



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Hora Dourada: Aleitamento Materno exclusivo durante a primeira hora de vida do recém-nascido

Telma Filipa Palma Salgueiro

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

Hora Dourada: Aleitamento Materno exclusivo durante a primeira hora de vida do recém-nascido

Telma Filipa Palma Salgueiro

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)
Rosália Marques (Hospital Garcia de Orta) (Arguente)

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.”

Martin Luther King

AGRADECIMENTOS

Quando me propus a este grande desafio sabia que não seria um percurso fácil e que, como tudo na vida, é um caminho caracterizado por altos e baixos e, por isso, só foi possível percorrê-lo com a ajuda e o apoio de algumas pessoas a quem devo um agradecimento especial.

À Sra. Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias, pela orientação, apoio, incentivo, disponibilidade e prontidão, foi sem dúvida a pessoa-chave deste percurso. Um bem-haja.

Um obrigado em especial, ao meu companheiro, que sempre me acompanhou e apoiou, o carinho, o amor e a paciência que demonstrou durante esta jornada. Foi um trabalho árduo por parte dos dois: um pedido de desculpas, por todos os planos adiados e a falta de tempo constante.

A ti filha, que me deste a maior força para continuar e por todas as alegrias, no momento em que eu mais precisava. Espero poder retribuir da melhor forma ao longo do tempo: um pedido de desculpas pela minha ausência e falta de tempo.

À minha sogra, por toda a ajuda prestada, principalmente com a minha filha, sem a sua colaboração nada disto teria sido possível.

Aos meus pais, pelo apoio e incentivo constante e, por toda a confiança que depositaram em mim.

Aos meus colegas que me acompanharam neste caminho, agradeço a partilha de experiências e sabedoria.

Aos meus amigos, agradeço por me ajudarem a percorrer esta caminhada e, conseqüentemente, na concretização deste meu objetivo.

A todos os enfermeiros orientadores com que tive o privilégio de me cruzar, Aida Oliveira, Maria José Ferreira e Flora Monteiro. Sem dúvida que sou a profissional que sou hoje graças a vocês. São um exemplo de profissionalismo, humildade e sabedoria a seguir. Que a vida vos sorria sempre.

E por fim, mas não menos importante, a todos os colegas dos serviços por onde passei, pela disponibilidade, ajuda e facilidade em me ajudarem a percorrer este caminho. Estarei eternamente grata.

RESUMO

Hora Dourada: Aleitamento Materno exclusivo durante a primeira hora de vida do recém-nascido

Enquadramento: O Estágio de Natureza Profissional, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora, permitiu a aquisição de competências específicas na área da especialidade em vários contextos clínicos, levando à realização deste Relatório. **Objetivos:** Avaliar as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos clínicos do ENP, comprovando a aquisição de competências e conhecimentos, com o aprofundamento temático do Aleitamento Materno (AM) exclusivo durante a primeira hora de vida, com vista à melhoria das intervenções do EEESMO. **Metodologia:** Mediante supervisão clínica e revisão da literatura. **Resultados e Conclusões:** Todas as experiências clínicas foram cumpridas. Das intervenções promotoras do AM destacam-se: suporte emocional e físico, desenvolvimento da segurança e confiança da mãe para a prática do AM, alojamento conjunto mãe-bebé, contacto pele a pele e início precoce do AM, num ambiente tranquilo e de suporte.

Palavras Chaves e Descritores (DeCS): Aleitamento Materno; Hora dourada; Recém-nascido; Benefícios; Enfermagem.

