



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

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Relatório de Estágio

**O regresso a casa: Empoderamento da puérpera no autocuidado e cuidados ao recém-nascido**

Joana Isabel Relvas Cota Mira

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 regresso a casa: Empoderamento da puérpera no autocuidado e cuidados ao recém-nascido**

Joana Isabel Relvas Cota Mira

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 | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora)

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

## **AGRADECIMENTOS**

Com a elaboração deste relatório finalizo mais uma importante e desafiante etapa da minha vida, pelo que chegou a altura de agradecer a todos os que me acompanharam e contribuíram para a concretização deste sonho.

À Professora Doutora Ana Frias, pela sua dedicação, disponibilidade, exigência, incentivo e qualidade na orientação e acompanhamento ao longo deste percurso.

A todas as enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica com quem contatei ao longo do meu estágio profissional, pela disponibilidade, apoio, profissionalismo, partilha de conhecimentos e contributo para o meu crescimento a nível pessoal e profissional.

A todos os meus colegas e amigos do serviço de Medicina 1 do HESE - E.P.E, pela paciência, apoio, disponibilidade, incentivo e compreensão durante este período.

A todas as mulheres e recém-nascidos com os quais tive o privilégio de contactar e prestar cuidados, pela contribuição para a minha formação e desenvolvimento.

Ao Nuno, meu companheiro e amigo, pelo amor, apoio, incentivo, compreensão e por nunca desistir de mim.

À minha irmã, cunhado e sobrinhos, pela força, paciência, carinho e por me mostrarem que o longe se faz perto.

Aos meus pais, pelo amor, carinho, preocupação, apoio, por acreditarem sempre em mim e por me darem sempre a mão.

A toda a minha restante família e amigos, pela motivação e carinho demonstrados.

## RESUMO

**Título:** “O regresso a casa: Empoderamento da puérpera no autocuidado e cuidados ao recém-nascido”

**Introdução:** O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica engloba o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, possibilitando a aquisição de competências do enfermeiro especialista. **Objetivo:** Documentar todo o percurso que levou à aquisição e desenvolvimento das competências durante o Estágio.

**Metodologia:** Supervisão clínica com análise das experiências clínicas vivenciadas ao longo do Estágio e percepção das dificuldades sentidas pelas puérperas no autocuidado e cuidados ao recém-nascido, através da realização de uma revisão de literatura.

**Resultados:** Foram atingidos os objetivos do Estágio e percebeu-se que as dificuldades se prendem mais com os cuidados ao recém-nascido do que com o autocuidado, o que pressupõe a necessidade de mais cuidados pós-parto. **Conclusões:** Foram adquiridas e desenvolvidas as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, o que culminou num Estágio positivo.

**Descritores (DeCS):** Período pós-parto; Parteira; Autocuidado; Recém-nascido; Alta do Paciente.

## ABSTRACT

**Title:** “The homecoming: Empowerment of puerperal women in self-care and newborn care”

**Introduction:** The Nursing Master in Maternal and Obstetrical Health includes the Professional Internship with Final Report, allowing the acquisition of specialized nursing skills. **Objective:** Document the entire process that led to the acquisition and development of skills during the Internship. **Methodology:** Clinical supervision with analysis of the clinical experiences lived along the Internship and perception of the difficulties felt by puerperal women in the self-care and care of the newborn, through a literature review. **Results:** The objectives of the internship were achieved and it was concluded that the difficulties relate more to the care of the newborn than to self-care, which implies the need for more postpartum care. **Conclusion:** Maternal and obstetrical health nurse skills were acquired and developed, resulting in a positive internship.

**Descriptors (DeCS):** Postpartum period; Midwifery; Self Care; Newborn; Patient Discharge.

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL .....	15
2.1. Caraterização do contexto.....	15
2.1.1. Cuidados de Saúde Primários – Local A.....	16
2.1.2. Bloco de Partos; Grávidas/Ginecologia; Puerpério – Local B .....	19
2.1.3. Bloco de Partos – Local C .....	22
2.2. Metodologia do Estágio de Natureza Profissional.....	24
3. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	27
3.1. Concetualização .....	27
3.2. Metodologia .....	30
3.3. Resultados.....	35
3.4. Discussão .....	40
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	43
4.1. Competências comuns dos enfermeiros especialistas.....	43
4.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal.....	44
4.1.2. Domínio da Melhoria contínua da qualidade .....	45
4.1.3. Domínio da Gestão de cuidados .....	46
4.1.4. Domínio do Desenvolvimento de aprendizagens profissionais.....	46
4.2. Competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	47
4.2.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.....	48
4.2.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.....	48
4.2.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.....	51
4.2.4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.....	55
4.2.5. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.....	59
4.2.6. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica .....	60
4.2.7. Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade	61
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	63
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
APÊNDICES .....	79

Apêndice I – Objetivos Gerais e Objetivos Específicos.....	79
Apêndice II – Cronograma de Atividades .....	81
Apêndice III- Dados referentes à população- alvo .....	82
Apêndice IV- Sessão de preparação para o parto e parentalidade realizada em contexto de cuidados de saúde primários sobre o Trabalho de Parto.....	83
Apêndice V- Sessão de preparação para o parto e parentalidade realizada em contexto de cuidados de saúde primários sobre o puerpério e o regresso a casa .....	86
Apêndice VI- Sessão de preparação para o parto e parentalidade realizada em contexto de cuidados de saúde primários sobre o regresso a casa e os cuidados ao bebé.....	89
Apêndice VII - Sessão de preparação para o parto e parentalidade realizada em contexto de cuidados de saúde primários sobre o desenvolvimento fetal .....	94
Apêndice VIII - Sessão de preparação para o parto e parentalidade realizada em contexto de cuidados de saúde primários sobre exercícios respiratórios no trabalho de parto.....	97
Apêndice IX – Artigo científico elaborado com colaboração da professora orientadora .....	98
Apêndice X– Pósteres elaborados no âmbito dos cuidados de saúde primários sobre alimentação na lactação e sobre aleitamento materno.....	99
Apêndice XI – Projeto “Cantinho de Amamentação” elaborado no âmbito dos cuidados de saúde primários.....	104
Apêndice XII – Guia de bolso relativo aos cuidados à mãe.....	113
Apêndice XIII – Guia de bolso relativo aos cuidados ao bebé.....	125

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Fluxograma do processo metodológico da seleção dos artigos .....	31
Figura 2 - Percentagem das puérperas de acordo com a idade .....	37
Figura 3 - Percentagem da vigilância de gravidez e frequência de curso de PPP .....	37
Figura 4 - Percentagem do número de filhos.....	38

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Organização do Estágio de Natureza Profissional .....	16
Tabela 2 - Critérios do Modelo PICO para elaborar a questão de investigação.....	30
Tabela 3 - Resumo dos artigos identificados.....	31
Tabela 4- Dificuldades no internamento .....	38
Tabela 5- Dificuldades no regresso a casa.....	39

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, para a obtenção do grau de mestre, foi realizado um Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, sob a orientação da Professora Doutora Ana Frias, docente na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

O Estágio de Natureza Profissional foi realizado em diferentes áreas de atuação da saúde materna (Cuidados de Saúde Primários, serviço de Grávidas e Ginecologia, Bloco de Partos e Puerpério), permitindo a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, assim como de competências comuns e específicas desta área.

O Relatório Final tem como objetivo documentar todo o percurso que levou à aquisição e desenvolvimento das competências durante o Estágio.

O nascimento de um filho compreende uma complexidade biopsicossocial que envolve mudanças não só a nível físico, como também a nível psicológico e social. Principalmente para os pais “de primeira viagem”, há um novo mundo a descobrir em todo este processo de parentalidade, dos quais fazem parte a gravidez, parto e puerpério (Silva & Braga, 2019).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) é um pilar fundamental no que respeita ao acompanhamento da mulher em todo o seu ciclo gravídico-puerperal. A Educação para a Saúde constitui um meio facilitador para capacitar os indivíduos a tomar decisões com consciência e responsabilidade, desempenhando um papel ativo na sua saúde, através da transmissão aos mesmos de conhecimentos e competências para obter e interpretar as informações relacionadas com a mesma (Kumar & Preetha, 2012). O EEESMO assume uma importância extrema neste acompanhamento à mulher, no sentido em que cria desde logo uma relação de confiança com a mesma, identifica as suas necessidades e atua no sentido de as colmatar, transmitindo os conhecimentos necessários no que respeita a todo este processo e propiciando, conseqüentemente, um empoderamento da mulher (Pereira et al., 2020).

A gravidez é uma fase única na vida de uma mulher, caracterizada por um período de construção e desenvolvimento físico, emocional e social. No início da gravidez surge logo uma vinculação pré-natal, caracterizada por uma representação do bebé, promovida pela fantasia dos pais e que ao longo da mesma é fortalecida pela representação do bebé em exames que permitem a visualização do mesmo. Ao longo da

gravidez, a mulher vai apresentando expectativas e atitudes que mais tarde irão influenciar o seu comportamento no parto e no pós-parto, pelo que a preparação para o parto e parentalidade assume um papel fundamental, principalmente a partir do terceiro trimestre da gravidez (Frias & Franco, 2008).

O EEESMO tem um papel fundamental durante a gravidez, devendo cuidar da mulher no sentido de reforçar a saúde da mesma, antecipando e tratando possíveis complicações, fomentando o conforto e bem-estar materno-fetal (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Deve assumir também a responsabilidade perante esta preparação para o parto e parentalidade, proporcionando à mulher, além da aquisição de conhecimentos acerca das alterações que irão ocorrer ao longo da gravidez/parto/puerpério, o desenvolvimento de competências que lhe permitirão cuidar do recém-nascido. Desta forma, irá promover uma maior confiança por parte da mulher, ao sentir que tem um papel ativo neste sentido. Há que reforçar que o pai deve ser também incluído neste processo, uma vez que também sofre com o impacto da gravidez. O medo do desconhecido, a responsabilidade de cuidar da mulher que sofre alterações físicas e emocionais levam-no a viver uma fase de conflito, pelo que é essencial que o EEESMO estimule a sua presença, não só para que este construa a sua identidade paternal, como também para capacitá-lo a prestar apoio à mulher, o que irá fortalecer a vinculação entre a tríade mãe-pai-bebé (Franco et al., 2021; Holanda et al., 2018).

O trabalho de parto é um momento único e marcante, que representa um processo complexo na dimensão biopsicossocial da mulher. É por si só um momento difícil por ser associado a dor, mitos e dúvidas (Pereira, 2016). O EEESMO tem um papel crucial no parto, devendo realizá-lo num espaço e circunstâncias seguras de forma a potenciar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). É fundamental que esteja presente em todo este momento e apoie a mulher, transmitindo-lhe segurança, serenidade e empatia, respeitando e ouvindo as suas queixas, proporcionando-lhe uma experiência o mais positiva possível. Deve sempre incluir a mulher nas tomadas de decisão, criando um ambiente onde a mesma se possa sentir confiante, empoderada e autónoma em relação ao seu corpo, tendo assim um papel ativo no trabalho de parto (Gomes et al., 2020).

O puerpério ou período pós-parto é a fase que decorre desde a dequitação até às seis semanas após o parto, podendo ser dividido em três fases: puerpério imediato - até às duas horas após o parto; puerpério mediato - das três horas até ao final do décimo dia

após o parto e puerpério tardio - do décimo primeiro dia até às seis semanas após o parto (Zugaib, 2016). O período pós parto é uma fase de grandes mudanças, não só a nível físico, em que há modificações anatómicas e fisiológicas para o corpo da mulher retornar ao estado pré-gravídico (à exceção das mamas que atingem o seu desenvolvimento neste período), como a nível psicológico e social. Principalmente para as primíparas, que nunca vivenciaram esta experiência anteriormente, há novos papéis e responsabilidades a assumir, não só para garantir o bem-estar do recém-nascido como da própria mãe (Baratieri et al., 2019).

Geralmente, em circunstâncias normais, a puérpera tem alta hospitalar do serviço de puerpério 48 ou 72 horas após o parto, conforme o tipo de parto. O momento do regresso a casa é muito importante, principalmente para as primíparas, em que nesta adaptação a um “novo mundo” surgem por vezes sentimentos de incerteza, insegurança, ansiedade, medo do desconhecido, entre outros - Sentimentos esses que poderão ter desenvolvimentos mais graves, como o aparecimento de transtornos depressivos (Kołomańska-Bogucka & Mazur-Bialy, 2019).

É fundamental que desde o início do internamento até à alta hospitalar, o EEESMO tenha um papel ativo na promoção da saúde e prevenção da ocorrência de complicações, garantindo uma assistência adequada à mãe e ao recém-nascido, não só a nível físico como a nível emocional. É um processo que deve ser adequado a cada mulher, devendo o enfermeiro atender às expectativas, dúvidas e conhecimentos das mesmas. Mais do que prestar cuidados à puérpera e recém-nascido, torna-se igualmente importante envolver a mãe e, sempre que possível, o pai neste processo de cuidados (Poeira et al., 2021). Esta envolvência da mãe irá não só permitir que a mesma se sinta autonomamente capacitada para prestar cuidados ao bebé, como também vai levar a um aumento da satisfação e bem-estar da mesma (Baratieri et al., 2019; Zugaib, 2016).

A presença do EEESMO é de facto muito importante em todo este processo gravídico-puerperal da mulher. A relação que se estabelece com a mulher enquanto grávida/parturiente/puérpera é por si só uma mais-valia neste processo de transição para a parentalidade e empoderamento da mesma. Há que ter em conta que cada mulher é única e essa relação deve respeitar esse facto. O EEESMO deve considerar as crenças, valores, dúvidas, conhecimentos de cada mulher, por forma a que possa posteriormente identificar as necessidades, planear os cuidados e intervir no sentido de cuidar da

mesma e capacitá-la para este novo papel que assume enquanto mãe, conhecendo e conseguindo prestar cuidados adequados à própria e ao seu recém-nascido.

No que respeita à estrutura do presente relatório, este inicia-se nesta introdução, seguido da análise do contexto, metodologia, execução, análise reflexiva sobre a aquisição de competências, considerações finais e referências bibliográficas. Serão ainda apresentados os apêndices devidamente referenciados ao longo do relatório.

O relatório foi elaborado de acordo com a 7.<sup>a</sup> edição das Normas APA – American Psychological Association (APA, 2020).

## **2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**

A contextualização consiste na caracterização de um determinado ambiente onde se desenrola uma ação (Silva et al., 2018). A atuação do enfermeiro centra-se no objetivo de prestar cuidados ao ser humano, em vários contextos do seu ciclo de vida. No caso do enfermeiro especialista, este é qualificado com um curso de especialização que lhe reconhece competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem, não só gerais mas também específicas na área de especialidade (REPE, 1996). Esta aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências são fundamentais, uma vez que contribui para a qualificação e melhoria dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista na sua formação (Silva et al., 2018).

O conhecimento que se adquire na prática é fundamentado na teoria, sendo o Estágio de Natureza Profissional de extrema importância para a formação do enfermeiro especialista. Este estágio é uma etapa privilegiada de experiência, aprendizagem e de desenvolvimento de competências. É um momento evolutivo, de consolidação de saberes e de aquisição de “saber fazer” em contexto real de trabalho pela vivência de situações reais. No caso do EEESMO, a sua formação implica investimento pessoal e emocional, uma vez que a Saúde Materna é uma área em que se lida diariamente com momentos emocionalmente significativos (sejam de *stress* ou felicidade) na vida de uma mulher/casal e se atua no sentido de proporcionar o melhor atendimento possível. Desta forma, a formação do EEESMO e a conscientização do mesmo em relação ao seu papel leva ao aumento da motivação para a sua carreira, assim com uma melhoria da sua autoimagem profissional (Rocha, 2012; Sim-Sim et al., 2022).

No sentido de dar a conhecer o contexto em que este estágio decorreu, é feita uma caracterização da dinâmica dos locais de forma sucinta, surgindo a mesma de acordo com a ordem cronológica em que o estágio foi desenvolvido.

### **2.1. Caracterização do contexto**

O Estágio de Natureza Profissional decorreu no ano de 2021/2022, sendo dividido em dois semestres. Foi realizado em diferentes áreas de atuação da saúde materna: Cuidados de Saúde Primários, Grávidas e Ginecologia, Bloco de Partos e Puerpério. Seguidamente encontra-se a tabela correspondente à organização do Estágio, assim como o enquadramento dos locais onde o mesmo foi realizado.

- **Tabela 1**

*Organização do Estágio de Natureza Profissional*

1º Semestre		
13 de Setembro a 22 de Outubro de 2021	25 de Outubro a 5 de Dezembro de 2021	6 de Dezembro de 2021 a 22 de Janeiro de 2022
Cuidados de Saúde Primários	Bloco de Partos	Grávidas e Ginecologia
(Local A)	(Local B)	(Local B)
2º Semestre		
7 de Fevereiro a 18 de Março de 2022	21 de Março a 24 de Abril de 2022	26 de Abril a 19 de Junho de 2022
Puerpério	Bloco de Partos	Bloco de Partos
(Local B)	Local C	(Local B)

### **2.1.1. Cuidados de Saúde Primários – Local A**

Os Cuidados de Saúde Primários são o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, famílias e a comunidade (UNICEF, 1979). Retratam as condições económicas de um país, as características socioculturais e políticas, assim como as suas comunidades, tendo em vista os seus problemas de saúde. No sentido de melhorar a saúde, proporcionam serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação (Guedes et al., 2016).

Reconhecendo a importância dos Cuidados de Saúde Primários, em 2008 o governo reorganizou os mesmos e consagrou essa nova estrutura em Diário da República no decreto de Lei nº 28/2008. Assim, surgiram os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2008). Os ACES têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo que toda a população partilhe igualmente dos avanços científicos e tecnológicos postos ao serviço da saúde e bem-estar. Estão divididos em Unidades Funcionais que, de acordo com os problemas e necessidades de saúde em determinada área, se complementam e variam no espaço físico de um ou mais Centros de Saúde: Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de

Saúde Pública (USP) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Ministério da Saúde, 2008).

O Estágio de Natureza Profissional, na vertente de cuidados de saúde primários, decorreu num Centro de Saúde situado no Alentejo Central. Este Centro de Saúde é composto por uma UCC e uma UCSP, pelo que a sua estrutura organizacional está de acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, onde é referido que “em cada Centro de Saúde componente de um Agrupamento de Centros de Saúde funciona pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta” (Ministério da Saúde, 2008, p. 1183).

A UCC, segundo o 11.º Artigo do Decreto-Lei n.º 28/2008, tem como missão “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Ministério da Saúde, 2008, p. 1184).

A UCC onde foi realizado o Estágio é composta por uma equipa multidisciplinar constituída por três Enfermeiros (sendo um deles especialista em Saúde Materna e Obstétrica e os restantes generalistas), uma Assistente Técnica administrativa a tempo inteiro e outros profissionais a tempo parcial, sendo os mesmos uma Assistente Operacional de serviços gerais, uma Psicóloga, uma Assistente Social e uma Nutricionista.

No que diz respeito à estrutura física, situa-se na ala direita do Centro de Saúde. Possui um gabinete de Enfermagem, um gabinete da enfermeira coordenadora da Unidade, um gabinete de Intervenção Precoce, um gabinete de Psicologia, uma sala de movimento/ ginásio e um gabinete destinado a consultas de Medicina Dentária.

A UCC possui programas que integram o seu plano de ação, tais como: Equipa de Cuidados Continuados Domiciliários Integrados (ECCI), Banco de Ajudas Técnicas e pedagogia às famílias/ cuidadores, Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (em meio escolar), Intervenção Precoce, Comemorações de Saúde na Comunidade, Rendimento Social de Inserção, Rede Social, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Ações de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (UCC Redondo, 2021).

No que respeita à Saúde Reprodutiva e Materna, existem dois projetos em vigor: o “Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade” e o “Cantinho de Amamentação - Consulta de Aconselhamento em Aleitamento Materno”, ainda em desenvolvimento.

No ano de 2019 foi elaborado o Projeto “Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade”, que tem como objetivos específicos (Rainho, 2021b):

- Promover a aquisição de competências para a parentalidade centrada nas necessidades específicas de cada grávida/casal;
- Fornecer informação baseada na evidência científica acerca da gravidez, parto e cuidados ao recém-nascido;
- Favorecer uma experiência de parto, tanto quanto possível, de acordo com as expectativas da grávida;
- Fomentar a importância da vinculação segura na tríade mãe/pai/bebé;
- Proporcionar partilha de informação entre grávidas que estejam a viver a mesma situação;
- Ensinar a grávida-casal sobre estratégias de redução da dor.

O Projeto “Cantinho de Amamentação - Consulta de Aconselhamento em Aleitamento Materno”, como já referido, ainda está em desenvolvimento. Tem como principal objetivo a implementação de um local reservado e confortável que possibilite o ato de amamentar. Como objetivos específicos, foram definidos os seguintes (Rainho, 2021a):

- Apoiar as mães e bebés no sucesso do aleitamento materno;
- Promover aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida do bebé;
- Promover a vinculação mãe-bebé através da amamentação;
- Apoiar as latantes que apresentem dificuldades em estabelecer a amamentação;
- Facilitar as latantes que desejem extrair leite materno;
- Esclarecer dúvidas existentes e aconselhar acerca do aleitamento materno.

Ao longo deste ensino clínico foi realizada uma colaboração nos Projetos “Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade” e “Cantinho de Amamentação - Consulta de Aconselhamento em Aleitamento Materno”. Houve, ainda, oportunidade de colaboração com a UCSP deste Centro de Saúde, através da participação nas Consultas de Saúde Materna, Consultas de Planeamento Familiar e no Rastreio do Cancro do Colo do Útero.

### **2.1.2. Bloco de Partos; Grávidas/Ginecologia; Puerpério – Local B**

O Estágio de Natureza Profissional, na vertente dos contextos mencionados anteriormente, decorreu num Hospital situado no Alentejo Central. Este Hospital é a maior unidade hospitalar do Alentejo, oferecendo cuidados de saúde diferenciados à população que serve, “adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores” (Ministério da Saúde, 2001; citado por HESE-EPE, 2021, p.1). É um Hospital Central de Apoio Perinatal Diferenciado, recebendo maioritariamente parturientes do Alentejo.

No ano de 2020, neste hospital, contabilizaram-se de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro um total de 1047 partos, dos quais 688 partos por via vaginal (eutócicos e distócicos) e 359 cesarianas (correspondentes a 34,3% do número total de partos) (SNS, 2021). No ano de 2021, de acordo com os dados mais recentes, contabilizaram-se de 1 de Janeiro até 31 de Dezembro um total de 1000 partos, sendo que 578 foram por via vaginal (eutócicos e distócicos) e os restantes 422 cesarianas (correspondentes a 42,2% do número total de partos) (SNS, 2021). A análise destes dados permite-nos concluir que a taxa de cesarianas continua a aumentar. Esta taxa é considerada um indicador da qualidade de cuidados obstétricos. De facto, no sentido de reduzir a taxa de cesarianas em Portugal, a Direção Geral de Saúde criou, no ano de 2013, a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas (DGS, 2015a).

As cesarianas podem reduzir a morbimortalidade materno-fetal, quando realizadas por motivos médicos. No entanto, podem trazer riscos a curto e longo prazo, tal como qualquer intervenção cirúrgica (Mascarello et al., 2017). Não existem ainda evidências relativamente aos benefícios que a realização de uma cesariana sem necessidade médica possa trazer, pelo que continua a ser de extrema importância a implementação e divulgação de medidas que tenham como objetivo reduzir esta taxa, tanto a nível da comunidade obstétrica profissional, como científica (OMS, 2015).

O serviço de Obstetrícia e Ginecologia desta unidade hospitalar situa-se no 3.º piso do edifício. Presta assistência à grávida e respetiva família em todos os estádios, desde a gravidez e no nascimento. Este serviço foca-se, também, na assistência ao recém-nascido, a grávidas com desvio do padrão normal de saúde e a utentes do foro ginecológico. Os objetivos deste serviço são: aperfeiçoamento da qualidade dos

cuidados prestados, do ambiente das relações pessoais na equipa multidisciplinar e promoção da humanização (HESE-EPE, 2021).

A equipa de enfermagem do serviço é composta por 29 enfermeiros: a enfermeira coordenadora (com especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica), vinte e cinco enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e três enfermeiras de cuidados gerais. A gestão do serviço é da responsabilidade da enfermeira coordenadora, sendo que durante fins-de-semana e feriados é da enfermeira que está responsável de turno.

Relativamente à restante equipa multidisciplinar, há uma equipa médica composta por seis médicos, sendo que também existem médicos “tarefeiros” que vão ao serviço conforme a escala atribuída e sete médicos internos da especialidade de Obstetrícia e Ginecologia. Existem catorze assistentes operacionais de serviços gerais e duas assistentes técnicas administrativas. O serviço conta ainda com o apoio do pediatra de serviço, que assiste sempre que ocorra algum desvio no padrão normal e hemodinâmico do recém-nascido, assim como o apoio do anestesista de serviço do Bloco Operatório para realização de analgesia epidural durante o trabalho de parto. Todos estes profissionais se guiam pelos objetivos definidos no serviço e pelos padrões de qualidade do hospital.

A prestação de cuidados baseia-se no método de trabalho individual, que consiste na atribuição de uma ou mais utentes a um enfermeiro, que se responsabiliza pela gestão, prestação e avaliação de cuidados às mesmas de forma individualizada durante o turno (Costa, 1999). Este método de prestação de cuidados permite dar resposta às utentes, sendo feita uma distribuição dos enfermeiros, em que são escalados dois para a enfermaria e dois para a sala de partos, nos turnos da manhã, tarde e noite.

Em termos físicos, o serviço de Obstetrícia e Ginecologia é dividido em três alas. No âmbito do aparecimento da pandemia por SARS-CoV-2, houve necessidade de uma reformulação do mesmo. Assim, na ala esquerda, onde anteriormente se encontravam em funcionamento o Bloco de Partos e Bloco Operatório materno-infantil, encontram-se apenas em funcionamento um quarto com três camas destinado a utentes do foro ginecológico e dois quartos com duas camas destinados a puérperas e respetivos recém-nascidos. Nesta ala existe ainda uma copa, uma sala de reuniões e uma casa de banho para profissionais de saúde. É importante reforçar que todas as intervenções cirúrgicas (incluindo cesarianas) são efetuadas no Bloco Operatório geral do hospital.

Na ala central do serviço de Obstetrícia e Ginecologia existe o secretariado e uma sala de admissões, destinado também a atendimento de urgência obstétrica e ginecológica. Nesta ala encontra-se também o gabinete “Nascer Cidadão”. Este projeto permite o registo do nascimento do recém-nascido no hospital, evitando a deslocação dos pais à Conservatória do Registo Civil (Segurança Social, 2012). Desde o aparecimento da pandemia que não se encontra em funcionamento, podendo o registo do recém-nascido ser efetuado por via *online*.

