende a responder ao bebé
Facilita estabelecer o AM
- Risco de Obesidade ↑
Duração do AM ↑

32

*

SINAIS DE FOME

- **Aumento** dos movimentos dos olhos
- **Abre** a boca, **estica** a língua e **vira a cabeça** a procura da mama
- **Sons** suaves de gemido
- **Chupa** ou **morde** as mãos, dedos, coberta ou lençol ou outro objecto que entre em contacto com a boca



33

*

SINAIS TARDIOS DA FOME

- **Choro** alto (gritado)
- **Curvar** as costas
- Dificuldade de **pegar** na mama

Deve ser **aconchegado** e **tranquilizado** antes de **pegar** na mama



34

*

SINAIS DE SACIEDADE

- Corpo **relaxado**
- **Largam** a mama ou suga suave e curto até dormir

Obs: Oferecer uma mama de cada vez para obter todos os tipos de leite e ↑ produção de LM

35

*

OS PICOS DE CRESCIMENTOS

OCORRE COM IDADE DE:

- 2/3 semanas
- 6 semanas
- 3 meses
- 6 meses
- 9 meses

Obs: Em RN, os picos podem durar 1 ou 2 dias. Nos bebés + velhos podem durar até 1 semana



36

*

FORMAS DE ACORDAR UM BEBÉ SONOLENTO

- **Retirar** mantas e roupas pesadas
- Amamentar + **vertical**
- **Massagear** com carinho o corpo do bebé e conversar
- **Esperar** ½ hora e tentar novamente



37

*

BEBÉS CHORAM POR

FOME

DOR

SOLIDÃO

CONSAÇO

DESCONFORTO



38

*

AMAMENTAR É...

alimentar seu bebê de amor,
olhar em seus olhinhos enquanto
seu pequeno corpo é **fortificado** com
nutrientes e energias positivas.

Nem sempre é **fácil** ou intuitivo, gera
dúvidas para muitas mães. Por isso, é
necessário **preparação** e **informação**.

É um ato de **amor**, carinho, **resistência**,
insistência e **paciência**.



39

*



AMAMENTE
Por você e seu bebê

40

*

BIBLIOGRAFIA

- Sequeira, Albina; Fouse, Olga; Amarel, Cristina. (2020) "Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica". Lisboa. 1ª Edição. Editora: Lidel.
- Nesé, Mariana; Marques Roldão Batista, Margarida. (2016). "Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica". Lisboa. 1ª Edição. Editora: Lidel.
- Comitê Português para a UNICEF (2012). "Manual de Aleitamento Materno". Lisboa: Comitê Português para a UNICEF.
- González, Carlos (2005). "Manual prático do Aleitamento Materno". Parede: Editora Mama Mater e SOS Amamentação.
- Lowdermilk, Debra; Perry, Sabannon. (2008) "Enfermagem na Maternidade". 7ª Edição. Editora: Lusociência.

41

*

Apêndice 4 - Registo das experiências realizadas no Estágio de Natureza Profissional

Uo Évora
UNIVERSIDADE DO ALGARVE

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 Ana Carolina Araújo de Medeiros Nº 41737

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	398
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) _____	46
• Participação activa em partos pélvicos _____	1
• Participação activa em partos gemelares _____	1
• Participação activa noutros partos _____	16
• Episiotomia _____	15
• Episiorrafia / perineorrafia _____	40
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez _____	188
• Trabalho de parto _____	76
• Puerpério _____	43
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	102
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	156
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	54
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	93

Rubrica Professor
Ana Frias

ANEXOS

Anexo 1 - Certificado do Webinar “Em tempos de COVID-19, valerá a pena a preparação para o parto?”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA CLARISSA ARAÚJO DE MEDEIROS

membro nº **99670** desta Ordem, participou no **Webinar¹ Em tempos de COVID-19, valerá a pena a preparação para o parto?**, no dia **26 de Fevereiro de 2021**, com duração total de **02h00**, na “Plataforma digital Cisco Webex Events”.

Lisboa, 02 de Março de 2021.

P¹A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 6,25 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

WEBINAR

Em tempos de COVID-19, valerá a pena a preparação para o parto?

7:30 PM



programa

21h30

Início do webinar

Sessão de abertura

Luís Filipe Barreira | Vice-Presidente do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros (OE)

Ana Fonseca | Presidente do Conselho de Enfermagem da OE

Moderadora: Irene Cerejeira | Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) da OE

21h45

Programa de preparação para o parto em contexto de UCC: contextos e desafios

Cecília Silva | Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

22h10

Programa de preparação para o parto em contexto de consulta hospitalar: contextos e desafios

José Portugal | Secretário da MCEESMO da OE

22h35

Evidência que suporta a inovação na implementação de intervenções no âmbito da preparação para o parto

Alexandrina Cardoso | Secretário da MCEESMO da OE

23h00

Debate e respostas às questões colocadas

23h30

Término do webinar

Irene Cerejeira | Presidente da MCEESMO da OE



Evento online através do Plataforma Cisco Webex Events
Inscrições no Balcão Único
balcaounico.odemfermeiros.pt