ABSTRACT

Golden Hour: Exclusive breastfeeding during the first hour of a newborn's life

Background: The Internship of a Professional Nature, within the scope of the Master's Course in Maternal and Obstetric Health Nursing at the University of Évora, allowed the acquisition of specific skills in the area of the specialty in various clinical contexts, leading to the production of this Report. **Objectives:** Evaluate the activities carried out in the different clinical contexts of the ENP, proving the acquisition of skills and knowledge, with the thematic deepening of Exclusive Breastfeeding (BF) during the first hour of life, with a view to improving the interventions of the EHESM. **Methodology:** Under clinical supervision and literature review. **Results and Conclusions:** All clinical experiences were fulfilled. Of the interventions that promote BF, the following stand out: emotional and physical support, development of the mother's safety and confidence for the practice of BF, mother-baby rooming-in, skin-to-skin contact and early initiation of BF, in a calm and supportive environment.

Key words and Descriptores (DeSC): Breastfeeding; Golden Hour; Newborn; Benefits; Nursing.

ÍNDICE GERAL

| | |
|---|-----|
| 1. INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO PROFISSIONAL | 16 |
| 2.1. CARACETRIZAÇÃO DO CONTEXTO..... | 16 |
| 2.2. METODOLOGIA..... | 26 |
| 3. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA | 29 |
| 3.1. CONCETUALIZAÇÃO..... | 29 |
| 3.2. METODOLOGIA..... | 30 |
| 3.3. RESULTADOS | 34 |
| 3.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 37 |
| 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS | 43 |
| 4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS..... | 43 |
| 4.2. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA | 46 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 62 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 64 |
| APÊNDICES | 73 |
| Apêndice A. Proposta do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final | 74 |
| Apêndice B. Apresentação em serviço com a temática: “Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica” | 79 |
| Apêndice C. Protótipo de “Folha de Registo de dados do TP e Satisfação da Parturiente durante o mesmo” | 88 |
| Apêndice D. Aula de Preparação para o Parto e Parentalidade: Amamentação | 89 |
| Apêndice E. Panfleto “Liberdade de movimentos no 1.º estadio do TP” | 98 |
| Apêndice F. Cartaz “Aleitamento Materno exclusivo na 1.ª hora de vida do bebé” | 99 |
| Apêndice G. Panfleto “Como conservar o leite materno” | 100 |
| ANEXOS | 101 |
| Anexo I. “Dez passos para o sucesso do AM, OMS e UNICEF” | 102 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Número de Partos da Unidade Local de Saúde do Alentejo | 17 |
| Figura 2. Número de Partos na Unidade Hospitalar Central | 23 |
| Figura 3. Experiências Práticas..... | 28 |
| Figura 4. Diagrama PRISMA | 33 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Campos Clínicos onde decorreu o ENP | 16 |
| Tabela 2. Método PICOD..... | 31 |
| Tabela 3. Critérios de seleção dos artigos | 32 |
| Tabela 4. Características dos artigos incluídos no estudo | 34 |
| Tabela 5. Experiências Práticas no Estágio de Natureza Profissional 2021/2022..... | 60 |

1. INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, da Universidade de Évora, registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A – Ef 1783/2011/AL03), com parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros (OE) (SAI – OE/2017/9022 e SAI – OE/2019/5981), confere o conhecimento e competências para a solicitação do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). De modo a se atingir essas competências, faz parte do plano de estudos da UE (Aviso n.º 15812/2019; DR 771072019), a Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF).

O objetivo da Unidade Curricular ENPRF passa pela colocação prática dos conhecimentos e competências adquiridos na vertente teórica do Mestrado. Estas competências abrangem a vigilância de saúde da mulher durante todo o seu ciclo reprodutivo, no âmbito do Planeamento Familiar e durante o período Pré-concepcional, durante o período Pré-Natal, Trabalho de Parto e Pós-Natal, durante o período do Climatério e em processos de saúde/doença ginecológica, assim como os cuidados ao recém-nascido, Educação Sexual e Saúde Pública, tendo por base as competências comuns do Enfermeiro Especialista, demonstrando responsabilidade profissional, ética e legal e, ainda, competências de gestão e liderança. A UC está dividida em diferentes contextos clínicos. Todos eles supervisionados pela orientadora pedagógica, a Professora Doutora Ana Frias e pelos enfermeiros orientadores de cada serviço.