Na ala direita do serviço encontram-se: um gabinete do diretor de serviço; um gabinete de Diagnóstico Pré-Natal (onde se realizam vários tipos de exames como amniocentese ou biópsia das vilosidades coriônicas); um gabinete destinado à realização dos testes acústicos do recém-nascido; dois gabinetes de Enfermagem; duas salas de dilatação (cada uma com duas camas e dois cardiotocógrafos ligados a uma central, um dinamap para avaliação de parâmetros vitais, duas mesas-de-cabeceira com bomba e seringa infusora e material necessário para a realização de procedimentos necessários à vigilância do trabalho de parto); uma sala de partos destinada a mulheres que se encontrem em período expulsivo; uma sala de trabalho destinada à prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido; dois quartos com três camas destinados a puérperas e respetivos recém-nascidos; um quarto com três camas destinado a Grávidas Patológicas; sala de arrecadação com o *stock* de material hospitalar; zona de sujios; duas casas de banho para utilização das utentes; uma casa de banho para utilização dos profissionais inerentes ao serviço.

Ao fundo da ala direita encontra-se ainda uma zona mais restrita, na qual se encontram dois quartos. Um dos quartos tem três camas e destina-se a utentes que se encontrem a aguardar o resultado de teste SARS-CoV-2, para posteriormente serem transferidas para junto das outras utentes internadas. O outro quarto tem duas camas e destina-se a Grávidas Patológicas ou a situações de abortamento, por forma a haver uma maior privacidade da utente.

É importante ter-se em conta o local onde uma grávida com patologia associada ou uma mulher que sofreu um aborto se encontram. O local deve ser o mais reservado possível, por forma a garantir a máxima privacidade e evitar que a mulher se confronte com puérperas e respetivos bebés, o que poderá causar um impacto bastante negativo na vida destas mulheres (Muza et al., 2013).

No que respeita ao sistema de segurança do serviço, a porta de entrada do mesmo é vigiada pela presença física de segurança de segunda-feira a sexta-feira das 08:00h às 20:00h e durante o fim-de-semana e feriados das 15:00h às 16:30h. A porta de entrada fecha automaticamente em caso de ativação do sistema de segurança, através da pulseira eletrónica do recém-nascido, sendo também acionado um alarme audível e que é registado na central de seguranças do hospital. Estas pulseiras eletrónicas são desativadas pelas enfermeiras no dia da alta clínica do recém-nascido.

Devido à pandemia por SARS-CoV-2 foram feitas também alterações no que diz respeito ao horário de visitas e presença de acompanhante. Segundo as regras estabelecidas pelo hospital e pelo serviço, no caso da parturiente, o acompanhante pode estar presente apenas no momento do parto e nas duas horas após o mesmo. Posteriormente, poderá fazer uma visita diária durante 15 minutos, no período das 15h00-16h00. Esta visita diária aplica-se também às grávidas com patologia associada e utentes do foro ginecológico.

O cenário de pandemia alterou o sistema de saúde, não só pela doença como também pelas medidas adotadas pelas entidades competentes no sentido de prevenir a transmissão do vírus. A presença de um acompanhante é um direito da mulher, pois este é um apoio crucial para a mesma. O facto de a mulher estar acompanhada permite que possa partilhar das mesmas emoções e enfrentar sentimentos mais negativos associados à situação clínica, ficando mais tranquila, minimizando esse sentimento e tendo uma experiência mais positiva e satisfatória (Ragazzo et al., 2022).

### **2.1.3. Bloco de Partos – Local C**

O Bloco de Partos onde decorreu o período de 21 de Março a 24 de Abril de 2022 situa-se num hospital localizado na região da Estremadura. Este hospital foi inaugurado no ano de 1959 e consistia numa estrutura mais pequena e menos diferenciada que o atual hospital, funcionando durante quase 30 anos e tendo uma lotação de cerca de 115 camas. Esta Instituição serve uma população de mais de 123 mil habitantes (CHBM, 2019).

Este hospital tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados e de qualidade aos cidadãos, de acordo com as capacidades e responsabilidades das suas unidades hospitalares integrantes, respeitando as políticas de saúde a nível nacional e regional. Rege-se pelos valores da humanização e não discriminação, respeito pela

dignidade dos doentes, pelo ambiente e pela ética profissional, promoção da multidisciplinaridade e do progresso face aos avanços científicos (CHBM, 2019).

No ano de 2020, neste hospital, no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro num total de 1504 partos, foram realizados 1039 partos por via vaginal (eutócicos e distócicos) e 465 cesarianas (correspondentes a 30,9% do número total de partos) (SNS, 2021). De acordo com os dados mais recentes, de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro do ano de 2021, num total de 1403 partos, foram realizados 943 partos por via vaginal (eutócicos e distócicos) e 460 cesarianas (correspondentes a 32,8% do número total de partos) (SNS, 2021).

Após a análise destes dados confirma-se novamente o aumento do número de cesarianas, que já foi referido anteriormente aquando da apresentação dos dados do local B. É também possível verificar-se uma redução da taxa de natalidade, que tem sofrido alterações ao longo dos anos. Esta redução pode ser associada à crise financeira que Portugal atravessa desde 2008, que levou a um aumento de desemprego, aumento da emigração e redução de apoios sociais. Como consequência, verificou-se um declínio e adiamento de nascimentos (Atalaia & Cunha, 2017; Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2020).

O Bloco de Partos referido situa-se no piso zero do hospital, em conjunto com o serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica. Esta, possui cinco zonas:

- Admissão: conta com um gabinete de enfermagem para triagem das utentes, zona de exames complementares de diagnóstico (cardiotocografia – CTG – e ecografia) e dois gabinetes médicos para observação;

- Bloco de Partos: conta com sete salas de parto onde as utentes permanecem desde o início do trabalho de parto até ao final do puerpério imediato. Estas salas estão equipadas com o material necessário para a atividade do EEESMO. São salas individuais, sendo assim assegurada a privacidade da utente e permitida a presença da pessoa significativa para a mesma, durante todo o trabalho de parto. Em cada uma destas salas existe uma cama, uma mesa para cuidados imediatos ao RN, um berço, um móvel de arrumação com o material indispensável para a prestação de cuidados, um bomba infusora, um cardiotocógrafo (que permite também avaliação dos parâmetros vitais), um lavatório e uma bola de Pilates;

- Recobro: consiste num quarto para onde vão as puérperas durante o período de puerpério imediato, ou a utentes submetidas a cirurgia do foro ginecológico, sendo constituído por dois berços e dois monitores para vigilância de parâmetros vitais;

- Berçário: como o nome indica, possui uma incubadora de transporte neonatal e ressuscitador;

-Bloco Operatório: duas salas operatórias equipadas com o material indispensável à prestação de cuidados.

Após o puerpério imediato, caso não haja existência de intercorrências, é feita a transferência das puérperas para o serviço de Obstetrícia, que se localiza no quinto piso do hospital. Devido ao aparecimento da pandemia por SARS-CoV-2, foi construído um módulo junto ao Bloco de Partos para atendimento e internamento de grávidas positivas para COVID-19, sendo constituído por dois quartos devidamente equipados e duas casas de banho.

No âmbito da Saúde Materna e Obstétrica, o presente hospital conta com vários projetos: Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, Curso de Recuperação Pós-Parto, Linha de Apoio às Puérperas, Projeto “Nascer Cidadão” e Projeto “Maternidade Com Qualidade” (CHBM, 2019). Existe ainda um Cantinho da Amamentação, onde é proporcionado à mãe um espaço para amamentar ou extrair leite materno. Para além disso, é feito o esclarecimento de dúvidas e prestado apoio em relação ao aleitamento materno ou questões relacionadas com o puerpério e cuidados ao recém-nascido (CHBM, 2019).

## **2.2. Metodologia do Estágio de Natureza Profissional**

A metodologia consiste no estudo do método para se alcançar determinado conhecimento, do qual fazem parte a abordagem, os procedimentos, os instrumentos e os sujeitos de todo este processo. A metodologia foca-se no desenvolvimento de uma atitude investigativa, na relação entre o conhecimento existente e estudado e no estabelecimento de uma postura crítica e holística (Aragão & Neta, 2017; Veiga et al., 2020).

A participação no Estágio de Natureza Profissional é obrigatória no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para adquirir as competências específicas inerentes à área, sendo uma oportunidade de se vivenciar experiências reais, consolidando e desenvolvendo conhecimentos que foram adquiridos no primeiro ano do

curso. Posteriormente, é elaborado um relatório final, onde é feita a descrição das experiências vivenciadas e dos resultados alcançados.

Um estágio é muito importante para a aquisição de competências da prática profissional. É no decorrer do mesmo que o estudante coloca o conhecimento teórico, anteriormente apreendido, em prática, adquirindo mais autonomia na resolução de situações específicas (Negreiros & Lima, 2018).

Enquanto estágio, foi aplicada a metodologia da supervisão clínica. A supervisão clínica é fundamental para uma prática de qualidade, uma vez que proporciona um maior discernimento da responsabilidade profissional, aperfeiçoando a sua evolução e uma prática baseada na evidência, favorecendo um ambiente de bem-estar dos profissionais, a nível institucional (Rocha et al., 2021).

Salienta-se o facto de o estágio ter decorrido em diferentes contextos, sob a supervisão de vários EEESMO, o que foi uma mais-valia pois para além de orientadores, são uma fonte de conhecimento e ensino e estimulam o raciocínio clínico, espírito crítico e reflexão sobre a prática clínica, o que contribui para uma melhoria constante da prestação de cuidados.

Durante o Estágio de Natureza Profissional espera-se que haja uma aquisição de competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas. Para a aquisição das mesmas, foram definidos objetivos com base no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora e com base no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros. Assim, apresentam-se os objetivos de aprendizagem que foram definidos no projeto de estágio:

- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade:
  - No âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional;
  - No período pré-natal;
  - No âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
  - Nos vários estádios do TP em situação de saúde/desvio de saúde;
  - No período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde;
  - Durante o período pós-natal;
  - A vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;

- Demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

- Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência.

- Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao Longo do Estágio de Natureza Profissional.

Foi definido um plano de atividades que abrange objetivos gerais e objetivos específicos (Apêndice I), baseado nas competências regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros e um cronograma de atividades inicial (Apêndice II).

No que respeita à população-alvo, fazem parte da mesma mulheres inseridas na comunidade e recém-nascidos com o qual foi possível estabelecer contato ao longo do Estágio e prestar cuidados:

- Mulheres com alterações do foro ginecológico, durante o internamento de Ginecologia;
- Grávidas admitidas no internamento com algum desvio do padrão normal da gravidez que foram admitidas no internamento de grávidas e/ou que recorreram ao serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica;
- Puérperas a quem foram prestados cuidados durante as duas horas após o parto (em contexto de Bloco de Partos) e durante o período de internamento de puerpério;
- Recém-nascidos a quem foram prestados cuidados logo após o nascimento (em contexto de Bloco de Partos) ou no período de internamento (em contexto de internamento – puerpério).

Os dados referentes à população-alvo encontram-se no Apêndice III.

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

A prática baseada na evidência consiste, como o nome indica, na prestação de cuidados com base na experiência clínica do profissional de saúde, articulada com a melhor evidência disponível, no sentido de promover a segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados. Para obter esses resultados, é crucial que haja pesquisa científica, com base em revisões da literatura (Sousa et al., 2018b).

As revisões da literatura, essenciais para o avanço científico, têm sido cada vez mais utilizadas pelos profissionais de saúde. Permitem, de forma crítica, compreender resultados de estudos realizados por investigadores na área da saúde, após uma identificação, análise e síntese dos mesmos, tendo como base uma pergunta definida com o objetivo de perceber quais as melhores evidências disponíveis (Gomes & Caminha, 2013; Sousa et al., 2018a).

Apresentam-se abaixo os contributos para a melhoria da qualidade e segurança na assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito do regresso a casa: Empoderamento da puérpera no autocuidado e cuidados ao recém-nascido.

#### **3.1. Concetualização**

O período pós-parto, também designado de puerpério, inicia-se logo após o nascimento do bebé e estende-se até às seis semanas após o parto. É um período muito importante para a saúde da mãe e bebé, assim como para o estabelecimento de novos vínculos familiares (Panagopoulou et al., 2018).

A maternidade é o maior desafio na vida de uma mulher, constituindo uma realidade nova e desconhecida para a mesma. O puerpério é caracterizado por grandes mudanças a nível físico e psicológico, que exigem uma adaptação da mulher a este papel. Apesar de ser uma experiência única e positiva, o puerpério, devido às mudanças ocorridas e à exigência desta nova fase, pode acarretar aspetos mais negativos, do ponto de vista psicológico e social. Do ponto de vista psicológico, poderão surgir sentimentos de medo, dúvida e angústia relativamente à sua capacidade em cuidar do bebé e às transformações ocorridas no seu corpo (Frias & Damas, 2019). Estes sentimentos poderão evoluir para uma Depressão Pós-Parto, que constitui uma condição que pode durar até meses e é caracterizada pelo aparecimento de profunda tristeza, desespero e desmotivação para lidar com toda a situação envolvente. Do ponto de vista social, após

o parto, a responsabilidade dos pais é aumentada, o repouso e lazer são por sua vez reduzidos e há uma maior exaustão por parte dos mesmos, o que leva ao aparecimento de um desequilíbrio a nível social, uma vez que a relação entre ambos fica mais fragilizada (Magdalena & Tamara, 2020; Santos et al., 2021; Sim et al., 2022).

Sendo o puerpério um período em que ocorrem alterações a nível psicológico, social e também a nível físico, é muito importante a existência de cuidados pré e pós-parto. Estes cuidados contribuem para reduzir as mortalidades materna, neonatal e infantil, para aumentar a satisfação e autonomia da mulher e devem ser prestados por profissionais especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (Lok et al., 2021).

Os cuidados pré-natais têm como objetivo promover nas mulheres a adoção de estilos de vida saudáveis ao longo da gravidez e prepará-las para a experiência do parto, no sentido do bem-estar materno-fetal. Têm também como objetivo prepará-las para a experiência pós-parto, promovendo o *empowerment* das mesmas no sentido do autocuidado e dos cuidados ao recém-nascido. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2009, p.190), *empowerment* é definido como o “processo que permite às pessoas e comunidade adquirir conhecimento, habilidades e atitudes necessárias para tomar decisões sobre o seu cuidado, ou seja, necessárias à participação da pessoa”. O enfermeiro é o profissional de saúde indicado para este empoderamento, tendo a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica baseada na empatia e confiança, promovendo assim estes cuidados, centrados essencialmente na educação para a saúde (Fialho et al., 2020; O' Kelly & Moore, 2017).

As primeiras 48-72h horas pós-parto são um período crítico em que podem ocorrer complicações decorrentes do mesmo. Desta forma, é crucial a presença do EEESMO durante o internamento, que tem um papel fundamental na prestação de cuidados à mãe e ao recém-nascido. Os mesmos devem ser adaptados às necessidades individuais de cada um e devem ser um processo contínuo, não devendo ser apenas prestados durante o período de internamento (Baratieri et al., 2021; Panagopoulou et al., 2018; Rotich & Wolvaardt, 2017).

No ano de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou o vírus SARS-CoV-2 como pandemia global. De forma a controlar a propagação do vírus, falando especificamente dos serviços de Bloco de Partos e Puerpério, foram adotadas medidas restritivas relativamente à presença de acompanhante e ao tempo de internamento, que foi reduzido. Estas medidas, apesar de terem contribuído positivamente para a proteção

das mulheres e recém-nascidos, levaram ao surgimento de dúvidas e sentimentos negativos.

Foi realizado um estudo na Bélgica entre 2019-2021 que teve como objetivo perceber qual o impacto da COVID-19 na maternidade. No que respeita ao impacto negativo, foi identificado um aumento do receio de contágio, desapontamento e aborrecimento, esclarecimentos e suprimentos inapropriados que conduziram a *stress*, inquietações recorrentes, depressão e/ou ideias obsessivas (Kuipers et al., 2022). Devido à pandemia de COVID-19, as mulheres no período perinatal viram o seu nível de *stress* aumentado, tornando-se mais ansiosas e deprimidas em consequência do distanciamento social e do receio e dúvidas relativos ao vírus (Kuipers et al., 2022). Ainda assim, no mesmo estudo, foi comprovado que a adoção destas medidas levou a uma satisfação por parte das mulheres pelo facto de terem mais privacidade, mais períodos de repouso, mais apoio do companheiro durante o curto tempo de visita e por considerarem que a amamentação se estabeleceu mais facilmente (Kuipers et al., 2022).

A pandemia por COVID-19 veio reforçar a importância da presença do EEESMO, que deve perceber quais as dificuldades sentidas pela mulher no âmbito do autocuidado e cuidados ao recém-nascido e atuar no sentido de colmatar as mesmas, garantindo uma continuidade de cuidados desde o período pré-natal até ao puerpério (Rotich & Wolvaardt, 2017; Sim et al., 2022). Assim, surge a necessidade da presente revisão da literatura.

O modelo definido para a realização desta revisão da literatura é o modelo PICO. Este modelo é o mais utilizado na elaboração da questão para a pesquisa, que é uma das fases mais difíceis do processo. É constituído por quatro componentes – População (*Population*), Intervenção (*Intervention*), Contexto (*Comparison*) e Resultados (*Outcome*) – que são importantes na questão de partida e na pesquisa bibliográfica. A elaboração de uma boa questão promove um bom percurso de investigação e permite obter resultados mais adequados ao tema (Sousa et al., 2018b).

A questão de investigação formulada foi “Quais as dificuldades sentidas pelas puérperas no autocuidado e cuidados ao recém-nascido?” (Tabela 2). Após esta etapa, seguiu-se a pesquisa bibliográfica, que se iniciou com a definição de palavras-chave e continuou com a definição de critérios de inclusão e exclusão dos artigos encontrados nas bases de dados (Ferenhof & Fernandes, 2016).

• **Tabela 2**

*Critérios do Modelo PICO para elaborar a questão de investigação*

<b>P</b>	População	Mãe e Recém-nascido
<b>I</b>	Intervenção	Autocuidado e cuidados ao recém-nascido
<b>C</b>	Contexto	Puerpério
<b>O</b>	Resultados	Identificar dificuldades sentidas pela mãe no autocuidado e cuidados ao recém-nascido

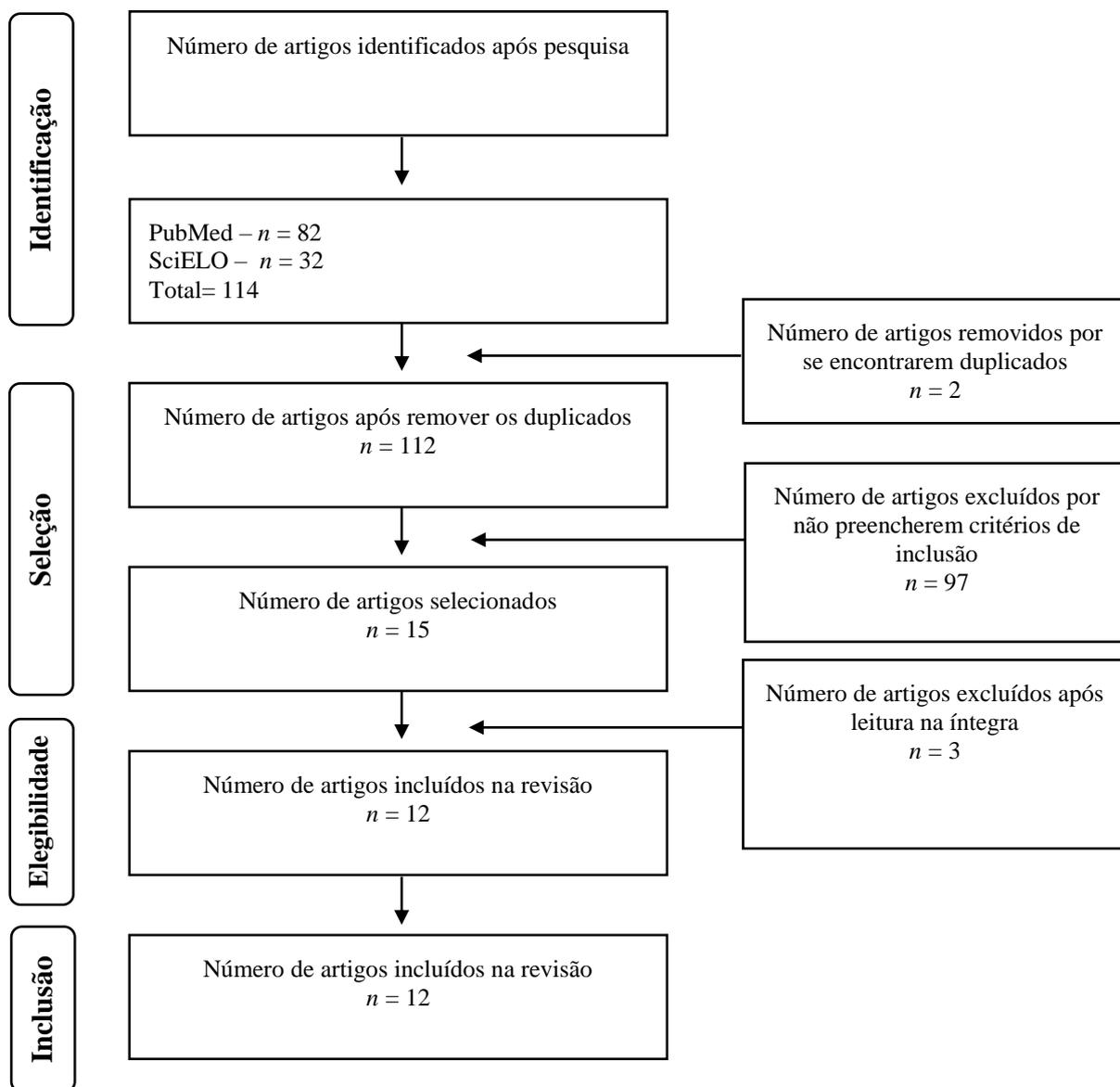
### 3.2. Metodologia

Para a realização da presente revisão da literatura foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados NCBI (PubMed) e Tripdatabase e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Esta pesquisa é fundamental para o desenvolvimento da revisão da literatura, uma vez que permite uma maior possibilidade de se encontrarem artigos em tempo reduzido e ser realizada uma revisão mais clara, rigorosa e precisa, melhorando assim a compreensão da questão de investigação (Fornari & Pinho, 2022).

Na pesquisa em bases de dados foram utilizados os descritores “*postpartum period*”, “*postnatal care*”, “*midwifery*”, “*self care*” e o operador booleano “AND”. Foram definidos os critérios de inclusão: resumo disponível, artigos publicados entre 2017 e 2022, artigos com texto completo e texto em português e inglês. Após a aplicação destes critérios, diminuiu-se o número de artigos de 114 para 17, ficando por fim 12 artigos. Na figura abaixo (Figura 1) apresenta-se o fluxograma relativo a esta seleção.

• **Figura 1**

*Fluxograma do processo metodológico da seleção dos artigos*



Na tabela seguinte (Tabela 3) encontra-se o resumo dos artigos selecionados para a realização da presente revisão da literatura.

• **Tabela 3**

*Resumo dos artigos identificados*

Título	Autores e Ano	Desenho	Objetivo	Resultados
Changes in maternal self-efficacy,	Zheng, Morrell &	Estudo quantitativo	Perceber mudanças na	Foi observado um aumento da autoestima

postnatal depression symptoms and social support among Chinese primiparous women during the initial postpartum period: A longitudinal study	Watts, 2018		autoestima materna, sintomas de depressão pós-parto e apoio social em primíparas chinesas nos primeiros três meses pós-parto.	materna e uma redução de sintomas de depressão pós-parto a primíparas que receberam apoio social.
A quantitative longitudinal study to explore factors which influence maternal self-efficacy among Chinese primiparous women during the initial postpartum period	Zheng, Morrell & Watts, 2018	Estudo quantitativo	Explorar fatores que influenciam a autoestima materna em primíparas chinesas nos primeiros três meses pós-parto.	O apoio social, a educação materna, a saúde do bebé são os principais fatores que influenciam positivamente a autoestima materna.
Antenatal and postnatal depression - Are Polish midwives really ready for them?	Magdalena & Tamara, 2020	Estudo quantitativo	Avaliar o conhecimento de parteiras sobre transtornos de saúde mental nos primeiros seis meses pós-parto.	As parteiras não estão devidamente preparadas para a avaliação do estado mental da mulher, sendo necessário mais apoio para garantir a competência e conhecimento das mesmas para uma melhor avaliação.
A descriptive study of the health information needs of Kenyan women in the first 6 weeks postpartum	Rotich & Wolvaardt, 2017	Estudo qualitativo	Determinar as necessidades de informação das mães nas seis semanas após o parto.	As participantes demonstraram uma série de necessidades não atendidas de informações sobre saúde que se estendiam além do planeamento familiar e da fertilidade, tais como

				necessidades relacionadas com o autocuidado e cuidados ao bebé.
Feasibility, acceptability, and potential efficacy of an innovative postnatal home-based breastfeeding peer support programme in Hong Kong: a feasibility and pilot randomised controlled trial	Lok, Chow, Shing, Smith, Lam, Bick & Chang, 2021	Estudo qualitativo	Determinar a viabilidade de um programa de apoio à amamentação com visitas domiciliárias durante um período de seis meses pós-parto em Hong Kong.	As taxas de interrupção da intervenção e perda de acompanhamento foram altas, tendo havido maior adesão no primeiro mês. Ainda assim, as mulheres entrevistadas no final do estudo relataram que a intervenção foi positiva.
Utilization of Postnatal Care Services among Thai Women during the COVID-19 Pandemic: Results of a Web-Based Survey	Sim, Kim, Suriyawongpaisal, Hong & Chang, 2022	Estudo transversal	Identificar o uso de cuidados pós-natais por profissionais de saúde nos 42 dias após o parto entre puérperas na Tailândia.	Uma percentagem relativamente baixa de puérperas recebeu cuidados pós-natais, principalmente entre o grupo socialmente carente.
Factors Affecting Women's Adjustment to Postpartum Changes: A Narrative Review	Asadi, Noroozi & Alavi, 2020	Revisão da literatura	Perceber quais os fatores que afetam o ajuste das mulheres às mudanças pós-parto.	Os fatores que afetam o ajuste às mudanças pós-parto foram divididos em fatores pessoais (experiências anteriores, estratégias para lidar com alterações, traços de personalidade,...) e sociais (família, profissionais de saúde, contexto cultural,...).
Antenatal maternal education for improving postnatal	O' Kelly & Moore, 2017	Revisão da literatura	Avaliar os efeitos da educação pré-natal na	Há uma falta de evidências sobre o contributo da educação

perineal healing for women who have birthed in a hospital setting (Review)			cicatrização de feridas perineais em mulheres pós-natais que pariram em ambiente hospitalar.	pré-natal para a cicatrização de feridas perineais, pelo que são necessários mais estudos nesta área.
Psychological health of pregnant and postpartum women before and during the COVID-19 Pandemic	Kuipers,B leijenberg h, Van den Branden, van Gils, Rimaux, Brosens, Claerbout & Mestdagh , 2022	Estudo qualitativo	Perceber o impacto que a pandemia por COVID-19 teve a nível da saúde mental, em grávidas e puérperas.	A pandemia parece ter um efeito positivo nas puérperas durante o primeiro ano pós-parto, em particular para mulheres com antecedentes de problemas psicológicos perinatais.
A survey of Greek women's satisfaction of postnatal care	Panagopoulou, Kalokairinou, Tzavella & Tziaferi, 2018	Estudo quantitativo	Determinar quais os fatores que mais influenciam a satisfação pós-natal.	Destaca-se o papel dos profissionais de saúde como fator que aumenta a satisfação pós-natal.
Avaliação de guidelines para atenção pós-parto na Atenção Primária: revisão sistemática	Baratieri, Soares, Natal & Lacerda, 2021	Revisão da literatura	Avaliar a qualidade de <i>guidelines</i> sobre a atenção às mulheres no pós-parto.	Foram analisados dez <i>guidelines</i> que apresentaram boa qualidade geral, no entanto, com necessidade de melhoria na sua elaboração no domínio da aplicabilidade.
Sintomas de	Santos,	Estudo	Verificar a	Verificou-se que a maior

---

depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconómicas e de apoio social	Reis, Silva, Santos & Leite, 2021	qualitativo	prevalência de sintomas de depressão pós-parto em puérperas atendidas numa maternidade pública e a sua associação com características socioeconómicas e de apoio social.	taxa de sintomas de depressão pós-parto está relacionada com uma maior carência socioeconómica e social.
---	-----------------------------------	-------------	--	--

### 3.3. Resultados

As mudanças inerentes ao período pós-parto exigem que haja uma adaptação por parte da puérpera. Esta adaptação pode ser influenciada por experiências anteriores, estratégias de gestão de conflitos, personalidade, autoeficácia, contexto cultural, relações familiares, entre outros. Todos estes fatores, quando interagem entre si de forma positiva, levam a uma boa adaptação ao puerpério (Asadi et al., 2020).

Os serviços de internamento são geralmente o primeiro contato e por vezes única oportunidade de prestar cuidados pós-parto. Embora estes cuidados envolvam a transmissão de informações cruciais à mãe acerca dos cuidados a ter com a própria e com o recém-nascido, muitos progressos podem e devem ser feitos no que respeita à precisão da informação (Rotich & Wolvaardt, 2017).

No ano de 2017, no Quênia, foi realizado um estudo com o objetivo de se perceber quais as dificuldades mais sentidas em relação ao autocuidado e aos cuidados ao recém-nascido. Neste estudo foram entrevistadas mulheres em três momentos: 48 horas, 2 semanas e 6 semanas após o parto. Após a realização das entrevistas, percebeu-se que as puérperas sentiram falta de informação relativamente aos cuidados a terem, tanto à própria como ao recém-nascido. Relativamente à própria, sentiram dúvidas em relação à alimentação adequada a ter no puerpério e lactação, aos cuidados a ter com as mamas e com a ferida perineal ou abdominal (consoante o tipo de parto), aos lóquios (no que respeita à quantidade, cor e duração), às mudanças que iriam ocorrer naquele período, ao retorno da vida sexual, entre outros aspetos relacionados com este período.

No que respeita aos cuidados ao recém-nascido, as maiores dificuldades encontradas prenderam-se com a amamentação, o banho do bebé, o sono e repouso do bebé, muda da fralda e cuidados a ter em casa para prevenção de acidentes (Rotich & Wolvaardt, 2017).

Houve ainda mulheres que manifestaram dúvidas no que respeita à possibilidade de transmissão de microrganismos ao bebé. Tendo sido este estudo realizado em 2017, presume-se que no ano em que se instalou a pandemia por COVID-19 esta questão deve ter sido ainda mais recorrente. De facto, foi realizado um estudo em contexto de pandemia, no ano de 2021, que teve como objetivo perceber os cuidados pós-parto recebidos durante este período, tendo-se concluído que, de 840 puérperas entrevistadas, apenas 13% (cerca de 109 puérperas) recorreram aos mesmos, tendo o vírus sido uma grande barreira para a acessibilidade das mulheres aos serviços de assistência no puerpério. As mulheres socialmente carentes foram as mais lesadas nesse aspeto, sendo que este grupo de mulheres tem uma menor perceção do seu estado de saúde, assim como o do bebé, o que proporciona mais dificuldades no sentido dos cuidados que ambos necessitam (Santos et al., 2021; Sim et al., 2022).

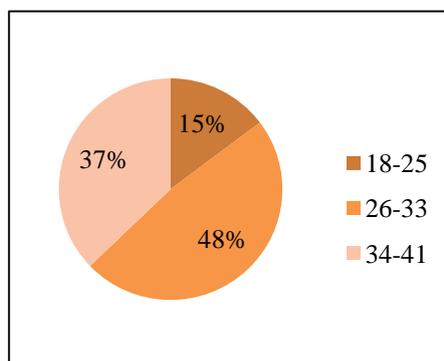
Foi realizado outro estudo (Panagopoulou et al., 2018) também com o intuito de perceber qual a satisfação das mulheres em relação aos cuidados pós-parto recebidos, mais especificamente na Austrália, Suécia, Turquia e Canadá, em que a maioria das puérperas entrevistadas referiu que durante o internamento não receberam cuidados pós-parto adequados pela falta de tempo dos profissionais de saúde e que, quando tiveram alta do hospital, sentiram que não tinham conhecimentos suficientes para cuidar de si mesmas nem do bebé. Na Grécia, contudo, foi realizado um estudo semelhante, que teve resultados mais positivos. Neste país, após a alta para o domicílio, cerca de 40 dias após o parto as mulheres costumam regressar ao hospital para verificar a sua adaptação ao pós-parto, o que mostrou posteriormente que o nível de satisfação das mesmas foi muito mais elevado. Os resultados desta última pesquisa comprovam que o EEESMO pode desempenhar um papel fundamental no que diz respeito à satisfação da mulher com os cuidados pós-parto, devendo haver a abertura para abordarem as suas dificuldades, necessidades e expectativas (Panagopoulou et al., 2018).

Relativamente ao contexto do Estágio de Natureza Profissional, após o investimento no conhecimento da temática escolhida para o presente relatório, foi possível, na prática, perceber-se quais as dificuldades sentidas pelas puérperas no

autocuidado e cuidados ao recém-nascido. Foram prestados cuidados a um total de 156 puérperas, com idades compreendidas entre os 18 e os 41 anos. Dividindo a faixa etária em grupos, observa-se que 23 mulheres (15%) tinham entre 18-25 anos, 75 mulheres (48%) entre 26-33 anos e 58 mulheres (37%) entre 34-41 anos (Figura 2).

- **Figura 2**

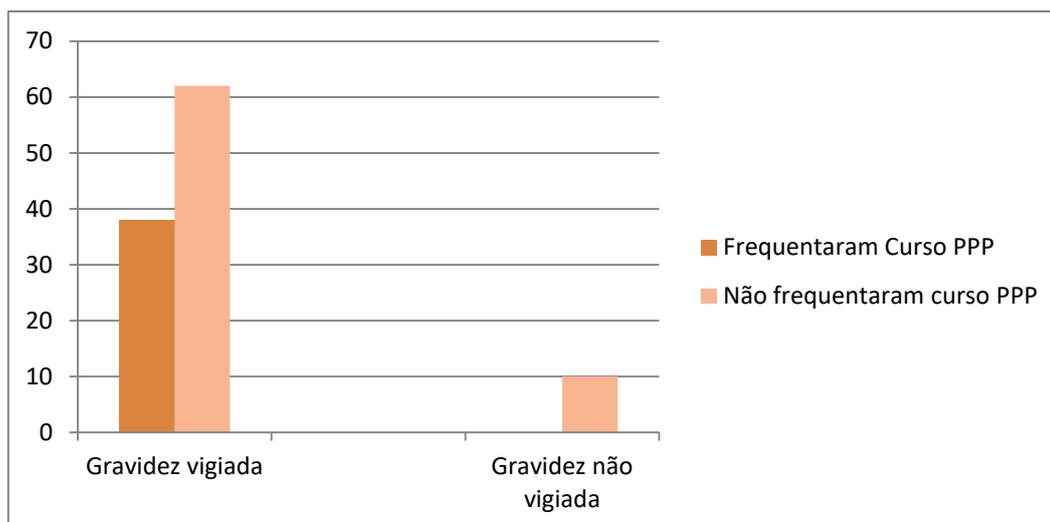
*Percentagem das puérperas de acordo com a idade*



No que respeita à vigilância da gravidez (Figura 3), apenas 15 puérperas (10%) não tiveram vigilância da gravidez, sendo que as restantes 141 (90%) foram vigiadas. Destas 141 puérperas, 87 (62%) referiram não ter frequentado cursos de preparação para o parto e parentalidade (PPP), sendo que as restantes 46 (38%) frequentaram.

- **Figura 3**

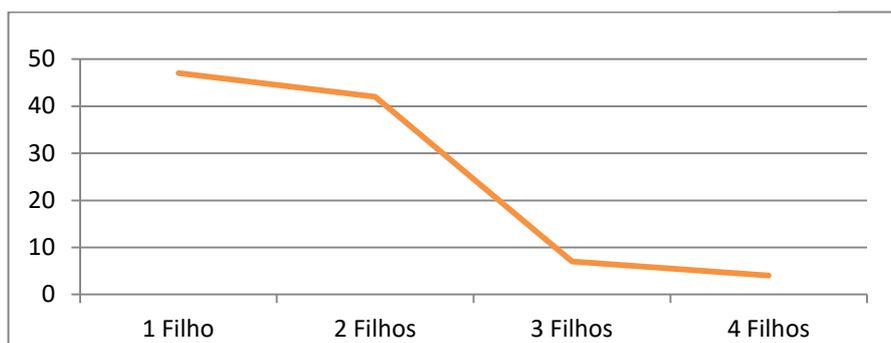
*Percentagem da vigilância de gravidez e frequência de curso de PPP*



Relativamente ao número de filhos, 73 (47%) das puérperas tinham apenas um filho, seguindo-se 66 puérperas (42%) com 2 filhos, 11 (7%) com 3 filhos e 6 (4%) com 4 filhos (Figura 4).

- **Figura 4**

*Percentagem do número de filhos*



Foram prestados cuidados a todas as puérperas referidas e respetivos recém-nascidos. Ao longo do internamento foi possível perceber, através do diálogo e observação, que a maioria das puérperas demonstrou mais dificuldades e preocupações em relação aos cuidados ao recém-nascido, comparativamente ao seu autocuidado. No que respeita ao autocuidado, foi possível observar que, de forma geral, há mais dificuldades em relação aos cuidados às mamas e aos cuidados à episiorrafia-perineorrafia, o que corrobora o estudo de Frias e Damas (2019). Em relação aos cuidados ao recém-nascido, foram demonstradas mais dificuldades a nível do banho do bebé, cuidados ao coto umbilical, alimentação, interpretação do choro do bebé, entre outros. Estas dificuldades encontradas vão ao encontro dos estudos de Rotich & Wolvaardt (2017) e de Frias & Damas (2019). Na tabela seguinte (tabela 4) encontra-se o resumo das mesmas.

- **Tabela 4**

*Dificuldades no internamento*

<b>Dificuldades no internamento</b>	
<b>Cuidados ao recém-nascido</b>	Banho
	Cuidados ao coto umbilical
	Alimentação

	Choro
	Muda da fralda
	Roupa
	Sono
	Cólicas
	Manobra de desengasgamento
<b>Autocuidado</b>	Cuidados às mamas
	Lóquios
	Cuidados à episiorrafia/perineorrafia (em caso de parto por via vaginal)
	Cuidados à sutura operatória (em caso de cesariana)
	Obstipação

No momento da alta, no que respeita ao autocuidado, as puérperas apresentaram receios em relação aos aspetos já referidos no internamento, assim como à vigilância de saúde, sexualidade e contraceção, entre outros. Relativamente aos cuidados ao recém-nascido, principalmente nas primíparas (47% do total de puérperas), observaram-se, para além das dificuldades anteriormente referidas, dúvidas em relação à segurança e transporte, assim como vigilância de saúde do bebé. Apesar de estas dificuldades serem mais comuns em primíparas (Rotich & Wolvaardt, 2017), nas múltiparas também foram observadas dificuldades no que respeita ao regresso a casa e gestão de cuidados ao bebé e do(s) restante(s) filho(s). Relativamente ao autocuidado, no momento da alta foram reforçados ensinamentos, que aparentemente foram compreendidos. Na tabela seguinte (tabela 5) encontra-se o resumo das dificuldades referidas.

- **Tabela 5**

*Dificuldades no regresso a casa*

<b>Dificuldades no regresso a casa</b>	
<b>Cuidados ao recém-nascido</b>	Banho
	Cuidados ao coto umbilical
	Alimentação
	Choro
	Muda da fralda
	Roupa

	Sono
	Cólicas
	Segurança e transporte do bebé
	Vigilância de saúde
	Alterações da pele
	Sinais de alarme
	Manobra de desengasgamento
<b>Autocuidado</b>	Cuidados às mamas
	Lóquios
	Cuidados à episiorrafia/perineorrafia (em caso de parto por via vaginal)
	Cuidados à sutura operatória (em caso de cesariana)
	Sexualidade e contraceção
	Exercício físico
	Alterações físicas e emocionais
	Vigilância de saúde
	Sinais de alarme

### 3.4. Discussão

Após a leitura dos resultados, é perceptível que os cuidados pós-parto nem sempre são suficientes para suprimir as dificuldades da puérpera no que respeita ao autocuidado e aos cuidados ao recém-nascido. Este período que, por si só é crítico, exige conhecimento, paciência, disposição por parte das mulheres e muitas necessitam de ajuda nesta adaptação, por inexperiência ou até mesmo insegurança. Além disso, há situações mais preocupantes, como o caso de depressão pós-parto, em que a presença de sintomas depressivos irá influenciar a relação mãe-bebé, podendo levar à manifestação de sentimentos de culpa, desespero e até mesmo raiva e rejeição em relação ao recém-nascido (Santos et al., 2021; Sim et al., 2022).

A consciencialização das mulheres acerca dos cuidados a ter em relação à própria e ao recém-nascido pode aumentar a autoeficácia das mesmas e permitir-lhes usar estratégias de *coping* para o período pós parto. Tendo em conta que o fator social tem um grande peso neste período, seria importante educar também a família, por forma a aumentar o apoio às mulheres e fortalecer as relações familiares (Asadi et al., 2020; Lok et al., 2021).

É importante e necessário que o EEESMO passe tempo de qualidade com as puérperas, prestando cuidados às mesmas e respetivos recém-nascidos e educando desde o início do internamento para os cuidados a ter em casa. Estes cuidados devem ser prestados de forma individual, centrados nas necessidades e dificuldades de cada mulher, não estando apenas direcionados para os problemas mas também promovendo a saúde e bem-estar da mãe e bebé, capacitando as mulheres para utilizar as habilidades parentais necessárias no regresso a casa (Panagopoulou et al., 2018).

A autoestima materna está relacionada com a perceção que a mãe tem sobre a capacidade de estruturar e realizar tarefas inerentes ao cuidado do seu bebé, sendo o EEESMO essencial na construção de uma boa autoestima (Zheng et al., 2018b). O profissional deve estar atento ao apoio social existente e a sintomas de depressão que possam surgir, atuando no sentido de os minimizar e dando espaço à puérpera para expressar os seus sentimentos e expectativas em relação à maternidade (Santos et al., 2021; Zheng et al., 2018a; Zheng et al., 2018b).

Os cuidados pós-parto devem ser prestados não só em contexto de internamento, devendo ser implementadas outras soluções que auxiliem as mulheres socialmente desfavorecidas ou que demonstrem mais dificuldades. Por exemplo, a possibilidade de assistência pós-parto, incluindo visita domiciliária ou chamada pós-alta. Esta assistência poderá ser fundamental e oferecer oportunidades de diagnosticar previamente complicações na saúde física e mental da mãe e recém-nascido, permitindo ao EEESMO melhorar a qualidade dos cuidados prestados. De facto, a visita domiciliária pode contribuir para uma menor procura de serviços de urgência e permitir uma avaliação da mãe e recém-nascido, apoio prático, emocional e assistência na amamentação (Lok et al., 2021; Sim et al., 2022).

Para que haja uma maior qualidade de cuidados, é importante que haja *guidelines* para os profissionais de saúde poderem orientar a sua prática clínica e prestar os melhores cuidados pré e pós-natais, baseados na melhor evidência clínica. Estas *guidelines* devem ser elaboradas consoante as evidências científicas disponíveis, a experiência do EEESMO e deve, no final, haver uma confirmação da validade e benefício das mesmas (Baratieri et al., 2021). Desta forma, com todas estas recomendações, é esperado que haja uma melhoria da prática clínica no que respeita ao empoderamento da puérpera no autocuidado e cuidados ao recém-nascido, assim como

um aumento da satisfação das mulheres e consequente bem-estar das mesmas e dos recém-nascidos.

## **4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

A competência consiste num conjunto de saberes adquiridos, estando relacionada com a capacidade de interpretar uma situação específica e agir perante a mesma. É um conceito multidimensional, envolvendo conhecimentos, atitudes, comportamentos e valores profissionais relacionados com o cuidado holístico. É adquirida, desenvolvida e aperfeiçoada com o decorrer do tempo e da ação e deve envolver uma componente teórica e prática (Le Boterf, 2003; Rojas & Rivera, 2022).

Na sua prática clínica, o enfermeiro especialista recorre às suas competências para efetuar uma gestão de situações específicas relacionadas com a sua área de especialidade, melhorando assim a sua atuação (Le Boterf, 2003).

A aquisição de competências, para além do cruzamento das componentes teórica e prática, deve envolver também uma prática reflexiva, em que o enfermeiro avalia as suas ações e aprendizagens, produzindo, com base na sua prática profissional, mais conhecimentos (Netto et al., 2018).

O estágio em diferentes contextos clínicos constituiu um período favorável para a mobilização, inclusão e cruzamento da componente teórica aplicada ao contexto prático da prestação de cuidados à mulher, tendo sido um período rico de experiências, aprendizagens e desenvolvimento de competências. Seguidamente, apresenta-se uma análise reflexiva sobre o processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

### **4.1. Competências comuns dos enfermeiros especialistas**

A eficiência e eficácia dos cuidados de enfermagem está relacionada com a existência de um conjunto de competências a adquirir. A especialização numa área de enfermagem foca-se na aquisição e desenvolvimento de competências que permitam uma prática de cuidados com qualidade de acordo com a área específica (Silva et al., 2018).

A especialização numa área específica pressupõe que haja, para além de competências específicas da mesma, a aquisição de competências comuns, que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional

especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019), os domínios destas competências são os seguintes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Segue-se a análise crítica de aquisição destas competências ao longo deste estágio, sendo realizada de forma individual para cada um dos domínios supracitados.

#### **4.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal**

De acordo com este domínio, o enfermeiro especialista deve exercer a sua atividade de forma profissional, ética e legal, tendo em conta princípios éticos e deontológicos da profissão. Além disso, deve ainda recorrer a uma prática que tenha em consideração os direitos humanos e responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A Ética envolve o estudo da conduta e caráter dos indivíduos, relacionando-se com a determinação do que é bom para os mesmos. Nos cuidados de saúde, a Ética apoia-se em quatro princípios: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. O princípio da beneficência implica agir em benefício do outro. O princípio da não maleficência pressupõe que não se provoque dano ao outro, havendo uma avaliação dos potenciais riscos. O princípio da autonomia defende que as pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas com o seu corpo e a sua vida, devendo as suas escolhas ser respeitadas. O princípio da justiça tem como base a equidade, não devendo haver cuidados diferenciados (Cardoso et al., 2018; Souza et al., 2013).

A Deontologia tem em vista a procura da melhor forma de agir por parte do enfermeiro na sua prática diária, devendo este fundamentar as suas decisões e atos (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Qualquer tomada de decisão pode afetar significativamente a vida da parturiente, pelo que deve haver consciência e respeito pelos princípios supracitados. A prestação de cuidados e tomada de decisões ao longo deste estágio teve sempre em conta estes princípios e a deontologia profissional do enfermeiro.

No que respeita aos direitos humanos e responsabilidade profissional, foram sempre prestados cuidados com segurança e responsabilidade. Nesta prestação de

cuidados, foi sempre estabelecida uma relação terapêutica com a mulher em todos os contextos de estágio. Esta relação teve sempre em conta o respeito, empatia, assertividade, tendo sido sempre respeitados a privacidade, sigilo, valores e crenças da mulher. Foram sempre explicados todos os procedimentos realizados, prestado apoio emocional e esclarecidas dúvidas no sentido de tranquilizar a mulher, independentemente do contexto.

#### **4.1.2. Domínio da Melhoria contínua da qualidade**

Este domínio requer que haja um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, que sejam desenvolvidas práticas de qualidade no sentido da melhoria contínua e que haja um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Em todos os contextos do estágio, foi havendo procura em conhecer as instituições e as respetivas políticas, assim como normas e protocolos instituídos nos respetivos serviços, no sentido de uma prática de cuidados segura e eficaz, apoiada em documentos orientadores. A melhoria contínua da qualidade foi sempre um objetivo a desenvolver ao longo de todo o estágio.

Destaca-se o facto do Estágio de Natureza Profissional ter decorrido num contexto de Pandemia por SARS-CoV-2. Em Portugal, em Março de 2020, foi declarado estado de alerta devido a este vírus. Estando os profissionais de saúde na linha da frente da prestação de cuidados de saúde, houve um maior risco de exposição ao vírus, pelo que foi essencial assegurar a saúde e segurança dos próprios e dos utentes. Nesse sentido, foram tomadas medidas com o objetivo de minimizar a exposição ao vírus, baseadas na Direção Geral de Saúde (2012). Estas medidas relacionam-se com a gestão de utentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), descontaminação de equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de medicação e na exposição a agentes microbianos no local de trabalho. Todas estas medidas foram sempre consideradas em todos os contextos do estágio, por forma a garantir a melhoria da qualidade dos cuidados e um ambiente terapêutico e seguro.

Todas as competências deste domínio foram adquiridas e houve sempre uma postura proativa no sentido da procura da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

#### **4.1.3. Domínio da Gestão de cuidados**

De acordo com este domínio, é importante que o enfermeiro especialista faça uma gestão dos cuidados otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, ao mesmo tempo que adequa os recursos às necessidades de cuidados, adotando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A gestão do cuidado está implícita nos padrões de qualidade que designam o enfermeiro para a organização dos cuidados, considerando a excelência no exercício profissional e as necessidades do utente, segurança, autonomia, relações e atitudes profissionais (Siewert et al., 2017).

Em todos os contextos de estágio houve oportunidade de contatar com dinâmicas de funcionamento e metodologias de trabalho distintas, implicando uma gestão de prioridades na assistência a grávidas/parturientes/utentes do foro ginecológico, conforme as situações clínicas. Foram várias as situações inesperadas às quais teve de haver uma resposta imediata, o que exige uma reorganização dos cuidados a prestar, não comprometendo a segurança das utentes. Houve, portanto, a aquisição destas competências e também uma maior consciência relativamente à complexidade e responsabilidade de prestar cuidados e gerir os mesmos.

#### **4.1.4. Domínio do Desenvolvimento de aprendizagens profissionais**

Este domínio implica que o enfermeiro especialista desenvolva o seu autoconhecimento, sendo assertivo na demonstração do mesmo através das relações terapêuticas e profissionais que estabelece e que a prestação de cuidados seja baseada na evidência científica, com base em conhecimento válido e atualizado (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

É de extrema importância para o exercício profissional que haja um desenvolvimento do autoconhecimento. Para isso, é também fulcral manter uma atualização desses conhecimentos, uma vez que a prática baseada na evidência é

essencial para uma boa tomada de decisão acerca dos cuidados, para que sejam de qualidade (Galvão & Sawada, 2008).

A realização deste estágio permitiu o desenvolvimento e consolidação dos conhecimentos adquiridos em contexto teórico, havendo sempre a procura do autoconhecimento e estabelecimento de relações terapêuticas assertivas.

Em contexto prático, foram desenvolvidas várias ações formativas no sentido de partilhar conhecimentos com fundamentação científica relevante para o público-alvo e causar um impacto positivo na sua qualidade de vida. Nomeadamente, foram realizadas, em contexto de cuidados de saúde primários, sessões de preparação para o parto a grávidas inscritas no curso de preparação para o parto e parentalidade (Apêndices IV, V, VI, VII e VIII). Nestas sessões, para além de ter havido esclarecimento de dúvidas e partilha de conhecimentos, foi possível o estabelecimento de uma relação com as grávidas, o que se tornou uma mais-valia, não só a nível profissional como também a nível pessoal. Para além disso, durante este percurso foi possível publicar um artigo científico elaborado com a colaboração da professora orientadora (Apêndice IX), que permitiu desenvolver conhecimentos e competências relativamente à investigação e evidência científica, fomentando assim uma prática baseada na evidência.

#### **4.2. Competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

As competências específicas são as que “(...) decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

As competências específicas do EEESMO assentam nos seguintes domínios: cuidar a mulher inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A análise crítica da aquisição destas

competências ao longo deste processo formativo será efetivada de forma individual para cada um dos domínios mencionados.

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

Este domínio requer que o EEESMO atue no sentido de: promover a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, planeamento familiar e período pré concepcional; fazer um diagnóstico precoce e prevenir complicações no âmbito da saúde sexual, planeamento familiar e período pré concepcional; prestar cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A sexualidade é uma parte importante e integrante da saúde e bem-estar gerais, não devendo ser restringida apenas à componente reprodutiva, mas também à componente das relações afetivas. A saúde sexual da mulher deve permitir que a mesma se possa expressar com positivismo, segurança, informação e sem riscos, sendo o EEESMO fundamental na promoção da mesma. O aconselhamento realizado por profissionais de saúde está relacionado com o recurso à contraceção. Além disso, a consulta de planeamento familiar apresenta mais-valias para a promoção de práticas seguras e identificação de riscos no que respeita à sexualidade e, caso seja desejado, planeamento da gravidez (Silva et al., 2021).

No decorrer do estágio, foi possível assistir a consultas de planeamento familiar e atuar no sentido de promover uma saúde sexual saudável. Nestas consultas foi realizada a avaliação física das utentes (altura, peso e parâmetros vitais), a apreciação de enfermagem, em que foram abordados os temas relativos a antecedentes pessoais e familiares, dados obstétricos e dados da consulta pré-concepcional. No decorrer das consultas foram concedidas orientações necessárias a cada utente e de acordo com as suas necessidades, através da realização de ensinamentos promotores de um estilo de vida saudável.

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

Este domínio requer que o EEESMO atue no sentido de: promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento; diagnosticar

precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento; providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No decorrer do estágio, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários foi possível participar em consultas de vigilância pré-natal, facultando informações pertinentes à mulher e esclarecendo dúvidas, com base na evidência científica.

No sentido de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, o EEESMO deve realizar consultas pré-natais e identificar e prevenir desvios ao padrão normal (Sehnm et al., 2019). Nestas consultas foi feita uma avaliação da grávida através dos dados antropométricos, parâmetros vitais e realização de exame sumário de urina, através de teste Combur. No que respeita ao bem-estar fetal, conforme o tempo de gestação, foram efetuadas manobras de Leopold, auscultada frequência cardíaca fetal com recurso a *Doppler* e avaliada altura do fundo do útero. Todas estas avaliações são importantes uma vez que é possível, através das mesmas, identificar desvios à gravidez normal que possam afetar a saúde da mãe e do feto. Em todas as consultas foi feito o registo das informações no Boletim de Saúde da Grávida e no processo clínico através do sistema informático em vigor.