No decorrer do Estágio de Natureza Profissional (ENP), vários foram os contextos onde houve a possibilidade de alcançar, desenvolver e consolidar as competências comuns e específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), segundo orientação da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Os contextos de estágio decorreram numa Unidade Local de Saúde do Alentejo (ULSA), no serviço de Ginecologia e Obstetrícia, composto pelo serviço de Consulta Externa, Internamento, Urgência e Bloco de Partos, e numa Unidade Hospitalar Central (UHC), no serviço de Bloco de Partos.

Como futura EEESMO, teve a possibilidade de projetar, realizar e analisar intervenções com vista a promoção, proteção e apoio ao AM.

Na atualidade, preconizam-se as intervenções humanizadas, no entanto ainda existem profissionais de saúde a realizar intervenções de rotina na receção do RN na sala de parto, sendo

consideradas primitivas e prejudiciais. Responsabilizando-os pela diminuição da atividade reflexa do RN na primeira hora de vida e conseqüente comprometimento do AM (Almeida & Filho, 2004).

Os primeiros 60 minutos de vida do bebê após o nascimento, chamado de *Golden Hour*, representam o período no qual são realizadas intervenções para minimizar as complicações neonatais. Dentre tais intervenções, o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida promovem o vínculo entre a mãe e o bebê, estimulando o reflexo de sucção da criança. Dessa forma, medidas de promoção do AM e do contato pele a pele (CPP) na primeira hora de vida são necessárias para uma maior taxa de sobrevivência do neonato e menores índices de desmame precoce (Arruda, et al., 2018).

O AM fornece aos RN o melhor começo de vida possível, funciona como a primeira vacina, protegendo-os de doenças potencialmente mortais, e dando-lhes todos os nutrientes que necessitam para sobreviver e prosperar. Sendo um fator essencial para erradicar a pobreza, promover o crescimento econômico e reduzir as desigualdades (UNICEF & OMS, 2017).

Através de proteção passiva, o AM protege o RN de infecções gastrointestinais, respiratórias e sistêmicas, produzindo benefícios a longo prazo, como a diminuição da incidência de alergias, infecções, e outras patologias. Reduzindo o risco de diarreias agudas e persistentes, sepsis neonatal, doenças respiratórias e, conseqüentemente, a taxa de mortalidade infantil (Almeida & Filho, 2004; Agostinho & Frias, 2021).

Assim, as mães que amamentam têm uma conseqüente diminuição do risco de desenvolvimento de cancro dos ovários e da mama, sendo das principais causas de morte das mulheres (UNICEF & OMS, 2017). O AM constitui uma prioridade em saúde pública, devido aos benefícios que apresenta para a diáde, como a redução da morbidade e mortalidade (Gartner, et al., 2005).

A importância do AM é reconhecida e consagrada mundialmente, no entanto, este tema se apresentado aquém das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), sendo que a sua prática exclusiva está ainda longe de ser universal.

O *Global Breastfeeding Scorecard* avaliou 194 países e mostrou que apenas 23 deles registam índices de amamentação exclusiva acima de 60%. Além disso, demonstrou que, crianças com menos de 6 meses, apenas 40% são amamentadas de forma exclusiva (sem nada além do leite materno) (OPAS & OMS, 2017).

O estudo de Victora, et al. (2016) sobre o padronizado atualmente acerca do AM, a nível mundial, explana que os países desenvolvidos têm uma taxa de duração da amamentação menor, em comparação com os países subdesenvolvidos, onde somente 37% das crianças menores que 6 meses, realizam amamentação exclusiva. Assim, nos países desenvolvidos, avalia-se que a taxa de prevalência seja menor que 37%, ficando aquém do preconizado pela OMS/UNICEF. No mesmo estudo, é estimado que se o AM fosse praticado universalmente, poderia prevenir 823.000 mortes de crianças com idades inferiores a 5 anos e 20.000 óbitos de mulheres por cancro da mama, anualmente.