Ao longo do estágio foi também possível assistir e participar em sessões de preparação para o nascimento e parentalidade, com supervisão da supervisora clínica. Estas sessões têm como objetivo tornar a grávida/casal/família mais confiantes e aptos para a experiência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, estimulando a evolução das aptidões interativas e precoces da ligação mãe/pai/filho e, mediante um processo de informação, esclarecimento e participação, fomentar a confiança, segurança, conforto e conhecimento das mulheres, dos homens e dos casais relativamente à gravidez, parto, pós-parto, transição e exercício da parentalidade (Frias & Franco, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Uma vez que o estágio decorreu em contexto de pandemia por SARS-CoV-2, o grupo total de grávidas (quatro) foi dividido, tendo as sessões sido com duas grávidas e os respetivos acompanhantes. Foram realizadas, no decorrer do estágio, cinco sessões, com os temas: trabalho de parto, cuidados à puérpera e ao recém-nascido, desenvolvimento fetal e exercícios respiratórios no trabalho de parto (Apêndices IV, V, VI, VII e VIII).

Durante o estágio houve também prestação de cuidados a mulheres grávidas em contexto de Bloco de Partos e internamento de Grávidas Patológicas/Ginecologia. Relativamente ao Bloco de Partos, foi realizado o acolhimento de grávidas, a anamnese e a avaliação clínica, incluindo a avaliação de sinais vitais, cervicometria, auscultação da frequência cardíaca fetal e cardiotocografia (CTG) externa.

A cardiotocografia externa é o método não invasivo mais utilizado que permite avaliar com precisão a frequência cardíaca fetal e a contratilidade uterina. Através desta avaliação, é possível perceber o bem-estar fetal, assim como a frequência cardíaca fetal varia conforme a atividade uterina (Oliveira & Sá, 2020; Silveira & Júnior, 2018).

No contexto de internamento de Grávidas Patológicas, foi possível planear e prestar cuidados, realizar ensinamentos e identificar possíveis desvios na gravidez, consoante a patologia de cada grávida.

Em condições normais a gravidez decorre sem intercorrências. No entanto, há situações em que pode haver uma evolução desfavorável. Nestas situações a gravidez pode ser considerada de risco, havendo um conjunto de condições clínicas ou obstétricas que podem ser originadas pela gravidez, ou já serem pré-existentes e agravarem com a mesma, havendo um compromisso do bem-estar materno-fetal (Rodrigues et al., 2017).

A avaliação do risco da gravidez é importante e permite que se avaliem os fatores que possam levar a um maior risco, tais como: antecedentes pessoais e obstétricos, condições sociodemográficas e estilos de vida que possam prejudicar a gravidez (Rodrigues et al., 2017). Com a identificação destes fatores, a atuação dos profissionais de saúde é mais célere e permite minimizar ou até mesmo eliminar alguns destes, diminuindo assim o impacto dos mesmos no bem-estar materno-fetal e melhorando a qualidade de vida da grávida (Oliveira & Mandú, 2015; Rodrigues et al., 2017).

No contexto da gravidez de alto risco, a hospitalização é por vezes um procedimento necessário para a vigilância e acompanhamento da grávida, o que poderá resultar num *stress* adicional à sua situação atual e numa grande necessidade de adaptação, visto que se encontra afastada do seu ambiente e rotina. Assim, reforça-se novamente a importância da presença do EEESMO no sentido de amenizar esta nova realidade e prestar apoio a todos os níveis (Rodrigues et al., 2020).

Relativamente ao internamento de Ginecologia, foram prestados cuidados a mulheres que sofreram abortos espontâneos. O aborto espontâneo constitui a maior complicação da primeira metade da gestação, consistindo na interrupção da gestação antes da 22.<sup>a</sup> semana ou quando o feto tem um peso ao nascimento inferior a 500gr (Sotto-Mayor, 2016). Esta situação pode gerar sentimentos de dor e sofrimento, podendo ainda levar a um conflito entre o casal, uma vez que houve uma destruição dos sonhos e expectativas em relação ao filho (Silva et al., 2019).

Durante o processo de cuidados aquando da ocorrência de um aborto, o EEESMO deve providenciar toda a informação necessária, incluindo os procedimentos que serão realizados, os riscos e futuras complicações numa próxima gravidez. Para além disso, no momento em que a mulher/casal se confronta com a realidade, o EEESMO é quem se encontra mais próximo e serve como pilar, pelo que é extremamente importante que se mantenha sempre junto da mulher/casal, pois a sua presença já demonstra empatia e respeito, acabando por ter um reflexo positivo no processo de luto, mesmo que seja apenas reconhecido mais tarde (Sotto-Mayor, 2016).

O impacto da morte vai muito além dos pais e estende-se também à família e ao EEESMO, não sendo fácil para o último abordar o assunto. Cuidar de quem vivencia o luto não é fácil. É um processo penoso, mas acima de tudo necessário, para aliviar ao máximo o sofrimento e facilitar a forma como se lida com a situação futuramente. Ou seja, é importante providenciar o maior apoio possível, saber ouvir e saber dar espaço à mulher para exprimir as emoções, se assim for o seu desejo, e tratá-la com o maior respeito e dignidade que tanto merece (Miranda & Zangão, 2020; Muza et al., 2013).

Durante todo o estágio foram vários os momentos de alegria vivenciados, no entanto, falando especificamente nas situações de aborto espontâneo ou de algum desvio normal da gravidez, foram também vivenciados momentos de angústia, medo e incerteza. Em todos estes momentos a comunicação foi sempre um elemento fundamental para prestar apoio emocional e auxiliar as mulheres a gerirem as suas dificuldades e expectativas em relação às situações vivenciadas.

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

Este domínio requer que o EEESMO adquira as seguintes competências: promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do

recém-nascido à vida extrauterina; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido; providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O parto representa um processo complexo em toda a dimensão biopsicossocial da mulher. É um momento associado a dor, mitos, dúvidas e medos que, por si só, já o tornam mais assustador. Para além destes fatores, há uma noção crescente de que o papel de mãe vai ser assumido, o que implica a aquisição de novas habilidades e de uma maior confiança (Frias & Damas, 2019; Pereira, 2016).

Com o aparecimento do vírus SARS-CoV-2, várias foram as orientações da Direção Geral de Saúde que tiveram como objetivo minimizar a exposição à infeção pelo vírus. Uma das normas emitidas foi que deviam ser garantidas todas as condições necessárias pelas unidades hospitalares para proporcionar a presença de um acompanhante durante o parto, desde que o mesmo não apresentasse qualquer sintoma sugestivo de COVID-19 ou tenha contactado com indivíduos infetados nos últimos 14 dias (DGS, 2021).

No caso dos locais onde foi realizado o estágio no contexto de Bloco de Partos, foi permitida a presença de acompanhante apenas a partir do período expulsivo do bebé, podendo ficar (se possível) nas duas primeiras horas após o parto. Posteriormente, poderia fazer uma visita diária de 15 minutos.

A ausência do acompanhante contribui negativamente para o bem-estar do casal. Para a mãe, porque se sente sozinha e insegura. Para o pai, por ser excluído e lhe ser tirado um direito que é dele: o da paternidade, não tendo oportunidade de vivenciar todas as emoções experienciadas pela mulher, nem de participar ativamente e apoiar a mesma nestes processos. Assim, é essencial que o EEESMO esteja presente e acompanhe a mulher neste momento tão marcante da sua vida (Cabrita et al., 2012; Pereira, 2016).

O trabalho de parto é dividido em quatro estádios. O primeiro é dividido em fase latente - onde há contrações irregulares e pouca dilatação cervical – e fase ativa - há contrações regulares, fortes e de frequência crescente e há uma dilatação cervical que vai dos 3cm até aos 10cm, ou seja, dilatação completa. O segundo estágio começa a partir de dilatação cervical completa e termina na expulsão do bebé. O terceiro estágio

envolve a expulsão da placenta – dequitação; e o quarto estágio corresponde ao puerpério imediato (Smith et al., 2018; Zugaib, 2016).

No decorrer do estágio foram realizados 40 partos eutócicos, tendo havido um notório desenvolvimento de autonomia ao longo da realização de cada um. No contexto de Bloco de Partos, foram prestados cuidados nos diferentes estádios do trabalho de parto, sendo sempre o apoio à mulher e bem-estar materno-fetal as prioridades.

Foi realizado o acolhimento da mulher, sendo na sua admissão determinado se estava ou não em trabalho de parto. Neste acolhimento foi realizada uma recolha de dados acerca da história clínica - antecedentes pessoais e familiares, índice obstétrico, grupo sanguíneo, intercorrências durante a gravidez, exames e análises efetuadas na gravidez, através da entrevista e da consulta do Boletim de Saúde da Grávida. No que respeita às análises clínicas, estas não devem exceder os três meses até à data de admissão, caso contrário deverá ser efetuada colheita de sangue para hemograma, taxas de coagulação e serologias. Foi ainda efetuada uma avaliação física - parâmetros vitais, cervicometria, auscultação dos batimentos cardíacos.

No acolhimento da mulher é possível perceber se está ou não em trabalho de parto, através das queixas apresentadas e da cervicometria. A cervicometria é utilizada para avaliar a evolução do trabalho de parto da mulher e fornece informações relativamente à dilatação, espessura e posição do colo do útero, a apresentação, atitude e posição fetal, presença de membranas e reação às contrações uterinas (Almeida, 2020). Ao longo do estágio esta técnica foi sendo aperfeiçoada, havendo no final do mesmo uma maior confiança, autonomia e certeza aquando da realização da mesma.

Com o decorrer do trabalho de parto, a dor é uma das maiores dificuldades vividas pela mulher, relacionando-se não só com a componente física (devido às contrações uterinas e dilatação cervical), como também com a componente psicológica, devido a uma reação no sistema nervoso simpático, que provoca uma tensão nos ligamentos redondos do útero e rigidez a nível do colo do útero (Pedro & Oliveira, 2016). Durante o estágio houve possibilidade de assistência nas medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor.

No que respeita a medidas farmacológicas, foi feita colaboração com o médico anestesista na realização de analgesia epidural e prestado suporte à parturiente.

A analgesia epidural é a medida farmacológica mais utilizada no controlo da dor no trabalho de parto, sendo realizada na fase ativa do 1.º estágio do mesmo. Consiste na

administração de anestésicos no espaço epidural, sendo no final da técnica efetuada a colocação de um cateter que permite manter a analgesia, através da administração por bólus ou por perfusão contínua (Guerra, 2016). Esta analgesia vai bloquear a mensagem que vem da pélvis e pernas até ao cérebro e, conseqüentemente, a mulher não tem a percepção de dor (American College of Nurse-Midwives, 2020; Anim-Somuah et al., 2018).

Relativamente a medidas não farmacológicas para controlo da dor, foi incentivada a prática de exercícios respiratórios, alternância de decúbitos, deambulação (quando possível) e utilização de Bola de Pilates. A associação de posturas verticais e movimentação pode reduzir a dor, aumentando a eficácia das contrações uterinas, melhorando a circulação sanguínea materno-fetal, promovendo a descida do bebé e minimizando a ocorrência do trauma perineal. A execução de exercícios na Bola de Pilates permite o relaxamento e alongamento da musculatura pélvica, relaxando e alongando a mesma (Silva & Lara, 2018).

Ao longo do estágio foi aumentando a percepção de que, tão importante como a realização de um parto, é a vigilância do trabalho de parto. Sempre que foi detetado algum desvio do padrão normal do mesmo, houve encaminhamento para a equipa médica.

No que respeita à assistência no parto, foi efetuada a preparação das mesas de parto e de reanimação do recém-nascido. No decorrer do parto, foi prestado apoio emocional à parturiente e solicitada a sua colaboração no momento do período expulsivo, de forma que o mesmo ocorresse da forma mais segura possível. Houve situações em que foi necessária a intervenção do médico, evoluindo o parto para distócico.

Houve também situações em que, após avaliação da necessidade da mesma, foi necessário o recurso a episiotomia. A episiotomia é uma das intervenções mais comuns na Obstetrícia, sendo definida como uma incisão perineal que tem como objetivo aumentar a abertura vaginal. Esta intervenção pode ser efetuada por médicos e por EEESMO. Esta técnica não deve ser utilizada como rotina, uma vez que poderá haver um aumento da extensão das lacerações perineais, aumento do risco de infeção, fístulas retovaginais, hematomas, entre outros (Aguiar, et. al., 2020; WHO, 2018).

Após a expulsão do recém-nascido segue-se a dequitação, que consiste na expulsão da placenta. Neste 3.º estágio do trabalho de parto há que haver uma atitude

expectante e respeito pelo tempo fisiológico e sinais de dequitação: hemorragia a nível do introito vaginal, elevação do fundo do útero, existência de contratilidade uterina, prolongamento do cordão umbilical e alteração da forma do útero de discoide para ovoide (Sequeira et al., 2020).

Ao longo do estágio houve uma melhoria no que respeita à perceção dos sinais evidentes de dequitação, assim como a execução da mesma, que deverá ser efetuada através de movimentos circulares de forma a não haver desintegração das membranas. Foi possível observar a dequitação sob o mecanismo de Schultze (quando a face fetal da placenta surge em primeiro lugar) e o mecanismo de Duncan (quando a face materna da placenta surge em primeiro lugar), assim como administrar medicação uterotónica – Ocitocina - para prevenir hemorragia pós-parto (Ordem dos Enfermeiros, 2015b; Sequeira et al., 2020).

As competências pertencentes a este domínio foram adquiridas. Foi notória a melhoria da qualidade da prestação de cuidados, assim como um privilégio ter havido uma participação ativa neste período tão importante na vida de uma mulher. A relação estabelecida com todas as parturientes e o apoio prestado a nível físico e emocional são aspetos que nunca serão esquecidos.

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

As competências a adquirir neste domínio são: promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal; providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Foi possível adquirir estas competências em contexto de cuidados de saúde primários, Bloco de Partos e internamento de puerpério.

No que respeita aos cuidados de saúde primários, foi feita assistência em consultas de revisão do puerpério. Estas consultas, caso não haja nenhuma alteração ou desvio da normalidade, são realizadas entre a 4.<sup>a</sup> e a 6.<sup>a</sup> semana após o parto (DGS, 2015b). Foram avaliados conhecimentos da puérpera, esclarecidas dúvidas e disponibilizada informação, nomeadamente acerca de amamentação e cuidados com as

mamas, alimentação, perdas hemáticas e involução uterina, sexualidade e contraceção, entre outros.

As consultas de revisão do puerpério devem ser articuladas com as consultas de Saúde Infantil e todos os dados da mesma devem ser registados no processo clínico, no Boletim de Saúde da Grávida e no Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar (DGS, 2015b).

Foi também possível assistir a consultas de saúde infantil, onde era feita uma avaliação do recém-nascido, avaliados dados antropométricos e efetuado o teste de Diagnóstico Precoce. Este teste, vulgarmente conhecido como o “teste do Pezinho”, deve ser realizado entre o 3.º e o 6.º dia de vida do bebé, consistindo numa recolha de amostra de sangue do mesmo que permite diagnosticar doenças que poderão beneficiar de tratamento precoce (DGS, 2015b).

Ainda no âmbito de cuidados de saúde primários, foram elaborados pósteres sobre aleitamento materno e alimentação no puerpério, tendo os mesmos sido expostos na sala de espera do local onde foi realizado o estágio neste contexto (Apêndice X).

O aleitamento materno traz inúmeros benefícios para o bebé e para a mãe. Para o bebé, há promoção do crescimento e desenvolvimento cognitivo, prevenção de doenças infecciosas, gastrointestinais e respiratórias, prevenção da obesidade e redução da mortalidade infantil (Agostinho & Frias, 2021). Para a mãe, há redução de hemorragia pós-parto, recuperação do peso pré-gestacional mais rápida, diminuição do risco de aparecimento do cancro no ovário, endométrio e mama, entre outros. Para além destes benefícios, a amamentação associa-se ao desenvolvimento emocional do bebé, promovendo um fortalecimento do vínculo afetivo entre o mesmo e a sua mãe (Gibbs et al., 2018; Sardo, 2016).

O aleitamento materno deve ser considerado como uma questão de saúde pública, devendo haver um investimento a todos os níveis para promover a sua prática, criando um ambiente favorável à mesma. É, sobretudo, um direito humano, devendo haver responsabilidade de todos em proteger, respeitar e incentivar a prática do mesmo. Os serviços de saúde devem acompanhar esta prática, devendo os profissionais de saúde prestar apoio e orientações de qualidade à latante (Gibbs et al., 2018; WABA, 2021).

Assim, sabendo-se a importância da amamentação, foi ainda possível criar, em conjunto com a enfermeira supervisora, um projeto de cantinho de amamentação (Apêndice XI).

No contexto de sala de partos, foi efetuada uma vigilância da mulher no puerpério imediato (que se estende até às duas horas após o parto). Neste período, foi realizada uma avaliação global da mulher, que incluiu a vigilância de involução uterina, de perdas hemáticas – lóquios e de parâmetros vitais. Caso a mulher demonstrasse vontade, era também colocado o recém-nascido à mama, observados os reflexos de sucção e deglutição do mesmo e realizados ensinamentos no que respeita à amamentação. Caso não houvesse desvios ao padrão normal, após as duas horas a mulher era transferida para o internamento de puerpério.

No que respeita ao internamento de puerpério, foi avaliada a adaptação ao pós-parto e bem-estar materno e prestados cuidados ao recém-nascido. Com o aparecimento da pandemia por SARS-CoV-2, não foi permitida a presença do acompanhante, sendo que o mesmo tinha apenas direito a uma visita diária durante quinze minutos. Foi, assim, ainda mais importante prestar apoio emocional à puérpera e estabelecer com a mesma uma relação de empatia e confiança. Este é um período onde surgem muitas dúvidas, pelo que a realização de ensinamentos foi uma essencial constante.

Relativamente aos cuidados prestados à mãe, foi realizada uma avaliação no sentido céfalo-caudal: avaliação de parâmetros vitais, observação das mamas e presença de colostro, verificação da sutura operatória em caso de cesariana, avaliação da involução uterina, observação do períneo, verificação das características dos lóquios em termos de quantidade, coloração e odor, avaliação das eliminações urinária e intestinal e avaliação dos membros inferiores.

O primeiro levante da puérpera era realizado, quando reunidas condições para tal, 6 a 8 horas após o parto – no caso de eutócico, ventosa ou fórceps – e 10 a 12 horas no caso de cesariana. Neste levante eram reforçados ensinamentos relativamente aos cuidados de higiene perineais.

No que respeita à prestação de cuidados ao recém-nascido, foi realizada uma avaliação do peso corporal, cuidados de higiene e conforto, cuidados ao coto umbilical, avaliação da pele e mucosas, mudança da fralda e avaliação das eliminações vesical e intestinal. Foi também efetuada uma avaliação do aleitamento materno ou artificial. Em todos estes cuidados a mãe esteve presente, foram realizados ensinamentos e esclarecidas dúvidas.

Em alguns casos foi necessário proceder à realização de fototerapia, devido ao aparecimento de icterícia fisiológica, sendo feitos ensinamentos à mãe também acerca dos

cuidados a ter aquando da realização da mesma. A icterícia – hiperbilirrubinemia neonatal - é um dos problemas mais comuns do recém-nascido, caracterizando-se pela alteração da coloração da pele do mesmo para um tom mais amarelo, entre o segundo e o quarto dia de vida (Santos & Baptista, 2016). Esta alteração ocorre devido a um aumento da concentração de bilirrubina, provocada pela destruição dos glóbulos vermelhos. Consequentemente, como ainda não houve um amadurecimento do fígado do recém-nascido, este não é capaz de processar o excesso de bilirrubina. O tratamento mais utilizado para esta condição é a fototerapia, que consiste na exposição do recém-nascido a uma luz halógena, que irá provocar uma alteração fotoquímica na bilirrubina, possibilitando que esta seja eliminada (Bomfim et al., 2021).

Na preparação da alta clínica foram realizados ensinamentos à puérpera relativamente à própria e ao bebé, mais especificamente: sinais e sintomas de problemas físicos e/ou psicológicos maternos, amamentação, cuidados ao períneo, lóquios, sexualidade e contraceção, alimentação, exercício e repouso, consulta de revisão do puerpério, consulta do recém-nascido e vacinação, referenciação em caso de situações potenciais ou existenciais de risco, entre outros. Para suportar estes ensinamentos, foram elaborados dois guias de bolso, relativamente aos cuidados à mãe e cuidados ao bebé (Apêndices XII e XIII).

Para além de todas as mudanças que ocorrem a nível físico, a maternidade pode trazer mudanças a um contexto psicológico e familiar. A chegada de um bebé, principalmente para primíparas, é uma situação que poderá provocar dificuldades, dúvidas e medo. Por vezes a mulher/casal precisa de encontrar ajuda para lidar com esta situação nova. Geralmente, este suporte é procurado a nível social e das pessoas mais significativas, como familiares, amigos e até mesmo a *internet*. Esta procura de apoio, pode ser vezes aumentar as dúvidas e receios, devido ao facto de estas fontes nem sempre serem seguras e credíveis (Frias & Damas, 2019; Zanatta et al., 2017).

Assim, há que reforçar que o EEESMO é essencial na capacitação da mulher para o regresso a casa. Esta capacitação deve ser feita ao longo do internamento, não devendo os cuidados ser focados apenas naquele período, mas também a longo prazo. É no internamento que a mulher demonstra mais vulnerabilidade devido às transformações que ocorrem, pelo que é neste período que devem ser compreendidas as suas dúvidas, necessidades e medos, para que o EEESMO possa agir no sentido de colmatar as

mesmas e promover uma maternidade o mais saudável e positiva possíveis (Frias & Damas, 2019).

Durante o estágio foi possível contactar com várias puérperas, como referido anteriormente. Foram notórias as dúvidas, incertezas, medos vivenciados por cada uma delas, tendo sido igualmente interessante verificar que estes sentimentos não surgem só em primíparas. Nas primíparas, foi claro perceber que estes sentimentos surgem por ser o primeiro filho. Nas múltíparas, apesar de se ter observado haver mais experiência e conhecimentos a nível dos cuidados a prestar ao recém-nascido, surgiram mais sentimentos de fragilidade e dúvidas em relação à gestão dos restantes filhos, por haver mais um elemento na família. Foi interessante e enriquecedor ter havido contacto com cada uma destas mulheres e poder ter havido contribuição para um regresso a casa mais seguro e positivo. Tendo em conta que o período pós-parto é o tema central deste relatório, foi uma mais-valia as competências deste domínio terem sido adquiridas.

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

Neste domínio, o EEESMO deve: promover a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério; providenciar cuidado à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O climatério é um período de transição do ciclo vital da mulher entre a fase reprodutiva e a fase não reprodutiva, que se inicia por volta dos 40 anos e pode ir até cerca dos 65 anos. Neste período está incluída a menopausa, que se caracteriza pelo declínio da função ovárica e que leva ao aparecimento de sinais e sintomas, tais como irregularidade menstrual, afrontamentos, sudorese noturna, alterações de humor e do sono, inapetência sexual, entre outros (Selbac et al., 2018; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016).

Foram adquiridas competências em contexto de cuidados de saúde primários e internamento de Ginecologia. Ao nível dos cuidados de saúde primários, houve participação em consultas de planeamento familiar. Nestas consultas foi realizada uma recolha de dados acerca de antecedentes pessoais, familiares e obstétricos, foi efetuada uma avaliação física (parâmetros vitais e dados antropométricos) e foi abordada a fase que a mulher vivenciava, nomeadamente: sinais e sintomas do climatério e fatores de

risco, tendo sido esclarecidas dúvidas neste sentido. Foi também possível participar no rastreio do cancro do colo do útero, através da realização de colpocitologia. Relativamente ao rastreio do cancro da mama, através da auto-palpação mamária, foi incentivado e foram realizados ensinamentos referentes ao mesmo.

Em contexto de internamento de Ginecologia, foram prestados cuidados a mulheres submetidas a histerectomias. Este procedimento consiste na remoção do útero, na sua totalidade - histerectomia total - ou apenas parcialmente - histerectomia subtotal, em que é removido o corpo do útero mas o colo é preservado. Existe ainda a histerectomia radical – em que são removidos o útero na sua totalidade, a parte superior da vagina e dos tecidos em redor. Esta cirurgia pode ser realizada por via abdominal ou vaginal (Pontes et al., 2022).

Foram prestados cuidados a mulheres submetidas a histerectomia total, parcial e radical e pelas duas vias. Foram realizadas admissões, onde foram recolhidos dados sobre a história clínica anterior e a atual e feita a avaliação física. Posteriormente, foram garantidos os cuidados pré-operatórios e feito o acompanhamento até ao Bloco Operatório. O período pós-operatório foi, caso não houvesse complicações, de 72 horas, foram efetuadas vigilâncias das mulheres e administrada terapêutica, principalmente analgésica. Antes da alta eram explicados os sinais de alerta e esclarecidas dúvidas existentes.

A aquisição de competências deste domínio permitiu que houvesse, para além da prestação de cuidados, o estabelecimento de relação terapêutica com todas as mulheres que se encontravam no período de climatério, sendo dado espaço para as mesmas exprimirem as suas dúvidas e sentimentos associados a esta fase marcante das suas vidas, o que se tornou enriquecedor a nível profissional e pessoal.

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

Neste domínio é expectável que o EEESMO: promova a saúde ginecológica da mulher; diagnostique precocemente e previna complicações relacionadas com afeções do aparelho geniturinário e/ou mama; providencie cuidado à mulher com afeções do aparelho geniturinário e/ou mama e facilite a sua adaptação à nova situação (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As complicações do aparelho geniturinário e da mama são responsáveis por um elevado número de procedimentos cirúrgicos em todo o mundo, sendo a histerectomia o mais comum. Estas complicações não se relacionam apenas com o facto de serem um problema de saúde. A remoção de um órgão associado a feminilidade acarreta um grande peso a nível psicológico. Após a cirurgia, há sentimentos comuns a todas as mulheres: anormalidade e alteração do conceito que as mesmas têm do seu corpo, uma sensação de vazio e mutilação com a noção de que algo está modificado, sentindo-se marcadas e diferentes de todas as outras (Silva & Vargens, 2016).

No que respeita à aquisição de competências a este nível, salienta-se novamente o estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários e internamento de Ginecologia. Relativamente aos Cuidados de Saúde Primários, as mulheres que foram assistidas nas consultas de planeamento familiar não apresentavam alterações, sendo esclarecidas dúvidas e reforçada a importância dos rastreios do cancro do colo do útero e cancro da mama, através da colpocitologia e auto-palpação mamária, respetivamente.

A nível de internamento de Ginecologia, como foi referido anteriormente, foram essencialmente prestados cuidados a mulheres submetidas a histerectomias. Para além dos cuidados pré e pós-operatórios, foram esclarecidas dúvidas e prestado apoio emocional. É essencial a presença do EEESMO, não só para prestar cuidados em termos técnicos, como também para favorecer um ambiente que facilite a manifestação de medos e dúvidas por parte da utente. Foi possível estabelecer relação terapêutica com todas as mulheres a quem foram prestados cuidados (Breda & Cerejo, 2020).

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

É essencial que, neste domínio, o EEESMO: promova a saúde do grupo alvo; diagnostique precocemente e intervenha no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva; intervenha na minimização das causas de morbimortalidade materno-fetal (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O EEESMO tem um papel essencial na promoção da saúde e prevenção da doença das mulheres em idade fértil. Infelizmente, muitas destas mulheres procuram apenas cuidados quando já existe algum problema instaurado. No entanto, não só prestar cuidados no sentido de despistar e minimizar esse problema, o EEESMO deve garantir que a sua assistência inclua também uma vertente de educação para a saúde, para que

possa haver posteriormente uma maior adesão aos serviços de saúde, promovendo o autocuidado e uma maior qualidade de vida (Frazão et al., 2022). Esta medida vai promover também uma boa comunicação entre o profissional de saúde e a mulher, permitindo que a mesma sinta confiança, podendo expressar dúvidas e consequentemente o EEESMO possa orientá-la e apoiá-la na adoção de estilos de vida saudáveis (Frazão et al., 2022).

A aquisição destas competências ocorreu sobretudo no contexto de Cuidados de Saúde Primários. Houve possibilidade de prestação de cuidados a mulheres em idade fértil, tendo sido possível identificar necessidades e agir de acordo com as mesmas, destacando-se a necessidade da realização de ensinamentos de forma individualizada para cada mulher, nomeadamente acerca de sexualidade, métodos contraceptivos, infeções sexualmente transmissíveis, adoção de estilos de vida saudáveis, entre outros temas.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro deve adquirir competências comuns e específicas para poder assumir o papel de especialista e prestar cuidados à mulher em todo o seu ciclo vital. No decorrer deste Estágio de Natureza Profissional, foi possível haver uma aquisição das mesmas, com base numa prática baseada na evidência científica, tendo havido previamente uma preparação fundamental a nível teórico. No que respeita aos objetivos delineados para o Estágio de Natureza Profissional, todos eles foram também alcançados.

Para que todo este processo fosse concluído com sucesso, existiram também momentos que permitiram a avaliação sobre todo o percurso, nomeadamente, reuniões realizadas com as enfermeiras supervisoras clínicas e a professora orientadora, em que houve partilha de informações e reflexão sobre aspetos a melhorar ao longo do estágio. Estas reuniões permitiram sem dúvida um crescimento a nível profissional e pessoal.

O presente relatório constitui uma reflexão sobre as práticas vivenciadas durante o Estágio de Natureza Profissional. Ao longo do mesmo há uma descrição das atividades desenvolvidas em todo o ciclo vital da mulher, sendo ainda realizada uma revisão da literatura no âmbito do período pós-parto, com o objetivo de se promover uma prestação de cuidados mais segura e com qualidade, no que refere ao empoderamento da mulher no autocuidado e cuidados ao recém-nascido no regresso a casa.

É notório que existem dificuldades em relação aos dois cuidados, pelo que é crucial que o enfermeiro desenvolva as competências para que possa posteriormente auxiliar a puérpera a cuidar de si mesma para cuidar do recém-nascido, tornando assim possível a adaptação da mulher/casal ao puerpério. O EEESMO deve ser uma fonte de apoio, confiança e segurança, transmitir conhecimentos e esclarecer dúvidas, fomentando assim uma transição saudável e positiva para a parentalidade.

Salienta-se, para além da aquisição e desenvolvimento de competências, a relevância da relação terapêutica estabelecida com as utentes, a escuta ativa e o apoio emocional ao longo do estágio. Tendo em conta que o mesmo decorreu em contexto de pandemia por SARS-CoV-2, houve um reforço desta relação terapêutica, uma vez que a possibilidade da presença do acompanhante era apenas de quinze minutos, o que facilitou o aparecimento de sentimentos negativos por parte das utentes. Assim, foi crucial a presença do EEESMO no sentido de promover o bem-estar psicológico, para

além da vigilância e monitorização do bem-estar materno-fetal, dos cuidados prestados à puérpera e recém-nascido. Esta relação, para além de promover uma parentalidade segura, aumentou a confiança da mulher no autocuidado e cuidados ao recém-nascido. Sendo o regresso a casa um momento caracterizado pelo aparecimento de inseguranças, dúvidas e medos, é muito importante haver uma boa preparação para o mesmo, através da realização de ensinamentos específicos e direcionados individualmente, no sentido de dar resposta às dificuldades sentidas pela mulher.

A elaboração da revisão da literatura tem implicações importantes para a prática de enfermagem, uma vez que permite ao EEESMO adequar a sua prestação de cuidados no sentido de melhorar a qualidade dos mesmos e contribuir para uma transição saudável e segura da mulher para o período pós-parto.

No que respeita às limitações no decorrer do Estágio de Natureza Profissional, destaca-se a sobrecarga horária exigida pelo contexto de trabalhadora-estudante, assim como o facto de o mesmo ter decorrido em contexto de pandemia, o que nem sempre permitiu que as atividades desenvolvidas envolvessem mais participantes, que seria uma mais-valia para partilha de experiências e dúvidas.

Concluído todo este percurso, é possível afirmar que tanto em contexto teórico como contexto prático, todas as atividades desenvolvidas e experiências vivenciadas permitiram a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências comuns e específicas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, assim como o crescimento a nível pessoal e profissional.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, C., & Frias, A. (2021). Duas dádivas e um dilema: amamentação durante a gravidez. In Ana Frias e Cláudia Agostinho (Org). *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida*. Cap. 1 (pp15-30). Guarujá. São Paulo: Editora Científica Digital. DOI: 10.37885/211106664. ISBN: 978-65-5360-021-8.
- Aguiar, B., Silva, T., Pereira, S., Sousa, A., Guerra, R., Souza, K., & Matozinhos, F. (2020). Factors associated with the performance of episiotomy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190899. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0899>
- Almeida, M. (2020). O toque vaginal como um procedimento impulsivo e o seu significado para as parturientes. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. Obtido em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36034/1/Relatorio%20de%20Est%c3%a1gio\\_Melissa%20Almeida.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36034/1/Relatorio%20de%20Est%c3%a1gio_Melissa%20Almeida.pdf)
- American College of Nurse-Midwives. (2020). Epidural Analgesia for Labor Pain. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(3), 437-438. DOI: doi:10.1111/jmwh.13123
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD000331. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>
- APA. (2020). *American Psychological Association (7.ª edição)*. Obtido de APA Style Publication Manual: <https://apastyle.apa.org/index>
- Aragão, J., & Neta, M. (2017). "Metodologia Científica". Salvador: Universidade Federal da Bahia. Obtido de: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/30900/1/eBook%20-%20Metodologia%20Cientifica.pdf>
- Asadi, M., Noroozi, M., & Alavi, M. (2020). Factors Affecting Women's Adjustment to Postpartum Changes: A Narrative Review. *Iranian journal of nursing and*

midwifery research, 25(6), 463–470. DOI:  
[https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_54\\_20](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_54_20)

Atalaia, S., & Cunha, V. (2017). O impacto da crise nos nascimentos em Portugal: uma perspetiva territorial. In João Ferrão, Ana Delicado (Eds.). Portugal Social em Mudança - Retratos municipais, pp. 33-41. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Obtido de: <http://hdl.handle.net/10451/29177>

Baratieri, T., Natal, S., & Hartz, Z. (2019). Postpartum care for women in primary care: building an assessment model. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(7), e00087319. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00087319>

Baratieri, T., Soares, L. G., Natal, S., & Lacerda, J.T. (2021). Avaliação de guidelines para atenção pós-parto na Atenção Primária: revisão sistemática. *Cadernos Saúde Coletiva*, 29(4):616-623. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040051>

Breda, L. F., & Cerejo, M. N. (2020). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. V, núm. 5, e20088. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20088>

Bomfim, V., Arruda, M., Eberhardt, E., Caldeira, N., Cavalcante, R., Penha, L., Abrão, R., Nascimento, F., Isoppo, M., Cardoso, M., Krebs, V., Andrade, Q., & Pinto, L. (2021). Repercussões clínicas da icterícia neonatal no prematuro. *Research, society and development*. São Paulo. Vol. 10, no. 9, e4010917580. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17580>

Cabrita, B., Silveira, E., Souza, A., & Alves, V. (2012). A ausência do companheiro nas consultas de pré-natal: desafios e conquistas. *Revista Pesquisa*, 4(3). 2645-2654. Obtido em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750894026>

Cardoso, P. K. B., Gomes, A. V., & Rocha, F. C. V. (2018). Ética e bioética em pesquisa: conhecimento de acadêmicos do curso de enfermagem. *Revista Uninga*, 55(4), 209–219. Obtido em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2068>

- CHBM. (2019). Centro Hospitalar Barreiro-Montijo - EPE. Obtido em Julho de 2022, de <http://www.chbm.min-saude.pt>
- Costa, J. (1999). Método e Perceção de Cuidar em Enfermagem. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Porto: Portugal.
- DGS. (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Obtido em Julho de 2022, de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>
- DGS. (2015a). Norma e Orientações sobre aspetos técnicos relacionados com a cesariana. Obtido em Julho de 2022, de: <https://www.dgs.pt/em-destaque/norma-e-orientacoes-sobre-aspetos-tecnicos-relacionados-com-a-cesariana>
- DGS. (2015b). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Obtido em Julho de 2022, de <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-uploaddiversos/pnvgbr-pdf.aspx>
- DGS. (2021). COVID-19: Gravidez e parto. Obtido em Julho de 2022, de: [https://www.sip-spp.pt/media/x4sjjcia/gravidez\\_parto\\_dgs\\_10\\_2021.pdf](https://www.sip-spp.pt/media/x4sjjcia/gravidez_parto_dgs_10_2021.pdf)
- Ferenhof, H. A., & Fernandes, R. F. (2016). Desmitificando a Revisão de Literatura como base para redação científica: Método SSF. *Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina*, 21(3), 550-563. Obtido de <https://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/1194>
- Fialho, P., Antunes, V., Madeira, C., & Amendoeira, J. (2020). Promoção da capacidade da mulher para gerir o corpo no puerpério: uma scoping review. *Revista Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, Vol. 8, N. ° 1, pp. 223-237. DOI: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19894>
- Fornari, L., & Pinho, I. (2022). Revisão da Literatura com apoio de ferramentas digitais: avanços e desafios. *New Trends in Qualitative Research*, 10, e512. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.10.2022.e512>.

- Franco, S., Cordeiro, C., Espanhol, S., & Frias, A. (2021). Vinculação paterna no pré-natal. In Ana Frias e Cláudia Agostinho (Org). *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida*. Cap. 3 (pp. 46-58). Guarujá. São Paulo: Editora Científica Digital. DOI: 10.37885/210805701. ISBN: 978-65-5360-021-8.
- Frazão, M. G., Lopes, E. T., Couto, S. I., Silva, L. G. F., Mousinho, M. G. C. P., Araújo, M. C. S., Silva, D. D., A. N. L., Silva, D. R., Silva, D. W., & Lopes, L. G. F. (2022). Nursing care for women's health in Primary Care: a literature review. *Research, Society and Development*, 11(2), e25211225655. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25655>
- Frias, A. & Damas, F. (2019). Preocupações Maternas no Momento da Alta Hospitalar. (artigo de Investigação). *Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento RIASE*; v. 5, n. 2. p.1846-1860. ISSN 2183-6663. [http://revistas.uevora.pt/index.php/saude\\_envelhecimento/article/view/371](http://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/371)  
<http://hdl.handle.net/10174/27766>
- Frias, A., & Franco, V. (2008). A preparação psicoprofiláctica para o parto e o nascimento do bebé: estudo comparativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 47-54. Obtido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832316005>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2020. *Nascer em Portugal*.
- Galvão, C., & Sawada, N. (2008). A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências em enfermagem. *Revista Gaúcha de enfermagem*. 26(3). 293-301. Obtido em: [https://www.researchgate.net/publication/277245715\\_A\\_lideranca\\_como\\_estrategia\\_para\\_a\\_implementacao\\_da\\_pratica\\_baseada\\_em\\_evidencias\\_na\\_enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/277245715_A_lideranca_como_estrategia_para_a_implementacao_da_pratica_baseada_em_evidencias_na_enfermagem)
- Gibbs, B., Forste, R., & Lybbert, E. (2018). Breastfeeding, Parenting and Infant Attachment Behaviours. *Matern Child Health J.*; 22(4): 579-88.
- Gomes, C., Oliveira, M., & Lucena, G. (2020). O papel do enfermeiro na promoção do parto humanizado. *Revista Científica de Enfermagem*, 10(29), 180-188. Obtido de <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/256>

- Gomes, I.S., & Caminha, I. (2013). Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as ciências do movimento humano. *Revista Movimento*, 20 (1), 395 – 411. DOI: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.41542>
- Guedes, V., Figueiredo, M., & Apóstolo, J. (2016). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais em Cuidados de Saúde Primários: da compreensão à concretização. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV, N°8*, 27-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15022>
- Guerra, A. (2016). Analgesia e Anestesia em Obstetrícia. Em M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 425-431). Lisboa: Lidel.
- HESE - EPE. (2021). Hospital do Espírito Santo de Évora - EPE. Obtido em Novembro de 2021, de: <http://www.hevora.min-saude.pt>
- Holanda, S., Castro, R., Aquin, P., Pinheiro, A., Lopes, L., & Martins, E. (2018). Influência da participação do companheiro no pré-natal: Satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto contexto – enfermagem*, 27 (2): e3800016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003800016>
- Kołomańska-Bogucka, D., & Mazur-Bialy, A. (2019). Physical Activity and the Occurrence of Postnatal Depression- A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*, 55(9). DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina55090560>
- Kuipers, Y. J., Bleijenbergh, R., Van den Branden, L., van Gils, Y., Rimaux, S., Brosens, C., Claerbout, A., & Mestdagh, E. (2022). Psychological health of pregnant and postpartum women before and during the COVID-19 Pandemic. *PloS one*, 17(4), e0267042. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267042>
- Kumar, S., & Preetha, G. (2012). Health promotion: an effective tool for global health. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 37(1), 5–12. DOI: <https://doi.org/10.4103/0970-0218.94009>

- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais* (3.<sup>a</sup> edição). Porto Alegre, Brasil: Artmed. Disponível em: <http://docplayer.com.br/48796289-Competencia-desenvolvendo-a-dos-profissionais-guy-le-boterf-3-edicao-revista-e-ampliada-traducao-patricia-chittoni-ramos-reuillard.html>
- Lok, K. Y., Chow, C., Shing, J., Smith, R., Lam, C., Bick, D., & Chang, Y. S. (2021). Feasibility, acceptability, and potential efficacy of an innovative postnatal home-based breastfeeding peer support programme in Hong Kong: a feasibility and pilot randomised controlled trial. *International breastfeeding journal*, 16(1), 34. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00381-5>
- Magdalena, C. D., & Tamara, W. K. (2020). Antenatal and postnatal depression - Are Polish midwives really ready for them?. *Midwifery*, 83, 102646. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102646>
- Mascarello, K.C., Horta, B.L., & Silveira, M.F. (2017). Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Rev Saude Publica* 51:105. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000389>
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei nº 28/2008. Obtido em 29 de setembro de 2021, de Diário da República: <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/p/dre/pt/html>
- Miranda, A. M. C., & Zangão, M. O. B. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(3), 1–8. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20037>
- Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: teoria e prática*, 15(3),34-48. Obtido de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&tlng=pt).
- Negreiros, R., & Lima, V. (2018). Importância do estágio supervisionado para o acadêmico de enfermagem no hospital: compartilhando experiências vivenciadas com a equipe de trabalho. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 16(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v16i2.4359.g10951160>

- Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. D. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Esc Anna Nery*, 22 (1), 1- 6. DOI:10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309
- O' Kelly, S. M., & Moore, Z. E. (2017). Antenatal maternal education for improving postnatal perineal healing for women who have birthed in a hospital setting. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD012258. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012258.pub2>
- Oliveira, C. A., & Sá, R. A. (2020). Cardiotocografia anteparto. *FEMINA*, 48 (5), 316-320. Obtido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1099676/femina-2020-485-316-320.pdf>
- Oliveira, D. C., & Mandú, E. N. T. (2015). Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidados. *Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem*, vol. 19, nº1, pp.93-101. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150013>
- OMS. (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Healthcare – First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safe Care. Obtido de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906\\_eng.pdf;jsessionid=FBBA1C67510030789D833C850D4CDECC?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=FBBA1C67510030789D833C850D4CDECC?sequence=1).
- OMS. (2015). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Obtido em 17 de Novembro de 2021, de: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/pt/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/pt/)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Deontologia profissional de enfermagem. Obtido em Junho de 2022, de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). EESMO- Livro de Bolso de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Parecer n.º 4/2016 - sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto.

Disponível em:  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04\\_2016\\_MCEESMO\\_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04_2016_MCEESMO_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 4744–4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Panagopoulou, V., Kalokairinou, A., Tzavella, F., & Tziaferi, S. (2018). A survey of Greek women's satisfaction of postnatal care. *AIMS public health*, 5(2), 158–172. DOI: <https://doi.org/10.3934/publichealth.2018.2.158>

Pedro, L., & Oliveira, S.C. (2016). A dor no trabalho de parto. In Néné, M., Marques, R., Batista, A.B. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 411-412. Lisboa: Lidel.

Pereira, M. (2016). Preparação para o nascimento e parentalidade. In Néné, M., Marques, R., Batista, A.B. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 152-157. Lisboa: Lidel. 2016

Pereira, V., Andrade, E., Silva, W., Silvério, M., & Correia, J. (2020). A atuação do Enfermeiro Obstetra e sua efetividade na Educação em Saúde às gestantes. *Brazilian Journal of Development*, 6 (8), 62890-62901. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-646>

Poeira, A. Dias, A. Condinho, L., Cerdeira, R., & Frias, A. (2021). O processo de vinculação do pai com o recém-nascido: uma revisão narrativa. In Ana Frias e Cláudia Agostinho (Org). *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida*. Cap. 17, (pp222-239). Guarujá. São Paulo: Editora Científica Digital. DOI: 10.37885/210705251; ISBN 978-65-5360-021-8

Pontes, A., Santos, R., Deodoro, M., Rodrigues, N., Paixão, T., Andrade, P., Lucena, M., Bandeira, I., Silva, E., Andrade, A. (2022). O impacto da histerectomia sobre a sexualidade da mulher. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 9, e39211932156. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.32156>

- Ragazzo, M. S. M., Vieira, J. B., Souza, B. F., Alonso, B. D., Wernet, M., Silva, K. G., Freitas, C. C., & Bussadori, J. C. C. (2022). Companion in childbirth and postpartum during the COVID-19 pandemic: experience of postpartum women. *Research, Society and Development*, 11(12), e268111234306. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34306>
- Rainho, A. (2021a). Projeto “Cantinho de Amamentação- Consulta de Aconselhamento em Aleitamento Materno” - UCC Redondo.
- Rainho, A. (2021b). Projeto “Preparando-se para nascer”- Curso de Preparação para o parto e para a parentalidade - UCC Redondo.
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. (1996).
- Rocha, I. A., Rodrigues, M. A. C., Pinto, C. M. C. B., & Carvalho, A. L. (2021). Supervisão clínica em enfermagem para otimizar a avaliação do autocuidado. *Cogitare Enfermagem*; v26:e78884. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.78884>.
- Rocha, P. A. (2012). Supervisão dos Estudantes em Ensino Clínico: Participação do Enfermeiro. Dissertação de Mestrado. Departamento de Educação - Universidade de Aveiro. Aveiro: Portugal.
- Rodrigues, A. R. M., Dantas, S. L. D., Pereira, A. M. M., Silveira, M. A. M., & Rodrigues, D. P. (2017). Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. *SANARE - Revista De Políticas Públicas*, 16. Obtido de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1135>
- Rodrigues, A. R. M., Rodrigues, D. P., Silveira, M. A. M., Paiva, A. M., Fialho, A. V., & Queiroz, A. B. (2020). Hospitalização na gravidez de alto risco: representações sociais das gestantes. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20040. DOI: [doi:10.12707/RV20040](https://doi.org/10.12707/RV20040)
- Rojas, J. R., & Rivera, L. N. A. (2022). Concept Analysis of Interpersonal Skills in Nursing. *Aquichan*, 22(1), e2213. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.3>

- Rotich, E., & Wolvaardt, L. (2017). A descriptive study of the health information needs of Kenyan women in the first 6 weeks postpartum. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 385. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1576-1>
- Santos, M. J. F., & Baptista, M. C. D. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. Em M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-472). Lisboa: Lidel.
- Santos, M. L., Reis, J. F., Silva, R. P., Santos, D. F., & Leite, F. M. (2021). Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. *Escola Anna Nery*, 26:e20210265. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0265>
- Sardo, D. (2016). Promover e apoiar a amamentação. Em M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 473-480). Lisboa: Lidel.
- Segurança Social (2012). Projeto Nascer Cidadão. Obtido de: <https://www.seg-social.pt/projecto-nascer-cidadao>
- Sehnm, G., Saldana, L., Arboit, J., Ribeiro, A., & Paula, F. (2019). Consulta de Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde: Fragilidades e Potencialidades da Intervenção de Enfermeiros Brasileiros. *Revista de Enfermagem Referência, Série V, Nº 1, 1 - 8*. DOI: 10.12707/RIV19050
- Selbac, M. T., Fernandes, C. G., Marrone, L. C., Vieira, A. G., Silveira, E. F., & Morgan-Martins, M. I. (2018). Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino - climatério à menopausa. *Aletheia*, 51(1-2), 177-190. Obtido de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942018000100016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942018000100016)
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Siewert, J., Rodrigues, D., Malfussi, L., Andrade, S., Erdmann, A. (2017). *Gestão do Cuidado Integral em Enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento*

complexo. REME – Revista Mineira de Enfermagem. 21:e-1047. DOI: 10.5935/1415-2762.20170057

Silva, A., Mori, A. S., Silva, M. L., Cruz, M. C., Borges, N., Freitas, Y., Garcia, T. R., Macedo, R. M., & Arruda, J. T. (2021). Female sexual health in women's empowerment times. *Research, Society and Development*, 10(7), e28010716415. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16415>

Silva, B., & Braga, L. (2019). Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista SBPH*, 22(1), 258-279. Obtido de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000100014&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100014&lng=pt)

Silva, C., & Vargens, O. (2016). A mulher que vivencia as cirurgias ginecológicas: enfrentando as mudanças impostas pelas cirurgias. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 24:e2780. DOI: 10.1590/1518-8345.1081.2780

Silva, C. A., & Lara, S. R. G. (2018). Use of the shower aspersion combined with the swiss ball as a method of pain relief in the active labor stage. *Br J Pain*. São Paulo. 1(2), 167-70. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180032>

Silva, M. M. S., Santana, L. V. P. S., Braga, S. L. O., Kawakame, P. M. G., Kawakame, D. G., Neto, A. K. (2019). Desvendando o significado do óbito fetal para o enfermeiro obstetra. *Atas- Investigação Qualitativa em Saúde*, v.2, 724-733. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2144/2071>

Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., & Mota, L. (2018). Tornar-se Especialista: Expetativas dos Enfermeiros Portugueses Após a Realização do Curso de Especialização. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV, Nº16*, 147 - 154. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17076>

Silveira, S. K., & Júnior. A. T. (2018). Monitorização fetal intraparto. *Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) - Revista FEMINA*; 48(1): 59-64. Obtido em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052446/femina-2019-481-59-64.pdf>

- Sim, Y. M., Kim, S. J., Suriyawongpaisal, W., Hong, S. A., & Chang, Y. S. (2022). Utilization of Postnatal Care Services among Thai Women during the COVID-19 Pandemic: Results of a Web-Based Survey. *International journal of environmental research and public health*, 19(11), 6536. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19116536>
- Sim-Sim, M., Zangão, O., Barros, M., Frias, A., Dias, H., Santos, A., & Aaberg, V. (2022). Midwifery Now: Narratives about Motivations for Career Choice. *Educ. Sci.*, 12, 243. DOI: <https://doi.org/10.3390/educsci12040243>
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Sukanuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3. Art. No.: CD009514. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2>
- SNS. (2021). Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares. Obtido em Julho de 2022, de: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2016). Consenso Nacional Sobre Menopausa. Obtido em Julho de 2022, de [https://www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/Consenso\\_Menopausa\\_2016.pdf](https://www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf)
- Sotto-Mayor, L. (2016). Aborto Espontâneo. Em M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 267-275). Lisboa: Lidel.
- Sousa, L. M., Firmino, C., Vieira, C., Severino, S., & Pestana, H. (2018a). Revisões da Literatura Científica: Tipos, Métodos e Aplicações em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 46 - 54. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>
- Sousa, L. M., Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O. S., & Antunes, A. V. (2018b). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, volume 2: 31- 39. Obtido em: [https://www.researchgate.net/publication/325699143\\_MODELOS\\_DE\\_FORMUL](https://www.researchgate.net/publication/325699143_MODELOS_DE_FORMUL)

ACAO\_DA\_QUESTAO\_DE\_INVESTIGACAO\_NA\_PRATICA\_BASEADA\_N  
A\_EVIDENCIA

Souza, L. A., Pessoa, A. P., Barbosa, M.A., & Pereira, L. (2013). O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34 (1): 187-195. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100024>

UCC Redondo. (2021). Plano de Ação 2021.

UNICEF (1979). *Cuidados Primários de Saúde*. Brasília, Brasil: OMS e UNICEF.  
Obtido de:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Veiga, G. A., Araújo, M. C., Cauduro, F. L. F., & Andrade, J. (2020). Metodologia ativa no estágio supervisionado de enfermagem: inovação na atenção primária à saúde. *Revista Baiana De Enfermagem*, 34. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34857>

WABA. (2021). World Breastfeeding Week 2021- Protect Breastfeeding: a shared responsibility. In <https://worldbreastfeedingweek.org/>

WHO. (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO.

Zanatta, E., Pereira, C. R. R., & Alves, A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 1-16. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082017000300005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005&lng=pt&tlng=pt).

Zheng, X., Morrell, J., & Watts, K. (2018a). A quantitative longitudinal study to explore factors which influence maternal self-efficacy among Chinese primiparous women during the initial postpartum period. *Midwifery*, 59, 39–46. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.022>

Zheng, X., Morrell, J., & Watts, K. (2018b). Changes in maternal self-efficacy, postnatal depression symptoms and social support among Chinese primiparous women during the initial postpartum period: A longitudinal study. *Midwifery*, 62, 151–160. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.005>

Zugaib, M. (2016). *Obstetrícia* (3<sup>a</sup> ed.). Brasil: Manole.

## APÊNDICES

### Apêndice I – Objetivos Gerais e Objetivos Específicos

<b>OBJETIVOS GERAIS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>
Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré concecional	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Promoção da saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, planeamento familiar e período pré concecional;</li><li>▪ Diagnóstico precoce e prevenção de complicações no âmbito da saúde sexual, planeamento familiar e período pré concecional;</li><li>▪ Prestação de cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aquisição de competências especializadas nos cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual, planeamento familiar e período pré concecional.</li></ul>
Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</li><li>▪ Desenvolvimento de ações que permitam às grávidas adquirir conhecimentos acerca dos cuidados a ter para uma boa evolução da gravidez e bem-estar materno-fetal (através da participação em sessões de preparação para o parto e parentalidade; elaboração de um guia de bolso acerca da alimentação na gravidez e lactação; divulgação de informação relacionada com cuidados a ter na gravidez, através da elaboração de cartazes informativos);</li><li>▪ Diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</li><li>▪ Prestação de cuidados à mulher e apoio na sua adaptação durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aquisição de competências especializadas nos cuidados à mulher grávida e em situação de abortamento;</li><li>▪ Capacitação das grávidas no conhecimento e resposta autónoma a alterações da gravidez.</li></ul>
Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;</li><li>▪ Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.</li><li>▪ Prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aquisição de competências especializadas nos cuidados a mulher/família durante os vários estádios do trabalho de parto.</li></ul>

<p>Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promoção da saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal;</li> <li>▪ Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal;</li> <li>▪ Prestação de cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal;</li> <li>▪ Identificação das principais dificuldades sentidas pelas puérperas em relação ao regresso a casa;</li> <li>▪ Desenvolvimento de ações que permitam às puérperas adquirir conhecimentos acerca do autocuidado e do cuidado ao recém-nascido no puerpério (através da participação em sessões de preparação para o parto e parentalidade; elaboração de um guia de bolso acerca do regresso a casa; divulgação de informação relacionada com cuidados a ter no puerpério, através da elaboração de cartazes informativos; participação na elaboração de um cantinho de amamentação e consulta de aconselhamento em aleitamento materno no Centro de Saúde; criação de sessões de educação para a saúde teórico-práticas no pós-parto sobre os cuidados a ter em casa com a própria e com o recém-nascido).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aquisição de competências especializadas nos cuidados a mulher/família durante o período pós-natal e adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;</li> <li>▪ Perceção das principais dificuldades sentidas pelas puérperas no que respeita ao regresso a casa e autocuidado e cuidados ao recém-nascido;</li> <li>▪ Capacitação das puérperas no conhecimento e resposta autónoma a alterações do puerpério.</li> </ul>
<p>Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promoção da saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa;</li> <li>▪ Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério;</li> <li>▪ Prestação de cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aquisição de competências especializadas nos cuidados à mulher durante o período de climatério.</li> </ul>
<p>Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promoção da saúde ginecológica da mulher;</li> <li>▪ Diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama;</li> <li>▪ Prestação de cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilitar a sua adaptação à nova situação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aquisição de competências especializadas nos cuidados à mulher com alterações do foro ginecológico.</li> </ul>
<p>Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promoção da saúde do grupo alvo;</li> <li>▪ Diagnóstico precoce e intervenção no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva;</li> <li>▪ Minimização de causas de morbi-mortalidade materno-fetal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aquisição de competências especializadas na promoção de saúde das mulheres em idade fértil.</li> </ul>

## Apêndice II – Cronograma de Atividades

ATIVIDADES	2021				2022											
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Estágio de Natureza Profissional																
Pesquisa bibliográfica																
Elaboração do projeto																
Desenvolvimento das atividades propostas																
Entrega do projeto																
Elaboração do Relatório final																
Entrega do Relatório Final																

**Apêndice III- Dados referentes à população- alvo**



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final  
Ano Letivo 2021 /2022

Nome do Aluno Jeanne Isabel Belvas Costa Lima Nº 47186

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	138
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) -----	40
• Participação activa em partos pélvicos -----	*
• Participação activa em partos gemelares -----	—
• Participação activa noutros partos -----	—
• Episiotomia -----	17
• Episiotomia / perineorrafia -----	13
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	67
• Gravidez -----	67
• Trabalho de parto -----	—
• Puerpério -----	—
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	156
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	156
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	13
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	17

\* Em prática simulada

Rubrica Professor

Assinado por: ANA MARIA AGUIAR FRIAS  
Num. de Identificação: 06583219  
Data: 2022.10.11 19:55:47 +0200

## Apêndice IV- Sessão de preparação para o parto e parentalidade realizada em contexto de cuidados de saúde primários sobre o Trabalho de Parto



*Curso de preparação para o parto e nascimento*



Elaborado por: Joana Mira – Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
Sob a orientação de: Enfermeira Ana Sofia Raposo – Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica  
Professora Dr.ª Ana Frias – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

### Trabalho de Parto



### O que é o trabalho de parto?

É um conjunto de mecanismos que se iniciam por meio de contrações do útero, às quais conduzem à dilatação do colo, levam à expulsão do feto e posteriormente da placenta e membranas fetais.

De acordo com Reeder (1996), o início do trabalho de parto ocorre habitualmente quando o feto tem maturidade suficiente para enfrentar a adversidade das condições extra-uterinas.

3

### Fases do trabalho de parto

Fase latente do Trabalho de Parto – Apagamento do colo até aos 3cm

- 1ª Fase (ativa) – Dilatação (dos 3cm – 10 cm/dilatação completa)
- 2ª Fase – Período Expulsivo (dilatação completa à expulsão fetal)
- 3ª Fase – Dequitação (Saída da placenta)
- 4ª Fase – Puerpério imediato (primeiras duas horas a pós o parto)

4

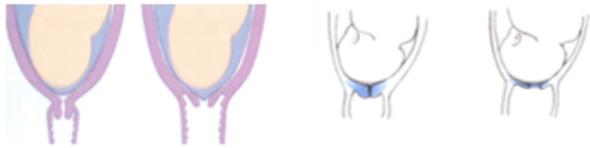
### Indícios de proximidade/início do TP

- \* Perda do rolhão mucoso/Aumenta a secreção Vaginal;
- \* Insinuação ("descida") - A grávida pode sentir-se menos congestionada e respirar melhor;
- \* Regresso do aumento da frequência urinária;
- \* Ruptura Espontânea de Bolsa Amniótica ("Bolsa de Água");
- \* Dor/Moinha/Pressão na região lombar;
- \* Diarreia/Vômitos/Perda de apetite;
- \* Frio/tremores.

\* Contrações – São geralmente um pouco mais intensas do que as que acontecem na fase latente. Podem se assemelhar à dor esporádica no baixo ventre, na região lombar ou na parte interna das coxas.

5

### Fase latente do Trabalho de Parto



□ Fase latente do Trabalho de Parto – Apagamento do colo até aos 3cm

6

*Como ter certeza de que o trabalho de parto realmente começou?*

**FALSO TRABALHO DE PARTO**

Contrações de baixa intensidade de dor;  
Frequência e duração irregular;  
Intensidade e frequência diminui ou termina durante o repouso.

**VERDADEIRO TRABALHO DE PARTO**

Contrações com desconforto/Dolorosas;  
Intervalos regulares;  
Duram, pelo menos, uma hora;  
Intensidade mantida ou crescente que não diminui com repouso

**ONDA DO MAR**

Início de fraca intensidade  
Sobe até ao pico  
Vai diminuindo  
Intervalo até ao início da próxima

7

*Fase Activa - Dilatação*

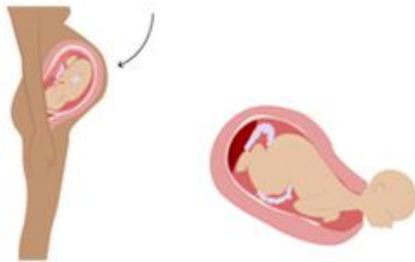


Numa primípara a dilatação progride, cerca de 1cm/1h30 e nas multiparas 1,5cm/H;  
Em média, a duração desta fase, para o primeiro filho oscila entre 8 a 16 horas.

☐ Fase activa – Dilatação (dos 3cm – 10 cm/dilatação completa)

8

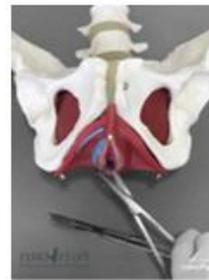
*Fase Activa – Período Expulsivo*



☐ 2ª Fase – Desde o momento da dilatação completa à expulsão do feto

9

*Episiotomia*



10

*Massagem perineal*

Intervenção útil na prevenção do trauma perineal espontâneo/intervenção no parto

**Vantagens:**

- ↓ Taxa episiotomia
- ↓ Taxa laceração
- ↓ Dor perineal pós parto

**Quando e como?**

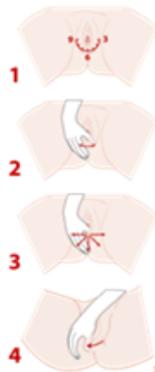
Feita a partir de 34ªsemanas  
Diariamente  
Duração 3-10 minutos

**Quem?**

Auto-massagem ou realizada pelo companheiro

**Com quê?**

Óleo 100% Vegetal ou Lubrificante



11

*Tipos de Partos*

**Parto via vaginal:**

- Eutócico (não instrumentado) - natural
- Distócico (instrumentado) - ventosa e fórceps

**Parto via abdominal:**

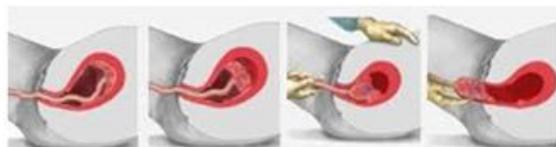
- Cesariana.

**Partos Programados:**

- Indução do trabalho de parto (eutócico; distócico ou cesariana);
- Cesariana.

12

*Fase Activa – Dequitação*



□ 3ª Fase – Começa após a expulsão do bebé e termina com a saída da placenta e das membranas fetais

13

## Apêndice V- Sessão de preparação para o parto e parentalidade realizada em contexto de cuidados de saúde primários sobre o puerpério e o regresso a casa

  
*Curso de preparação para o parto e nascimento*



Elaborado por: Joana Mira – Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
Sob a orientação de: Enfermeira Ana Sofia Raposo- Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica  
Professora Dr.ª Ana Frias – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

### *Puerpério e regresso a casa*

- O puerpério consiste num processo de transformação do corpo da mulher
- Inicia-se após a dequitação e termina quando todos os órgãos retornam ao seu estado pré-gravídico

- Nos primeiros dias após o nascimento do bebé, a mãe fica internada no serviço de obstetria (48-72h: dependendo do tipo de parto)
- Durante este período vão haver várias alterações fisiológicas...

### **Vagina e vulva**

- Ficam entreabertas e com uma coloração arroxeada

### **Abdómen**

- A musculatura passa a ser mais flácida

### **Sistema tegumentar**

- Sudorese intensa
- Redução da hiperpigmentação

### **Sistema cardiovascular**

- A tensão arterial baixa inicialmente e normaliza dentro de 5 dias
- Regressão das varizes

### **Sistema Gastrointestinal**

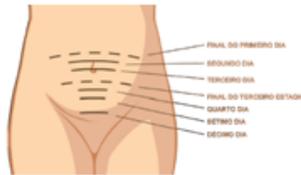
- Nos primeiros dias há obstipação
- Deve ingerir bastantes líquidos nas primeiras horas pós-parto

### **Sistema musculo esquelético**

- Ocorre um relaxamento e estabilização das articulações

## Útero

- Logo após a dequitação (expulsão da placenta) o útero começa a retomar o seu estado anterior à gravidez - involução
- Favorecida pela amamentação
- Pela 6ª semana retoma o seu peso (50-60gr)



7

## Primeiro levante

- Geralmente, é realizado 6h (vaginal) ou 8h (cesariana) após o parto, sempre na presença de um enfermeiro
- Higiene sumária
- Até lá, estimular a mobilização dos membros inferiores

8

## Cuidados com suturas

### Episiorrafia

- Higiene perineal
- Penso higiénico
- Gelo

### Abdominal

- Manter o penso limpo e seco
- Evitar esforços
- Hidratação

9

## Cinta pós-parto?

### Sim

Conforto

Facilitação da mobilidade

Redução da dor

### Não

Função Intestinal mais demorada

Enfraquecimento muscular

Pode prejudicar cicatrização de sutura

10

## Lóquios

- Perda de sangue após o parto

Hemáticos → serohemáticos → serosos  
(Até 3 dias) (3-10 dias) (10 dias – 6 sem)



11

## ⚠️ Sinais de alarme ⚠️

Sangramento abundante

Dor abdominal intensa

Lóquios com cheiro fétido

Febre

Alterações nas suturas (Rubor, calor, pus, dor intensa)

Dor/ardor/aumento da frequência em urinar

12

## Vigilância de saúde

- No momento da alta deve marcar uma consulta com o médico assistente até à 8ª semana após o parto.

### Alguns cuidados importantes:

- Pode tomar banho/duche diário;
- Não use tampões nem faça irrigações vaginais;
- Mantenha os mamilos limpos (higiene diária) e secos;
- Aplique o próprio leite após a mamada, usando pomadas se necessário;
- Mantenha o suplemento de acordo com a indicação do médico assistente;
- A retoma de contraceptivos deverá ser feita após a consulta de revisão do puerpério e de acordo com a indicação do médico assistente (Amamentação);
- A atividade sexual pode geralmente ser retomada depois da consulta de revisão do parto;
- A mãe pode voltar a conduzir quando se sinta bem, de acordo com a evolução clínica (suturas);
- O exercício físico habitual poderá ser retomado após indicação médica de acordo com a situação individual.

13

## Qual é o papel do pai?

- Após o parto, a mulher está tão envolvida nos cuidados ao seu bebé e no seu papel de mãe que, por vezes, é natural que o seu companheiro possa sentir-se excluído;
- Nesta fase é importante o pai proporcionar apoio e tranquilidade à mãe, devendo partilhar as tarefas domésticas, envolvendo-se nos cuidados ao filho(a), não só para aliviar a carga de trabalho da mãe, mas também porque as interações pai-filho(a) têm um impacto directo sobre o desenvolvimento social e psicomotor da criança;
- Quanto maior for a sua participação, melhor é a qualidade da relação que se estabelece entre ambos.

14

## Apêndice VI- Sessão de preparação para o parto e parentalidade realizada em contexto de cuidados de saúde primários sobre o regresso a casa e os cuidados ao bebé



*Curso de preparação para o parto e nascimento*



Elaborado por: Joana Mira – Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
Sob a orientação de: Enfermeira Ana Sofia Raposo – Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica  
Professora Dr.ª Ana Frias – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

*Regresso a casa e cuidados ao bebé*

2

### Como devo transportar o bebé com segurança?

Siga as normas:

- Transporte o bebé numa cadeira própria a partir do nascimento (“OVINHO”);
- No carro use uma cadeira homologada, em bom estado, voltada de costas para o sentido do trânsito (até aos 3-4 anos de idade; caso seja mesmo necessário, >18m), correctamente instalada e fixa com os cintos de segurança ou o sistema ISOFIX, de preferência nos lugares de trás e NUNCA num lugar com airbag frontal ACTIVO.

Como proteger o bebé fora de casa?

- Quando sair de casa, evite expô-lo a frio e calor intenso, chuva e vento.
- Evite ambientes com muitas pessoas, demasiado ruído/luzes e fumo. Estes podem ser factor de risco no desenvolvimento de doenças respiratórias, otites, alergias e síndrome de morte súbita.

3

### Vigilância de Saúde do bebé

- É muito importante proteger a saúde do seu bebé. Note que existem alguns procedimentos a ter em conta logo a seguir ao nascimento:
- Se o seu bebé não fez o “teste do pezinho” na maternidade, leve-o (marcação prévia) a o centro de saúde entre o 3º e o 6º dia
- O peso deve ser vigiado semanalmente ou de acordo com a recomendação médica no primeiro mês;
- A primeira consulta deve ser agendada, preferencialmente, até ao 10º dia
- As consultas seguintes são agendadas de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil no 1º ano de vida (1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º meses)
- Cumpra o Esquema Nacional de Vacinação. A primeira vacina é feita ainda na maternidade e posteriormente de acordo com a indicação do médico assistente.

4

### Banho do bebé

Proporciona conforto e troca de afetos entre os pais e o bebé e previne problemas/infecções

- Lave as mãos antes de pegar no bebé;
- Pode dar banhos diários ou em dias alternadas ao seu bebé, a qualquer hora do dia, tentando apenas evitar fazê-lo a seguir à amamentação;
- Prepare antecipadamente os acessórios e a roupa que vai usar (abra previamente os botões ou molas e coloque os por ordem)
- Certifique-se que a divisão está à temperatura agradável (22 a 25º C)
- Na banheira deite em primeiro lugar a água fria e depois a água quente, até cerca de 10 cm de altura
- Verifique a temperatura da água com o cotovelo, com a face interna do pulso ou com um termómetro (36,5 a 37º C)
- Use produtos com pH neutro, preferencialmente sem perfumes (produtos copo e cabelo no primeiro ano de vida)

5

### Banho do bebé

Procedimento:

- Coloque o seu braço por trás das costas do bebé e segure-lhe o braço com a sua mão;
- Lave primeiro a face e a cabeça, depois o corpo, e por último o rabinho;
- Seque o bebé sem o esfregar, com especial cuidado nas pregas;
- Seque o coto umbilical com uma compressa, primeiro junto à pele e por último próximo da mola que aperta o cordão;
- Mantenha o coto umbilical sempre fora da fralda para o manter seco;
- Se o coto umbilical tiver cheiro deve ser limpo com uma compressa esterilizada embebida em álcool a 70º sem adjuvantes, seguido de uma secagem com uma compressa seca e esterilizada;
- Pode limar ou cortar as unhas com uma tesoura própria;
- Limpe as orelhas com a ponta da toalha fina e não use cotonetes, pois a cera dos ouvidos é uma proteção natural.

6

### Roupa do bebé

- Use roupa de algodão junto ao corpo do bebé;
- Evite roupa de lã com pêlo;
- Lave a roupa do bebé antes de ser usada, com sabão ou detergente neutro sem perfume;
- Retire as etiquetas da roupa do bebé.

7

### Síndrome Morte Súbita

- Acidente multifatorial, onde poderão ser considerados vários factores:
  - 1) Causas genéticas;
  - 2) Causas desencadeantes (infecção, refluxo, hipertonia, hipertermia);
  - 3) Causas ambientais (condições sócio-económicas e culturais, exposição ao tabaco e posição no berço).

8

### Quais são os cuidados de segurança em casa?

- Deite o bebé sempre **de costas**, numa cama própria, com grades protetoras, com um **colchão firme** e adaptado ao tamanho da cama, **sem almofada**;
- Coloque o bebé de forma a que os **pés toquem no fundo da cama**, evitando que a roupa cubra a cabeça, deixando os braços por cima da roupa (**linha dos ombros**);
- Na cama do bebé **evite** colocar brinquedos, almofadas, laços, fitas ou fios, por causa do risco de engasgamento;
- O quarto deve estar a uma temperatura amena, **por volta dos 20º C**, não colocando fontes de calor junto à cama do bebé, para prevenir o aquecimento excessivo;
- **Nunca deixe o bebé sozinho** no banho ou em cima da cama, da mesa ou do sofá.



9

### Quais são os sinais de alerta relacionados com a saúde do bebé?

Recorra ao seu médico ou ao serviço de urgência se o bebé apresentar:

- Temperatura >38º C;
- Prostração, gemido ou irritabilidade;
- Recusa em alimentar-se;
- Vômitos ou fezes líquidas ou sanguinolentas;
- Convulsões;
- Manchas na pele tipo picada de alfinete que não desaparecem quando se pressiona com o dedo, ou nódulos negros de aparecimento súbito;
- Palidez acentuada e tom acinzentado;
- Se o bebé não lhe parecer bem, não hesite! Recorra ao seu médico ou ao serviço de urgência.

10

### Como devo contribuir para o desenvolvimento do meu bebé?

Para o bom desenvolvimento do bebé, para além da alimentação e da higiene, é também necessário promover o seu bem-estar emocional. O bebé precisa de afecto, de proteção e segurança, para um desenvolvimento harmonioso em todo o seu potencial de crescimento. Algumas dicas:

- Cante para o bebé, músicas suaves, simples ou coloque música clássica;
- Olhe o bebé nos olhos e converse com ele, respeitando-o nos seus momentos de resposta;
- Dê-lhe mimos e embale-o;
- Passeie com o bebé na rua e em casa;
- Brinque com o bebé e ria com ele;
- Explore as cores e os sons;
- Use a massagem, visto que o toque tem o poder de acalmar o bebé e aumentar a vinculação com os pais;
- Estimule o seu filho em momentos tão simples mas importantes como as rotinas de cuidado diário;
- As crianças têm memória e, quanto mais se investe na sua estimulação precoce e na qualidade de atenção que lhes prestamos, mais contribuímos para o seu desenvolvimento.

11

### É normal o bebé bolçar?

Bolçar ou regurgitação, consiste na passagem do conteúdo alimentar do estômago para a boca, sem esforço.

É normal em crianças com idade <1Ano e na maioria dos casos não constitui doença grave

Acontece de forma fisiológica e deve-se quer à dieta líquida, quer ao relaxamento/imaturidade do esfíncter esofágico inferior.

Num bebé saudável, que aumenta de peso, não há necessidade de exames ou tratamentos.

12

## É normal o bebé bolçar?

Espera-se que melhore com a introdução dos alimentos sólidos (papas e sopas), e que desapareça por completo até aos 12 – 18 meses de idade.

### Qual a diferença entre bolçar e vomitar?

No vômito há saída de grandes quantidades de leite, de forma mais ou menos violenta (em jacto, pela contracção do estômago) e com noção de mal-estar antes ou depois do vômito.

Bolçar – A saída de leite é em pequena quantidade, sem esforço ou mal-estar.

13

## O que podemos fazer para ajudar?

- Evitar ingestão de grandes quantidades de leite;
- Garantir uma boa pega na mama/tetina adequada ao bebé (cheia com leite durante a mamada, para evitar entrada de ar);
- Colocar sempre o bebé a arrotar depois da mamada;
- Cabeceira do berço elevada ( $\pm 30^\circ$ );
- Evitar roupas que apertem a barriga;
- Espessante do leite materno ou leites adaptados AR (anti-refluxo) → **Indicação médica!!**

14

## Quando procurar o médico?

- Baixa/Não progressão do peso;
- Dor ou irritabilidade na alimentação;
- Vômitos persistentes;
- Uma posição do bebé com a rqueamento das costas para trás e torção do pescoço.

**!!** Além do refluxo gastro esofágico, existem ainda outras alterações possíveis, pelo que um bebé com vômitos persistentes deve sempre ser avaliado por médico.

Fonte informação: <https://climcrescendo.com/bebe-bolcador/> <sup>15</sup>

15

## Massagem do bebé

- O tato é o primeiro sentido do feto a desenvolver-se, que começa na barriga (líquido amniótico e pressão uterina);
- “(...) é uma das necessidades mais básicas do ser humano e ocorre em todas as culturas.” (OE, 2008, p.1).

16

## Benefícios fisiológicos

- Favorece o desenvolvimento motor e coordenação;
- Melhora a circulação e a respiração;
- Melhora o sono da criança;
- Alivia as cólicas;
- Reduz a dor;
- Promove o relaxamento;
- Aumenta a resposta do sistema imunitário.

17

## Benefícios psicológicos e relacionais

- Favorece o desenvolvimento infantil;
- Facilita e promove a comunicação e a vinculação pais-bebé;
- Fomenta o autoconhecimento e o desenvolvimento positivo do Eu;
- Ajuda os pais a conhecer cada vez melhor o seu filho;
- Promove a assertividade emocional nas relações familiares;
- Promove sentimentos de segurança, respeito, alegria e amor entre pais e filhos.

18

### Massagem – Como, onde e quando?

- Existem várias técnicas de massagem infantil, não existindo certo ou errado...
- O essencial é que os pais encontrem um **momento** favorável em que ambos estejam disponíveis;
- Pode usar-se **creme, óleo ou apenas o toque**;
- Pode usar-se movimentos simples.

19

### Tummy Time/ “Tempo de barriga”

Marco motor importante no desenvolvimento infantil;  
Promove a estabilidade de ombros e coluna e fortalece os músculos de suporte do tronco e o controlo da cabeça;  
Relaxa e alonga músculos da coxa, abdómen, peito e ombros;  
Ajuda o desenvolvimento postural vertical.



### Cólicas do Lactente

- Condição benigna e autolimitada
- Choro súbito, inexplicável e inconsolável, que não responde às medidas habituais de conforto
- Choro agudo, o bebé estica e encolhe braços e pernas, mãos fechadas, vira a cabeça para os lados e encolhe as coxas sobre o abdómen
- Motivo de ansiedade, frustração e impotência sentida pelos pais;
- Duram pelo menos 3 horas, e dias por semana e durante pelo menos uma semana, sem que exista atraso no desenvolvimento
- Dura m geralmente até a os três meses
- O horário mais frequente é o final da tarde (19-23H)

21

### Massagem para as cólicas

- Deite o bebé de barriga para cima.
- Massage com mão sobre mão à direita e à esquerda entre o quadril e a costela inferior, abaixo do umbigo;
- Coloque a mão em concha e massage para um e outro lado;
- Massage em movimentos circulares, no sentido dos ponteiros do relógio.

22

### Massagem e cuidados para as cólicas

- Manobras: pernas sobre a barriga;
- Colo em posição “tigre na árvore”;
- “Tummy Time”;
- Sa co água ou sementes (quente) no abdómen;
- Embalar/colo;
- Chupeta;
- Medicamentos.



23

### Sono e repouso

- Os bebés dormem muito tempo, chegando a dormir cerca de 18 horas por dia (em ciclos de 3-4 horas)
- Produção de hormonas de crescimento
- Aumento das capacidades de aprendizagem
- Ativação da memória
- Com o crescimento, o padrão de sono altera-se consoante o dos pais

24

## Sono e repouso

### Medidas a tomar:

- Diminuir os estímulos e manter um ambiente calmo
- Criar uma rotina
- Conversar e estimular o bebé mais durante o dia, aumentando o tempo em que permanece acordado
- Não responder de imediato ao apelo do bebé (pode estar a sonhar)
- Deitar o bebé quando estiver sonolento mas ainda acordado

25

**Apêndice VII - Sessão de preparação para o parto e parentalidade realizada em contexto de cuidados de saúde primários sobre o desenvolvimento fetal**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS

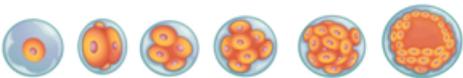
*Curso de preparação para o parto e nascimento*



Elaborado por: Joana Mira – Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
Sob a orientação de: Enfermeira Ana Sofia Raposo – Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica  
Professora Dr.ª Ana Frias – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

*Desenvolvimento fetal*

O desenvolvimento da vida intrauterina é um período único....



**Desenvolvimento fetal**



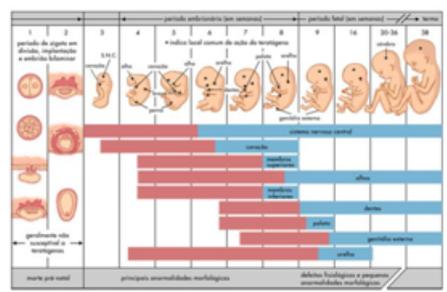
```

    graph LR
      A[Desenvolvimento intrauterino] --> B[Período embrionário]
      A --> C[Período fetal]
      B --> D[Até 8 semanas]
      B --> E[Organogénese]
      C --> F[A partir das 8 semanas]
      C --> G[Amadurecimento]
    
```

O embrião torna-se "feto" a partir das 8 semanas de gravidez. Cerca das 12 semanas está praticamente formado, continuando o processo de desenvolvimento e amadurecimento dos órgãos e tecidos até ao momento do nascimento.

**Desenvolvimento fetal**

As tabelas seguintes apresentam, resumidamente, as principais marcas no desenvolvimento fetal durante a gravidez:



**Desenvolvimento fetal**



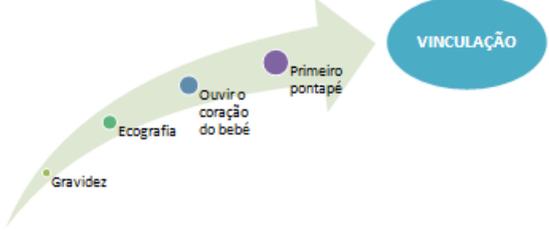
Idade Gestacional	Tamanho/peso	Desenvolvimento
4 semanas	Mede cerca de 0,5cm	Embrião em formação
6 semanas		É possível ouvir os primeiros batimentos Cardíacos
8 semanas	Mede cerca de 2,5 – 3cm	Adquire a fase fetal
12 semanas	Mede 6 a 9 cm	Adquire forma humana, Ossos, sistemas e órgãos já formados; Sexo identificável
16 semanas	Pesa 100g	Face de aspecto humano, Surge o cabelo. Sistemas e órgãos em amadurecimento
20 semanas	Pesa 300g	Primeiros movimentos sentidos pela mãe

### Desenvolvimento fetal



Idade Gestacional	Tamanho/peso	Desenvolvimento
24 semanas	600g	Consegue ouvir
28 semanas	1100g	Ciclos sono/água irregulares Pupilas reativas à luz Choro fraco ou ausente/fraco reflexo sucção
30-31 semanas	1800-2100g	Pele rosada e lisa Assume posição cefálica Paradeir múltiplos reflexos extensor Paladar presente Consegue virar a cabeça
36 semanas	2200-2900g	Pele rosada, lãgo a desaparecer Corpo arredondado Ciclo sono/água definitivo
40 semanas	3200 g ou mais	Vérnix escasso; lãgo ombros e tronco superior Pele lisa e rosada Movimentos ativos, tônus, levanta a cabeça Choro vigoroso, reflexo de sucção forte

### Vinculação com o bebé



### Como fortalecer esta vinculação?

#### Toque

- Começa a ser desenvolvido no segundo trimestre da gravidez
- Pressão do líquido amniótico e do útero
- Toque das mãos sobre a barriga
- Sensação de segurança e proteção



### Como fortalecer esta vinculação?

#### Olfato

- O feto é capaz de sentir e memorizar cheiros, através de processos e mecanismos bioquímicos ainda pouco conhecidos.
- Esta capacidade será muito importante logo no nascimento do bebé pois são estes cheiros que lhe permitem imediatamente após o parto, reconhecer a mãe.



↓

VINCULAÇÃO

### Como fortalecer esta vinculação?

#### Audição

- Fundamental na comunicação
- Definida a partir da 16ª semana de gestação
- É o sentido que capta mais estímulos externos
- O feto consegue ouvir o coração da mãe, a voz, sons e músicas do ambiente externo



Ouvir música  
Conversar com o bebé  
Pensamentos positivos

### Qual o papel do pai na gravidez?

- O pai "nasce" também em paralelo com o seu primeiro filho. Também ele é homem, é filho e adquire o estatuto e o papel de pai;
- Esta nova identidade exige o desempenho de novas funções e responsabilidades, desencadeando muitas vezes receios, inseguranças e inquietações;
- O apoio do pai, na gravidez e pós-parto é crucial e são hoje reconhecidos os efeitos benéficos deste suporte afectivo para a mãe e para o bebé, com o aumento da aceitação da gravidez e do bebé, vivências mais positivas do parto e maior disponibilidade para o aleitamento materno;

### Qual o papel do pai na gravidez?

- Acompanhar a mãe nas consultas/exames relacionados com a gravidez
- Frequentar os cursos de preparação para o parto
- Ser compreensivo com as mudanças de humor da grávida
- Fazer atividades físicas com a grávida
- Ajudar na diminuição de alguns desconfortos inerentes à gravidez
- Incentivar o descanso da grávida
- Fazer com que ela se sinta amada e desejada
- Enfrentar os seus medos e ansiedades em relação a esta nova fase e não fugir deles, encarando-os e falando sobre eles

VINCULAÇÃO  
MÃE-PAI-BEBÉ

## Apêndice VIII - Sessão de preparação para o parto e parentalidade realizada em contexto de cuidados de saúde primários sobre exercícios respiratórios no trabalho de parto



### *Respirações durante o TP*

Durante o parto, a respiração pode ser espontânea se for suficiente;

Em trabalho de parto, pode usar a sua capacidade de se concentrar na respiração; Pode concentrar-se na respiração (expirações) ou ficar relaxada no pico da concentração;

Tudo isso ocorrerá naturalmente se assimilar a respiração profunda e abdominal durante a gravidez e se a tornou parte da rotina de exercícios e relaxamento;

É enquanto está grávida, que a prática diária da respiração abdominal é importante.

Treinar a respiração profunda em conjunto com a pessoa que vai estar consigo no momento do trabalho de parto e parto, poderá ajudá-la a sentir-se mais calma e relaxada.

### *Respiração durante o TP*

FASE TP	Respiração
	Na respiração natural profunda, o abdómen oscila, o tórax permanece relativamente imóvel e os ombros estão relaxados; Normalmente respiramos pelo nariz; No exercício de respiração profunda sugere-se a expiração pela boca; Respire pelo nariz e expire pela boca apenas quando pratica a respiração profunda, durante os exercícios, ou no trabalho de parto se sentir necessidade.
Dilatação do colo	Mantenha a respiração espontânea e/ou profunda (SOS); Se necessário, use a respiração diafragmática, concentrando-se na expiração. Tente manter o corpo (ombros) relaxado; Se a sua respiração se tornar mais superficial, mais curta então siga os seus próprios instintos (soprar)
Período expulsivo	Se for necessário somar forças com a contração, poderá fazer força durante a mesma. Espere até a contração começar, encha bem os pulmões de ar e enquanto solta esse ar, direcione a energia para baixo, (o mesmo esforço que para evacuar) Pratique suavemente durante a gravidez
Dequitação	Respiração profunda

**Apêndice IX – Artigo científico elaborado com colaboração da professora orientadora**

**Título-** Métodos não farmacológicos de controlo da dor no trabalho de parto: revisão narrativa de literatura

**Data de Publicação-** Novembro de 2021

**Autores-** Joana Isabel Relvas Cota Mira; Rita Alexandra Barroso Quito; Ana Filipa Lérias Ferreira Campeão; Tânia Sofia Metrogos Molero; Raquel Alexandra Celestino Hipólito; Ana Maria Aguiar Frias

**DOI:** 10.37885/210805701

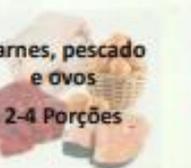
**In book-** A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida

**Resumo-** O parto é um momento único e marcante na vida de uma mulher, sendo muitas vezes associado a dor, mitos e medos. O objetivo desta revisão narrativa de literatura é perceber quais os métodos não farmacológicos que existem e são mais usuais para controlar a dor no trabalho de parto. Foi realizada pesquisa nas bases de dados Pubmed e Scielo. Após definidos os descritores e os critérios de inclusão, foram selecionados sete artigos que constituem a amostra final desta revisão. Conclui-se que a utilização de métodos não farmacológicos promove o alívio da dor no trabalho de parto e também uma maior sensação de controlo por parte da mulher.

## Apêndice X– Pósteres elaborados no âmbito dos cuidados de saúde primários sobre alimentação na lactação e sobre aleitamento materno

# ALIMENTAÇÃO NA LACTAÇÃO

Quanto mais adequado for o estado nutricional da lactante, maior é a qualidade do seu leite. A composição do leite materno varia em função da alimentação materna, pelo que a lactante deve ter uma alimentação completa, variada e equilibrada, segundo as recomendações da Roda dos Alimentos.

 <p>Cereais, derivados e tubérculos 4-11 Porções</p>	 <p>Hortícolas 3-5 Porções</p>	 <p>Fruta 3-5 Porções</p>	 <p>Gorduras e óleos 1-3 Porções</p>
 <p>Lactínicos 3-4 Porções</p>	 <p>Carnes, pescado e ovos 2-4 Porções</p>	 <p>Leguminosas 1-2 Porções</p>	

### Hidratação



- A ingestão de água durante a lactação deve compensar a perda de água através da produção de leite.
- Esta ingestão deve ser pelo menos tão alta quanto em mulheres não lactantes mais o conteúdo de água do leite produzido, o que corresponde a cerca de 2-3l/dia.
- Na escolha de água engarrafada, tenha em atenção que não são todas iguais. Prefira aquelas que são mais ricas em sais minerais.

### Ingestão de cafeína e álcool



- A cafeína é transferida para o leite materno e eliminada lentamente pelo organismo do recém-nascido.
- Uma elevada concentração pode levar a irritabilidade, pior padrão de sono e aumento da atividade intestinal do bebé.
- Recomenda-se a ingestão moderada de cafeína, devendo evitar mais de 200mg/ dia (2 cafés).



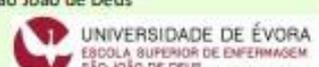
- O álcool é transferido para o leite materno.
- Pode levar a uma redução na produção de leite e causar efeitos adversos a curto e longo prazo no bebé, nomeadamente no desenvolvimento neuromotor.
- Não é recomendada a ingestão de álcool durante a lactação.

### Necessito tomar suplementos?



- Durante a lactação há nutrientes cuja ingestão deve ser superior do que na gravidez: Vitamina D, Iodo, Cálcio e Zinco, principalmente.
- Habitualmente, uma alimentação diversificada e equilibrada assegura as necessidades nutricionais para o período da lactação.
- A indicação e escolha na toma de suplementos nutricionais deve ser sempre indicada pelo seu médico.

Elaborado por: Joana Mira – Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
Sob a orientação de: Ana Rainho - Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica  
Professora Doutora Ana Frias – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

## COMO EXTRAIR O LEITE MATERNO?

O regresso ao trabalho e conseqüente separação da mãe e bebé são um dos principais motivos para a extração de leite, que pode ser realizada de forma manual ou através de um extrator de leite.

### Extração manual

- Lavar as mãos antes de iniciar a extração;
- Colocar o polegar sobre a parte superior da aréola e o indicador sob a aréola mamária;
- Pressione os dedos em direção ao tórax e para o centro, ao mesmo tempo;
- Alivie em seguida a pressão (não deve deslizar os dedos para não magoar);
- Repita os passos anteriores de forma rítmica, rodando os dedos para drenar todas as zonas da glândula mamária;
- O leite deve começar a sair gradualmente em maior quantidade;
- Fazer a expressão do leite até sentir a mama mole.



### Extração com extrator

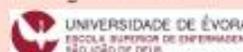
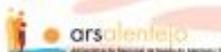
- Lavar as mãos antes de iniciar a extração;
- Colocar o funil do extrator sobre a mama, centrando o mamilo;
- Usar funil adequado ao tamanho da mama e mamilo;
- Segurar o funil com a ajuda do polegar e indicador, suportando a mama com a palma da mão;
- Iniciar a extração de acordo com as instruções do extrator;
- No caso de extrator elétrico: escolher a força de sucção, aumentando gradualmente até ao máximo confortável e ir massajando a mama durante a extração, para estimular o fluxo de leite.



### DICAS

- Antes do regresso ao trabalho, pratique a extração de leite. Pode acontecer que nas primeiras vezes não extraia muito leite, pelo que treinar a extração regularmente irá estimular o aumento da produção de leite.
- Lave sempre as mãos antes e após a extração de leite, assim como todas as peças do extrator que tenham estado em contacto com o seu leite.
- Tente extrair o leite no horário em que normalmente alimentaria o seu bebé. Isso ajudará a extrair o suficiente e a manter a produção do leite.
- Antes de começar a extração, tenha perto de si tudo o que irá precisar (sacos/fracos para o armazenamento de leite, discos protetores de mamilos, roupa de fácil acesso à mama,...).

Elaborado por: Joana Mira – Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
Sob a orientação de: Ana Rainho - Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica  
Professora Doutora Ana Frias – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus



## COMO OFERECER O LEITE EXTRAÍDO AO BEBÉ?

A amamentação considera-se estabelecida a partir da 4ª-6ª semana, pelo que o bebé que mama, poderá ser alimentado por biberão se necessário.

O regresso ao trabalho ocorre geralmente a partir do 5º mês de vida do bebé, sendo que nessa fase poderá ser útil a utilização de biberão.

Na escolha do biberão, é importante que tenha em conta que o tamanho da tetina deve ser adequado à idade e fase do desenvolvimento do bebé.

### Recomendações para a alimentação por biberão

#### Momento certo

- É ideal que na primeira vez que alimente o seu bebé por biberão, ele esteja desperto mas não com muita fome, para estar o mais descontraído possível.

#### Delegação de tarefas

- O bebé pode ficar confuso ou frustrado quando lhe for oferecido o biberão pela mãe (pois está habituado à mama, vê e sente o cheiro da mãe), pelo que poderá ser mais fácil se for outra pessoa a fazê-lo, até mesmo se for a pessoa que cuidará do bebé enquanto a mãe estiver fora, para poder praticar.

#### Posicionamento do bebé

- Aconchegue o bebé numa posição semi-vertical. Não o deite nem endireite completamente, para evitar engasgamentos. Siga o ritmo do bebé, com as pausas que forem necessárias.

#### Quantidade

- Prepare o biberão de acordo com a quantidade necessária para o seu bebé.

#### Aquecimento

- Se aquecer o leite extraído, coloque o biberão em banho-maria ou passe-o debaixo da torneira de água quente. **NUNCA** aqueça leite materno no **MICROONDAS** ou **FOGÃO**, pois perde as suas propriedades.

Elaborado por: Joana Mira – Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
Sob a orientação de: Ana Rainho - Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica  
Professora Doutora Ana Frias – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus



## COMO PODE CONSERVAR O SEU LEITE MATERNO?

O leite materno pode ser conservado no frigorífico ou congelador, em recipientes próprios.  
Os recipientes ideais são de vidro/ plástico rígido, com tampas que vedem bem (no caso de conservação por tempo alargado: superior a 3 meses) OU sacos de congelação (no caso de conservação por curto tempo: 72 horas).

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA			
<b>LEITE RECÉM EXTRAÍDO (fresco)</b>	<b>Tempo máx.</b>	<b>LEITE CONGELADO</b>	<b>Tempo máx.</b>
À temperatura ambiente (se <25°C)	6/8 horas	No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
<b>LEITE REFRIGERADO</b>	<b>Tempo máx.</b>	No congelador (separado Tipo Combi)	3/6 meses
Fundo 1.ª prateleira do frigorífico (0/4°C)	8 dias	Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	+6 meses
Fundo 1.ª prateleira do frigorífico (4/10°C)	3/5 dias*	<b>DESCONGELAÇÃO DO LEITE</b>	<b>Tempo máx.</b>
* Se temp. >5°C depois 3.ª dia, consumir 6 h seguintes		Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
		Descongelado fora do frigorífico	Imediato

### Cuidados a assegurar na CONSERVAÇÃO do leite materno

- Conserve pequenas porções no frio, em diferentes recipientes;
- Assim que obtiver a quantidade desejada, congele-o;
- Pode congelar o leite mesmo que tenha permanecido 48h no frigorífico;
- Nunca misture leite materno acabado de extrair com o leite materno já frio ou congelado;
- Coloque sempre uma etiqueta nos frascos/sacos com a quantidade e a data em que o leite foi extraído, para poder gerir o leite conservado;
- No frigorífico, os alimentos devem estar em recipientes devidamente fechados para evitar risco de contaminação do leite materno.

### Cuidados a assegurar na DESCONGELAÇÃO do leite materno

- Consuma em primeiro lugar o leite materno guardado há mais tempo;
- Dê preferência a uma descongelação lenta dentro do frigorífico;
- O leite descongelado deve ser consumido nas 24 horas seguintes;
- Não voltar a congelar o leite;
- Caso tenha urgência em descongelar o leite: coloque o recipiente sob água corrente (primeiro fria e depois morna) e de seguida o leite deve ser consumido;
- Não descongele ou amorne o leite no microondas (pois o leite perde propriedades).

## TRANSPORTE DE LEITE MATERNO

Se não dispuser de um frigorífico ou necessitar de transportar o seu leite materno:

- ✓ Utilize um saco térmico;
- ✓ Renove o gelo a cada 24h;
- ✓ Proteja o leite de contacto direto.

Elaborado por: Joana Mira – Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Sob a orientação de: Ana Rainho - Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica;

Professora Doutora Ana Frias – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

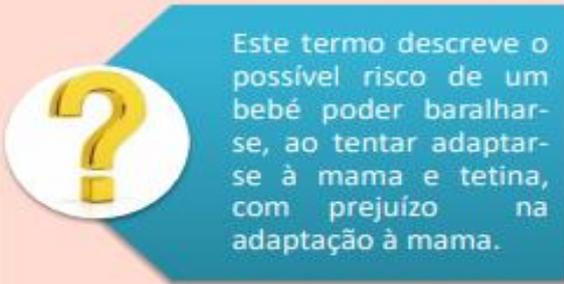


Para mais informações: Consulte o "Manual de Aleitamento Materno" UNICEF

## COMO OFERECER O LEITE EXTRAÍDO AO BEBÉ?

Quando o bebé ainda não pega diretamente ao peito, se existe necessidade de oferecer suplementos, ou na ausência da mãe, enquanto a amamentação não está estabelecida nas primeiras semanas de vida do bebé, recomenda-se a utilização dos métodos do copo, colher e seringa, para evitar a confusão de bicos.

### “Confusão de bicos”



Este termo descreve o possível risco de um bebé poder baralhar-se, ao tentar adaptar-se à mama e tetina, com prejuízo na adaptação à mama.

### Vantagens da utilização de copo, colher ou seringa

- São métodos seguros, simples e baratos;
- Não interferem com a adaptação e sucção na mama;
- O bebé controla a ingestão de leite;
- Despendem pouca energia;
- Promovem a produção de saliva, resultando numa digestão mais eficiente;
- Estimulam movimentos do maxilar/ língua, favorecendo o posicionamento adequado para a amamentação.

### Como fazer?



- Utilizar um copo pequeno de plástico/vidro, com bordos redondos
- Colocar a borda nos cantos do lábio superior e pousar com suavidade no lábio inferior, com a língua dentro do copo
- Inclinar o copo para que o leite apenas toque nos lábios do bebé, deixando que o bebé lamba o leite com movimentos da língua e dos lábios. Não despejar o leite na boca do bebé



- Empurrar lentamente a colher/ seringa para o bebé abrir a boca
- Inserir a ponta da seringa/ colher dentro da boca do bebé
- Empurrar gradualmente o êmbolo da seringa, em sincronia com a sucção do bebé



### ATENÇÃO!

- O bebé deve estar calmo e acordado
- Manter o bebé sentado ao colo, o mais erguido possível
- O leite deve ser oferecido lentamente, para facilitar a deglutição, devendo ser o bebé a impor o ritmo da alimentação
- Antes do regresso ao trabalho, deverá orientar quem vai cuidar do bebé e praticar a alimentação

Elaborado por: Joana Mira – Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
Sob a orientação de: Ana Rainho - Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica  
Professora Doutora Ana Frias – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

**Apêndice XI – Projeto “Cantinho de Amamentação” elaborado no âmbito dos cuidados de saúde primários**



Projeto – Cantinho de Amamentação

---

**Índice**

Nota introdutória .....	3
Objetivos.....	5
Estratégias.....	5
Preparação Operacional .....	6
Organização Responsável.....	6
Destinatários .....	6
Horário.....	6
Localização .....	6
Recursos .....	6
Nota final .....	8
Referências bibliográficas .....	9

Projeto – Cantinho de Amamentação

---

### **Nota introdutória**

O presente documento surge no âmbito do projeto de Intervenção Profissional desenvolvido, enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, para a aplicação na Unidade de Cuidados na Comunidade.

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural que sofre alterações ao longo do tempo, atendendo às necessidades do bebé. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo até aos seis meses de vida do bebé, uma vez que a sua composição permite que até esta fase todas as suas necessidades energéticas sejam sustentadas. A partir dos seis até aos doze meses, estas necessidades devem ser complementadas com a introdução de alimentos específicos, sendo que o leite materno ainda sustenta metade ou mais das mesmas (Almeida *et al.*, 2015; Sardo, 2016).

O aleitamento materno traz inúmeros benefícios para o bebé e para a mãe. Para o bebé, há promoção do crescimento e desenvolvimento cognitivo, prevenção de doenças infecciosas, gastrointestinais e respiratórias, prevenção da obesidade e redução da mortalidade infantil. Para a mãe, há redução de hemorragia pós-parto, recuperação do peso pré-gestacional mais rápida, diminuição da prevalência do cancro no ovário, endométrio e mama, entre outros. Para além destes benefícios, a amamentação associa-se ao desenvolvimento emocional do bebé, promovendo um fortalecimento do vínculo afetivo entre o mesmo e a sua mãe (Gibbs *et al.*, 2018; Sardo, 2016).

Em Portugal, cerca de 95% das mães iniciam logo a amamentação após o nascimento do bebé. No entanto, há estudos que demonstram que cerca de metade dessas mães, no primeiro mês de vida do bebé, acabam por deixar de amamentar. Assim, torna-se necessário que continue a haver medidas que promovam uma melhor taxa de sucesso do aleitamento materno (Sardo, 2016).

A Aliança Mundial para a Amamentação (World Alliance for Breastfeeding Action- WABA) coordena anualmente a Semana Mundial da Amamentação, cujo tema central deste ano é “Proteger a amamentação – Uma responsabilidade de todos”. Esta campanha tem como objetivos: informar as pessoas acerca da importância de proteger a amamentação, apoiar a amamentação como uma responsabilidade vital de saúde pública, articular com indivíduos e organizações para um maior impacto e promover ações para proteger o aleitamento materno, por forma a melhorar a saúde coletiva (WABA, 2021).

#### Projeto – Cantinho de Amamentação

---

O aleitamento materno deve ser considerado como uma questão de saúde pública, devendo haver um investimento a todos os níveis para promover a sua prática, criando um ambiente favorável à mesma. É, sobretudo, um direito humano, devendo haver responsabilidade de todos em proteger, respeitar e incentivar a prática do mesmo. Os serviços de saúde devem acompanhar esta prática, devendo os profissionais de saúde prestar apoio e orientações de qualidade à lactante.

O aparecimento da pandemia por SARS-CoV-2 levou à implementação de medidas que prejudicaram o apoio ao aleitamento materno (nalguns hospitais tem sido exigida a separação da mãe e bebé ou a lavagem da pele das mães antes da amamentação). No entanto, tendo em conta os benefícios do mesmo e, apesar do contexto de pandemia, continua a ser importante a adoção de práticas que o promovam. De facto, a OMS recomenda a prática do aleitamento materno, mesmo em casos confirmados de SARS-CoV-2.

O enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica (EESMO) está presente em todo o ciclo gravídico puerperal da mulher, atuando como um pilar fundamental. No que respeita à promoção, proteção e suporte do aleitamento materno, o EESMO deve atuar durante este período da mulher, junto da mesma. Deve incentivar o aleitamento materno, transmitindo informações válidas e atualizadas, auxiliar a mãe e bebé no estabelecimento deste processo e esclarecer dúvidas que possam surgir (Oliveira & Nunes, 2021).

Deste modo, o projeto intitulado “Criação de um Cantinho de Amamentação” surge como recurso de apoio ao aleitamento materno após a alta, a prestar às utentes deste Concelho, que possam necessitar de apoio e aconselhamento durante este processo.

Este documento foi realizado de acordo com as normas de elaboração e apresentação de trabalhos da American Psychological Association (APA) – 6ª edição e segundo o acordo ortográfico em vigor.

Projeto – Cantinho de Amamentação

---

### **Objetivos**

O projeto “Cantinho de Amamentação” tem como principal objetivo Implementar o Cantinho de Amamentação como apoio e aconselhamento em aleitamento materno, às utentes deste Concelho.

Como objetivos específicos, foram definidos os seguintes:

- Apoiar as mães e bebés no sucesso no aleitamento materno;
- Promover a vinculação mãe-bebé através da amamentação;
- Realizar consultas de aconselhamento às lactantes que apresentem dificuldades no processo de amamentação;
- Promover o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebé e o aumento das taxas de aleitamento materno no Concelho;
- Criar um espaço próprio para prática da amamentação/extração de leite materno, durante o tempo de permanência na Unidade de Saúde, para mães e profissionais.

### **Estratégias**

Como forma de facilitar a implementação deste projeto, foram definidas as seguintes estratégias:

- Envolvimento dos profissionais de saúde do Centro de Saúde, através da apresentação do projeto e partilha de informação relevante;
- Otimização dos recursos existentes: espaço físico a ser utilizado e profissionais existentes, através da colaboração no projeto e divulgação do mesmo em contexto de consulta médica e/ou de enfermagem e encaminhamento para a responsável do projeto;
- Educação e informação dos profissionais e utentes acerca do projeto e objetivos do mesmo;
- Divulgação do projeto através dos diferentes meios de comunicação (suporte em papel, redes sociais, intranet,...) e, como referido anteriormente, através das consultas médica e de enfermagem;
- Formação de atualização aos profissionais de saúde.

Projeto – Cantinho de Amamentação

---

### **Preparação Operacional**

Para a preparação operacional de implementação do projeto, definiram-se os seguintes critérios:

#### **Organização Responsável**

A organização deste projeto será da responsabilidade desta UCC, tendo a coordenação da Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Ana Rainho. A restante equipa da UCC irá, juntamente com a equipa da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), intervir no projeto, referenciando as lactantes para a adesão ao mesmo e apoiando-as sempre que necessário.

#### **Destinatários**

Este projeto destina-se a profissionais de saúde do Centro de Saúde, utentes e/ou acompanhantes que desejem alimentar os seus filhos ou extrair leite materno, durante o horário de trabalho ou enquanto esperam para consulta, respetivamente.

#### **Horário**

O horário estabelecido para aconselhamento em aleitamento materno pode variar de acordo com a disponibilidade da enfermeira coordenadora do projeto. No que respeita ao horário de funcionamento do Cantinho de Amamentação, este será de acordo com o horário de funcionamento do Centro de Saúde (09-20h).

#### **Localização**

O espaço destinado a este projeto localiza-se na UCC deste Centro de Saúde, mais especificamente na sala de movimento.

#### **Recursos**

Para além do espaço físico destinado à localização do “Cantinho de amamentação”, apresentam-se na seguinte tabela os recursos materiais necessários para que este projeto se possa implementar.

Projeto – Cantinho de Amamentação

Material necessário	Número	Caraterísticas	Sugestões e custo estimado
Mesa de apoio	1	Material higienizável	“GLADOM” 45x53cm – IKEA (15€)
Cadeirão	1	Cadeira de baloiço que permita um maior conforto da lactante	“POÄNG” – IKEA (159€)
Repousa-pés	1	Material higienizável que permite um maior conforto da lactante	“POÄNG” – IKEA (89€)
Muda fraldas	1	Muda fraldas com estante incluída de fácil acesso	“SMÄGÖRA” - IKEA (59€)
Biombo	1	Garante a privacidade da mãe e bebé	Biombo decorativo “FOLK DREAM” – HÔMA (69,99€)
<b>Total</b>			391,99€

Tabela 1: Recursos materiais necessários e respetivas sugestões

Fonte: Elaborado pela responsável do projeto

Projeto – Cantinho de Amamentação

---

### **Nota final**

Com a elaboração deste projeto espera-se contribuir para o sucesso do aleitamento materno, tendo em conta que faz parte da área de especialidade da enfermeira coordenadora do projeto, sendo a implementação do mesmo uma mais-valia para o grupo alvo.

A amamentação é muitas vezes vista como um momento único e mágico entre a mãe e o bebé, e todos os benefícios físicos e psicológicos que a mesma traz, tanto à mãe como ao bebé, são conhecidos.

No entanto, é importante ter em conta que a amamentação nem sempre é fácil de estabelecer e manter, podendo haver situações em que constitui um grande desafio. Essas situações podem ser a nível físico, como o aparecimento de fissuras nos mamilos, ingurgitamento mamário, mastites,... Podem ser a nível psicológico, em que o cansaço, *stress*, medo de a amamentação não correr como esperado influenciam negativamente o estabelecimento da amamentação. Há que reforçar que a amamentação promove a vinculação afetiva entre a mãe e o bebé, pelo que estes sentimentos negativos são percecionados pelo bebé e, conseqüentemente, haverá uma maior dificuldade no processo da amamentação. O fator social tem também um grande peso na amamentação. Muitas vezes há mulheres que podem sentir desconforto, vergonha ou até mesmo medo de serem julgadas por amamentar em público, o que poderá levar a que evitem sair de casa mais vezes e se sintam mais isoladas, levando a sentimentos negativos.

É, portanto, muito importante que a mulher seja apoiada neste processo de amamentação e que se sinta confortável para falar sobre isso, para expor dúvidas, dificuldades. A orientação por parte dos profissionais de saúde é crucial para garantir que a mulher se sinta ouvida, apoiada e, conseqüentemente, mais segura e confiante para amamentar.

Assim, é sem dúvida com muita satisfação e motivação que este projeto foi elaborado, esperando-se vir a ser implementado o mais brevemente possível!

Projeto – Cantinho de Amamentação

---

### Referências bibliográficas

Almeida, C., Costa, F., Graça, P., Menezes, B., Mota, E., Oliveira, D., Órfilo, A., Torgal, L., Vicente, F., & Silva, J. (2015). Programa Nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. In Direção Geral da Saúde. Lisboa: Gráfica Maiadouro

Cojocar, L., Crimmins, S., Sundararajan, S., Goetzinger, K., Elsamadicy, E., Lankford, A., Turan, O. M., & Turan, S. (2020). An initiative to evaluate the safety of maternal bonding in patients with SARS-CoV-2 infection. *J Matern Fetal Neonatal Med.*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1828335>

Gibbs, B., Forste, R., & Lybbert, E. (2018). Breastfeeding, Parenting and Infant Attachment Behaviours. *Matern Child Health J.*; 22(4): 579-88.

Oliveira, C. P. A., & Nunes, J. S. S. (2021). Breastfeeding and the Role of the Nurses. *Research, Society and Development*, 10(7), e33610716692. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16692>

Sardo, D. (2016). Promover e apoiar a amamentação. In Néné, M.; Marques, R.; Batista, A. B. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 473-480. Lisboa: Lidel

WABA. (2021). World Breastfeeding Week 2021- Protect Breastfeeding: a shared responsibility. In <https://worldbreastfeedingweek.org/>

**Apêndice XII – Guia de bolso relativo aos cuidados à mãe**



### **NOTA INTRODUTÓRIA**

O nascimento de um filho envolve grandes mudanças, não só a nível físico, como também a nível psicológico e social. Principalmente para os pais “de primeira viagem”, há um novo mundo a descobrir, há novos papéis e responsabilidades a assumir.

O regresso a casa é um momento muito importante, que marca o início de uma vida com um novo elemento na família. No entanto, surgem dúvidas, medos, ansiedade e preocupações.

Com este guia de bolso esperamos contribuir para que essas dificuldades sejam superadas e que o regresso a casa seja o mais pleno possível.

## ALTERAÇÕES CORPORAIS

O puerpério/período pós-parto consiste num processo de transformação do corpo da mulher, que se inicia após a expulsão da placenta e termina quando todos os órgãos retornam ao seu estado pré-gravídico (cerca de 6 semanas). Neste período irão surgir várias alterações:

### Sistema musculo-esquelético

- Haverá um relaxamento e estabilização das articulações;
- Até cerca das 6 semanas após o parto, irá sentir o abdómen distendido.

### Sistema tegumentar (pele)

- As estrias mudam de coloração, passando de vermelhas a esbranquiçadas;
- Irá sentir mais suores, pela ação das hormonas.

### Sistema cardiovascular

- A tensão arterial baixa (devido às perdas sanguíneas e todo o processo de trabalho de parto) e normaliza dentro de 5 dias após o parto.

### Sistema gastrointestinal

- Nos primeiros dias poderá sentir alguma obstipação (prisão de ventre), devendo ingerir bastantes líquidos.

### Sistema Urinário

- Pode surgir incontinência urinária que será transitória, devido à pouca força muscular da bexiga, pelo que se aconselha a realização de exercícios de Kegel (explicados na página seguinte) para fortalecimento do assoalho pélvico.

### Vagina e vulva

- Irão ficar inchadas e com uma coloração arroxeadas, assumindo a sua aparência anterior por volta da 3ª semana após o parto.

### Útero

- Após a expulsão da placenta, o útero começa a reduzir no tamanho e peso (involução uterina). Por volta da 6ª semana após o parto irá retomar o seu peso (50-60 gramas);
- Esta involução é favorecida pela amamentação, uma vez que a mesma estimula a produção da hormona Ocitocina, que é responsável pelas contrações uterinas e, por sua vez, ajudará o útero a reduzir o seu tamanho e peso.

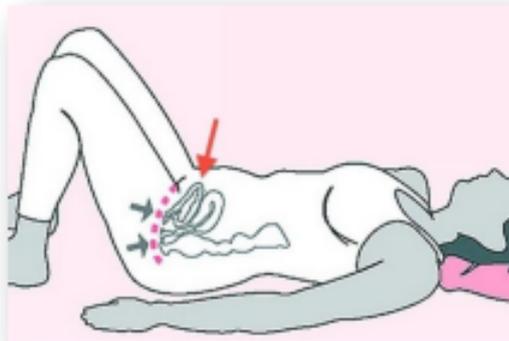
### EXERCÍCIOS DE KEGEL

Os exercícios de Kegel são recomendados para o fortalecimento do assoalho pélvico (musculatura da cavidade abdominal que controla os órgãos pélvicos, como a bexiga e a uretra), e têm como objetivo minimizar o desconforto causado pela incontinência urinária.

Estes exercícios podem ser realizados em qualquer posição: de pé, sentada ou deitada.

Como fazer?

- 1) Faça uma **contração dos músculos** (a forma mais fácil de os identificar é imaginar que está a evitar a saída de urina) durante **10 segundos**, e, de seguida, relaxe **20 segundos**;
- 2) Realize uma nova contração e relaxamento durante o mesmo tempo;
- 3) Repita o exercício até um total de **10 vezes**, o que corresponde a **1 série**. Após cada série deverá repousar **1 minuto**;
- 4) Realize um total de **3 séries**;
- 5) Descanse 1 ou 2 minutos, e depois repita **mais 3 séries de exercícios**, mas, desta vez com uma **contração durante 2 segundos** e com **relaxamento durante 4 segundos**.



## LÓQUIOS

Os lóquios consistem na perda de sangue e restos de tecido que ocorre após o parto. Inicialmente são vermelho vivo, podendo conter pequenos coágulos. Nas primeiras 2 horas após o parto o conteúdo do fluxo sanguíneo pode ser semelhante ao de um período menstrual mais abundante, diminuindo gradualmente.

Cerca de 3-4 dias após o parto tomam uma coloração mais acastanhada (“sangue envelhecido”), contendo restos de tecido. Podem durar até cerca de 22-27 dias.

Posteriormente, apresentarão uma coloração mais amarelada.

Estas perdas podem manter-se até cerca de 6 semanas após o parto.



## SUTURAS

### Episiorragia

No caso de o parto ter sido por via baixa (vaginal) e tiver sido submetida a episiotomia (corte cirúrgico feito no períneo para facilitar a passagem do bebé pelo canal de parto), é feita uma sutura, que se denomina episiorragia.

Os pontos desta sutura caem espontaneamente.

Os cuidados a ter são:

- ✓ Manter a zona perineal o mais limpa e seca possível, uma vez que a ferida cirúrgica se encontra em fase de cicatrização;
- ✓ Manter o penso higiénico, o mais limpo possível, mudando-o sempre que for à casa de banho;
- ✓ Efetuar sempre a higiene perineal (no sentido de frente-trás, para evitar infeções);
- ✓ Aplicar gelo, devidamente protegido (para evitar queimaduras) durante alguns minutos e várias vezes ao dia. Sugestão: Pode encher vários preservativos de água e colocar no congelador.

### Sutura abdominal

No caso de o parto ter sido por cesariana, será efetuada uma incisão a nível abdominal. Pode ser feita com agrafes (que serão retirados entre o 7º-10º dia após a cesariana) ou ser uma sutura intradérmica (em que os pontos são dados sob a pele, são reabsorvíveis e não necessitam de ser retirados).

Os cuidados a ter são:

- ✓ Manter o penso limpo e seco (no caso de sutura com agrafes). Geralmente o penso será impermeável, podendo realizar a sua higiene de forma habitual;
- ✓ Manter a zona abdominal limpa e seca;
- ✓ Usar roupas largas;
- ✓ Evitar fazer esforços pois a ferida encontra-se em fase de cicatrização;
- ✓ Hidratar a pele (creme hidratante).

### **SINAIS DE ALARME**

Na ocorrência de qualquer um dos seguintes sinais, deve procurar ajuda médica de imediato:

**Sangramento abundante (se de hora/hora tiver um penso higiénico cheio OU se após os lóquios de coloração acastanhada começarem a apresentar uma coloração vermelho-vivo novamente)**

**Dor abdominal intensa**

**Lóquios com cheiro mais desagradável que o habitual**

**Febre**

**Alterações nas suturas (Vermelhidão, calor, pus, dor intensa)**

**Dor/ardor/ aumento da frequência em urinar**

### VIGILÂNCIA DE SAÚDE

No momento da alta deve marcar uma consulta com o médico assistente até à 6ª semana após o parto – consulta de revisão do puerpério. Nesta consulta será avaliado o seu estado de saúde, assim como a adaptação ao seu novo papel.

Até lá, deverá manter os seguintes cuidados:

- Pode tomar banho/duche diário;
- Não use tampões nem faça irrigações vaginais;
- Mantenha os mamilos limpos (higiene diária) e secos;
- Aplique o próprio leite após a mamada, usando pomadas se necessário;
- Mantenha o suplemento de acordo com a indicação do médico assistente;
- A retoma de contraceptivos deverá ser feita após a consulta de revisão do puerpério e de acordo com a indicação do médico assistente;
- A atividade sexual pode geralmente ser retomada depois da consulta de revisão do parto;
- Pode voltar a conduzir quando se sinta bem, de acordo com a evolução clínica (suturas);
- O exercício físico habitual poderá ser retomado após indicação médica de acordo com a situação individual.

## ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS

No puerpério poderão surgir dúvidas de como ser uma boa mãe, como amamentar, como cuidar do corpo e mente, da casa, como lidar com a sociedade, ... Todas estas questões ocorrem simultaneamente e isso causa desconforto. No que respeita à saúde mental, podem ser identificadas alterações psicológicas com graus de ocorrência e severidade diferentes:

### Blues pós-parto

Geralmente esta perturbação emocional é ultrapassada ao fim de 15 dias e tende a desaparecer espontaneamente. Ocorre em cerca de 40-60% das mães e caracteriza-se pelos seguintes sintomas:

- Vontade de chorar sem motivo aparente;
- Sensibilidade emocional;
- Insegurança;
- Irritabilidade;
- Ansiedade;
- Mudanças de humor;
- Insónias.

### Depressão pós-parto

Pode originar perturbações emocionais e cognitivas quer na mãe quer na criança, se não for detetada e tratada precocemente. Ocorre em cerca de 10-15% das mães e caracteriza-se pelos seguintes sintomas:

- Tristeza, vazio ou falta de esperança;
- Vontade de chorar incontrolável e constante;
- Insónia ou problemas para ficar acordada durante o dia;
- Perda ou excesso de apetite;
- Sentimentos de culpa avassaladora;
- Irritabilidade;
- Preocupação excessiva com o bebé ou desinteresse no bebé e incapacidade de cuidar do mesmo.



Deve estar atenta à intensidade do seu estado emocional. Se não for melhorando com o tempo e condicionar a capacidade de viver a sua vida, peça ajuda!

## SONO E REPOUSO

Com a chegada do novo membro da família, toda a rotina da casa se altera e, com ela, um elemento importante para a qualidade de vida e saúde da mulher: o sono. O trabalho de parto, o desequilíbrio hormonal, a falta de descanso associada aos cuidados com o bebé são fatores que contribuem para que a mãe não descanse como era habitual.

Apesar de toda a “azáfama” em que irá andar envolvida, poderá tomar medidas que lhe permitam ter mais oportunidades para descansar:

Dormir/descansar enquanto o bebé dorme;

Envolver o pai nos cuidados ao bebé;

Desligar o telemóvel e limitar as visitas;

Fazer apenas o trabalho doméstico essencial (e se possível);

Gerir tempo para si.

### **NOTA FINAL**

Agora que chegou ao final deste guia de bolso, esperamos que se sinta mais esclarecida e segura em relação aos cuidados a ter no domicílio.

Sem dúvida que o regresso a casa é um momento muito especial e único na vida de um casal. Mas também envolve muitos momentos de ansiedade e medo.

Com a realização deste guia quisemos não só partilhar conhecimentos, conselhos e esclarecer dúvidas, assim como chegar até si de forma a se poder sentir acompanhada no regresso a casa.

Continuamos disponíveis para qualquer esclarecimento de dúvida.

Obrigada e sejam felizes!



**Apêndice XIII – Guia de bolso relativo aos cuidados ao bebé**



## **NOTA INTRODUTÓRIA**

O nascimento de um filho envolve grandes mudanças, não só a nível físico, como também a nível psicológico e social. Principalmente para os pais “de primeira viagem”, há um novo mundo a descobrir, há novos papéis e responsabilidades a assumir.

O regresso a casa é um momento muito importante, que marca o início de uma vida com um novo elemento na família. No entanto, surgem dúvidas, medos, ansiedade e preocupações.

Com este guia de bolso esperamos contribuir para que essas dificuldades sejam superadas e que o regresso a casa seja o mais pleno possível.

### **TRANSPORTE DO BEBÉ**

A primeira viagem do bebé ocorre logo à saída da maternidade. E é ainda na maternidade que irá colocar o seu bebé no “ovinho”, que deve ser seguro, adequado ao peso, confortável e homologado.

Cuidados a ter no **transporte do bebé**:

- ✓ Desde a primeira viagem até aos 18 meses (pelo menos) o bebé deve viajar sempre voltado para trás;
- ✓ O ovinho deverá ser colocado no banco traseiro ou eventualmente no banco da frente. Caso seja no da frente, o airbag deve ser obrigatoriamente desativado e o banco deve ser chegado o mais atrás possível;
- ✓ Nunca retire o bebé do ovinho com o automóvel em andamento nem o levar ao colo, mesmo que por breves instantes. Todos os passageiros devem usar o cinto, no banco da frente e de trás;
- ✓ Evitar roupa muito volumosa que possa dificultar a colocação e o ajuste correto do cinto interno do ovinho, para além de que podem apertar demasiado o bebé.

Como **proteger o bebé fora de casa?**

- ✓ Quando sair de casa, evite expô-lo a frio e calor intenso, chuva e vento;
- ✓ Evite ambientes com muitas pessoas, demasiado ruído/luzes e fumo. Estes podem ser fatores de risco no desenvolvimento de doenças respiratórias, otites, alergias e síndrome de morte súbita.

### VIGILÂNCIA DE SAÚDE DO BEBÉ

É muito importante proteger a saúde do seu bebé. Note que existem alguns procedimentos a ter em conta logo a seguir ao nascimento:

Se o seu bebé não fez o “teste do pezinho” na maternidade, leve-o (marcação prévia) ao centro de saúde entre o 3º e o 6º dia;

O peso deve ser vigiado semanalmente ou de acordo com a recomendação médica no primeiro mês;

A primeira consulta deve ser agendada, preferencialmente, até ao 15º dia;

As consultas seguintes são agendadas de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil no 1º ano de vida (1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º meses);

Cumpra o Esquema Nacional de Vacinação. A primeira vacina é feita ainda na maternidade e posteriormente de acordo com a indicação do médico assistente.

## **BANHO DO BEBÉ**

Este momento proporciona conforto e troca de afetos entre os pais e o bebé e previne problemas/infeções.

Antes do banho, deve ter em atenção vários aspetos:

- Lave as mãos antes de pegar no bebé;
- Pode dar banhos diários ou em dias alternados ao seu bebé, a qualquer hora do dia, tentando apenas evitar fazê-lo a seguir à amamentação;
- Prepare antecipadamente os acessórios e a roupa que vai usar (abra previamente os botões ou molas e coloque-os por ordem);
- Certifique-se que a divisão está à temperatura agradável (22 a 25º C);
- Na banheira, deite em primeiro lugar a água fria e depois a água quente, até cerca de 10 cm de altura;
- Verifique a temperatura da água com o cotovelo, com a face interna do pulso ou com um termómetro (36,5 a 37º C);
- Use produtos com pH neutro, preferencialmente sem perfumes (produtos corpo e cabelo no primeiro ano de vida).

## **BANHO DO BEBÉ**

Na maternidade ser-lhe-á explicado e demonstrado como dar banho ao seu bebé.

Seguidamente enumeramos os aspetos mais importantes:

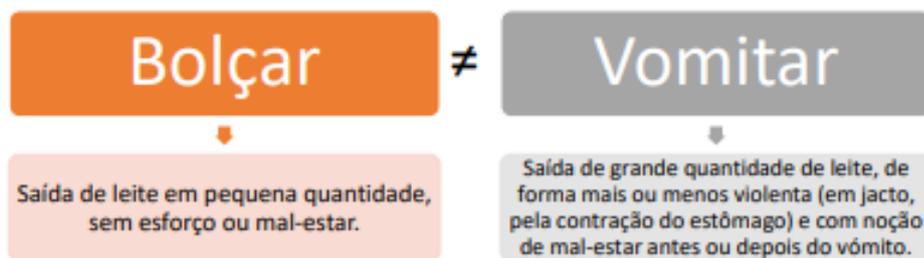
- Coloque o seu braço por trás das costas do bebé e segure-lhe o braço com a sua mão;
- Lave primeiro a face e a cabeça, depois o corpo, e por último o rabinho (nas meninas, lavar SEMPRE no sentido de frente para trás, para evitar infeções urinárias. Nos meninos, ter atenção às pregas dos testículos.);
- Seque o bebé sem o esfregar, com especial cuidado nas pregas;
- Seque o coto umbilical com uma compressa, primeiro junto à pele e por último próximo da mola que aperta o cordão;
- Mantenha o coto umbilical sempre fora da fralda para o manter seco;
- Se o coto umbilical tiver cheiro deve ser limpo com uma compressa esterilizada embebida em álcool a 70º sem adjuvantes, seguido de uma secagem com uma compressa seca e esterilizada;
- Pode limar ou cortar as unhas com uma tesoura própria. As unhas dos bebés são muito finas e aderentes nos primeiros dias, pelo que aconselhamos limar com uma lima de cartão para evitar que o bebé se arranhe e evitar ferimentos com a tesoura;
- Limpe as orelhas com a ponta da toalha fina e não use cotonetes, pois a cera dos ouvidos é uma proteção natural.

### Quando trocar a fralda:

- Durante os primeiros dias de vida, é normal e frequente que os bebés possam ter uma urina cor de tijolo ou com pequenas areias alaranjadas (deve-se à presença de cristais de urato);
- Nas meninas, é normal observar um corrimento esbranquiçado ou raiado de sangue (deve-se à ação das hormonas maternas).

## BOLÇAR

- Bolçar (ou regurgitação) consiste na passagem do conteúdo alimentar do estômago para a boca, sem esforço. É normal em crianças com idade inferior a 12 meses e na maioria dos casos não constitui doença grave;
- Acontece de forma fisiológica e deve-se quer à dieta líquida, quer ao relaxamento/imaturidade do esfíncter esofágico inferior. Espera-se que melhore com a introdução dos alimentos sólidos (papas e sopas) e que desapareça por completo até aos 12 – 18 meses de idade;
- Num bebé saudável, que aumenta de peso, não há necessidade de exames ou tratamentos.



### O que pode fazer para ajudar?

- Evitar ingestão de grandes quantidades de leite;
- Garantir uma boa pega na mama/tetina adequada ao bebé (cheia com leite, para evitar entrada de ar);
- Colocar sempre o bebé a arrotar depois da mamada;
- Cabeceira do berço elevada ( $\pm 30^\circ$ );
- Evitar roupas que apertem a barriga;
- Espessante do leite materno ou leites adaptados anti-refluxo (apenas por indicação médica).

Quando deve procurar o médico?

- Baixa/Não progressão do peso;
- Dor ou irritabilidade na alimentação;
- Vômitos persistentes;
- Uma posição do bebé com arqueamento das costas para trás e rotação do pescoço.

Além do refluxo gastro esofágico, existem ainda outras alterações possíveis, pelo que um bebé com vômitos persistentes deve sempre ser avaliado pelo médico.

### **CÓLICAS**

- Condição benigna e autolimitada;
- Choro súbito, inexplicável e inconsolável, que não responde às medidas habituais de conforto;
- Choro agudo, o bebé estica e encolhe braços e pernas, mãos fechadas, vira a cabeça para os lados e encolhe as coxas sobre o abdómen;
- Motivo de ansiedade, frustração e impotência sentida pelos pais;
- Duram pelo menos 3 horas, e dias por semana e durante pelo menos uma semana, sem que exista atraso no desenvolvimento;
- Duram geralmente até aos três meses;
- O horário mais frequente é o final da tarde (19-23H).

## MASSAGEM DO BEBÉ

A massagem do bebé tem vários benefícios:

### Fisiológicos

Favorece o desenvolvimento motor e coordenação;

Melhora a circulação e a respiração;

Melhora o sono da criança;

Alivia as cólicas;

Promove o relaxamento;

Aumenta a resposta do sistema imunitário.

### Psicológicos

Favorece o desenvolvimento infantil;

Facilita e promove a comunicação e a vinculação pais-bebé;

Fomenta o autoconhecimento e o desenvolvimento positivo do Eu;

Ajuda os pais a conhecer cada vez melhor o seu filho;

Promove a assertividade emocional nas relações familiares;

Promove sentimentos de segurança, respeito, alegria e amor entre pais e filhos.

- Existem várias técnicas de massagem infantil, não existindo certo ou errado;
- O essencial é que os pais encontrem um **momento** favorável em que ambos estejam disponíveis;
- Pode usar-se **creme, óleo ou apenas o toque**;
- Pode usar-se movimentos simples.

### Massagem para as cólicas

1. Deite o bebé de barriga para cima;
2. Massage com mão sobre mão à direita e à esquerda entre o quadril e a costela inferior, abaixo do umbigo;
3. Coloque a mão em concha e massage para um e outro lado;
4. Massage em movimentos circulares, no sentido dos ponteiros do relógio.

### Pode ainda adotar as seguintes medidas

- Manobras: pernas sobre a barriga;
- Colo em posição “tigre na árvore”;
- “Tummy Time” (“tempo de barriga”) – Para além de aliviar nas cólicas, promove a estabilidade de ombros e coluna, fortalece os músculos de suporte do tronco e o controlo da cabeça e relaxa e alonga músculos da coxa, abdómen, peito e ombros, ajudando ao desenvolvimento postural vertical;
- Saco água ou sementes (quente) no abdómen;
- Embalar/colo;
- Chupeta;
- Medicamentos (apenas por indicação médica).



Manobra de pernas sobre a barriga



“Tigre na árvore”



“Tummy time”

### **DESENVOLVIMENTO DO BEBÉ**

Para o bom desenvolvimento do bebé, para além da alimentação e da higiene, é também necessário promover o seu bem-estar emocional.

O bebé precisa de afeto, de proteção e segurança, para um desenvolvimento harmonioso em todo o seu potencial de crescimento.

Algumas dicas:

- 
- Cante para o bebé, musicas suaves, simples ou coloque música clássica;
- 
- Olhe o bebé nos olhos e converse com ele, respeitando-o nos seus momentos de resposta;
- 
- Dê-lhe mimos e embale-o;
- 
- Passeie com o bebé na rua e em casa;
- 
- Brinque com o bebé e ria com ele;
- 
- Explore as cores e os sons;
- 
- Use a massagem, visto que o toque tem o poder de acalmar o bebé e aumentar a vinculação com os pais;
- 
- Estimule o seu filho em momentos tão simples mas importantes como as rotinas de cuidado diário;
- 
- As crianças têm memória e, quanto mais se investir na sua estimulação precoce e na qualidade de atenção que lhes prestamos, mais contribuímos para o seu desenvolvimento.

### **PAPEL DO PAI**

- Após o parto, a mulher está tão envolvida nos cuidados ao seu bebé e no seu papel de mãe que, por vezes, é comum que o seu companheiro se possa sentir excluído.
- Nesta fase é importante o pai proporcionar apoio e tranquilidade à mãe, devendo partilhar as tarefas domésticas, envolvendo-se nos cuidados ao filho(a), não só para aliviar a carga de trabalho da mãe, mas também porque as interações pai-filho têm um impacto direto sobre o desenvolvimento social e psicomotor da criança.
- Quanto maior for a sua participação, melhor é a qualidade da relação que se estabelece entre ambos.



### SINAIS DE ALERTA

Deve recorrer ao seu médico ou ao serviço de urgência se o bebé apresentar:

Temperatura superior a 38º C;

Sonolência excessiva, gemido ou irritabilidade;

Recusa em alimentar-se;

Vómitos ou fezes líquidas ou sanguinolentas;

Convulsões;

Manchas na pele tipo picada de alfinete que não desaparecem quando se pressiona com o dedo, ou nódos negros de aparecimento súbito;

Palidez acentuada e tom acinzentado.



Se o bebé não lhe parecer bem, não hesite! Recorra ao seu médico ou ao serviço de urgência.

### SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO LATENTE

Consiste num acidente que provoca, como o nome indica, a morte do latente. Pode ter várias causas:

1. Causas genéticas;
2. Causas desencadeantes (infecção, refluxo, hipertonia, hipertermia);
3. Causas ambientais (condições socioeconómicas e culturais, exposição ao tabaco e posição no berço).

Quais são os cuidados de segurança que deve adotar em casa?



Deite o bebé sempre **de costas**, numa cama própria, com grades protetoras, com um **colchão firme** e adaptado ao tamanho da cama, **sem almofada**;



Coloque o bebé de forma a que os **pés toquem no fundo da cama**, evitando que a roupa cubra a cabeça, deixando os braços por cima da roupa (**linha dos ombros**);



Na cama do bebé **evite** colocar brinquedos, almofadas, laços, fitas ou fios, por causa do risco de engasgamento;



O quarto deve estar a uma temperatura amena (**20º C**) não colocando fontes de calor junto à cama do bebé, para prevenir o aquecimento excessivo;



**Nunca deixe o bebé sozinho** no banho ou em cima da cama, da mesa ou do sofá.

### **NOTA FINAL**

Agora que chegaram ao final deste guia de bolso, esperamos que se sintam mais esclarecidos e seguros em relação aos cuidados à mãe e ao bebé.

Sem dúvida que o regresso a casa é um momento muito especial e único da vida de um casal. Mas também envolve muitos momentos de ansiedade e medo.

Com a realização deste guia quisemos não só partilhar conhecimentos, conselhos e esclarecer dúvidas, assim como chegar até vós de forma a se poderem sentir acompanhados no vosso regresso a casa.

Continuamos disponíveis para qualquer esclarecimento de dúvida.

Obrigada e sejam felizes!