Embora a importância e os benefícios do AM sejam incontestáveis, ainda existem muitos obstáculos nas instituições de saúde e sociais, não se encontrando promovido e apoiado, tanto no início como na sua manutenção. Tendo em conta este panorama, a promoção do AM deve ser um dos focos principais de atuação do EEESMO, tendo este a responsabilidade no incentivo, ensino e esclarecimento acerca do mesmo, persuadindo de forma direta a adesão a comportamentos saudáveis, promovendo um início de vida saudável, tendo por base uma alimentação equilibrada (DGS, 2014).

A escolha da temática do aleitamento materno exclusivo na primeira hora de vida do recém-nascido surge através dos dados colhidos durante a pesquisa bibliográfica, com base na evidência científica e da noção sobre a importância do início precoce do AM, sendo este um agente de extrema importância para o início precoce e preservação da amamentação bem-sucedida.

Já Righard e Alade (1990) recomendam que os RN sejam colocados despidos sobre o abdómen da mãe, sem interrupção, até que tenham conseguido mamar pela primeira vez, devendo-se promover ativamente os seus esforços para alcançar o peito materno. O início precoce do aleitamento leva o RN a mamar corretamente mais cedo, possibilitando um maior sucesso do mesmo. Atualmente existe vários autores (Abdala & Cunha, 2018; Araújo, et al., 2021; Azevedo, et al., 2021) que corroboram estas recomendações.

As primeiras 6 a 8 horas de vida do RN correspondem ao primeiro período de reatividade do mesmo, contudo, é durante os primeiros 30 minutos que este se mantém mais alerta e chora energicamente, demonstrando reflexo de sucção vigoroso, capaz de sugar fortemente a própria mão (Almeida & Filho, 2004; Abdala & Cunha, 2018). Durante este período, o RN permanece com os olhos bem abertos, promovendo uma excelente oportunidade de troca dos primeiros olhares entre os pais e o filho e de início do AM. Este é um período crucial, após este estado

inicial de elevado interesse de sucção, o RN fica mais sonolento, o que, por vezes, dificulta a eficácia da pega (Lima, Nascimento, & Martins, 2018).

Em 1991, a OMS e a UNICEF idealizaram a iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), de modo a promover, proteger e apoiar o AM, recomendando as instituições que prestam cuidados em serviços de obstetrícia com cuidados ao RN, a “ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira hora após o nascimento”, medida que corresponde à 4ª medida da IHAB, com o objetivo de alterar condutas e rotinas dos serviços e assim diminuir os índices de desmame precoce (UNICEF & OMS, 2018).

A duração da amamentação está diretamente relacionada com o contacto precoce entre a mãe e o filho, levando a um menor risco de hipoglicémia, dificuldade respiratória, hipotermia e icterícia do RN. Contribuindo para o vínculo afetivo e consequente diminuição do stress e acessos de choro. A atuação do EEESMO na melhoria dos cuidados prestados e estabelecimento de medidas de promoção do AM na primeira hora de vida, é crucial (Lucchese, et al., 2021). Por isso, é fundamental que se alerte a categoria profissional de enfermagem para a importância do início precoce da amamentação, e de como devem ajudar e dar suporte às mães, nesta fase inicial. Desta forma, deve ser fornecida informação e incentivar os mesmos a repensarem e reavaliarem as práticas já estabelecidas, em sala de partos, como o pesar, administrar medicação e o vestir o RN antes de este ser colocado em contacto pele a pele com a mãe. A intervenção do EEESMO é um ponto fulcral na educação para a saúde, de forma a que as mães estejam mais informadas e solicitem ajuda quando assim sentirem necessidade (Galvão, 2008).

Os principais objetivos deste relatório de estágio são:

- Avaliar as atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos clínicos onde decorreu o ENP, comprovando a aquisição de competências e conhecimentos;
- Nomear as contribuições com vista à melhoria das intervenções dos EEESMO, na Hora dourada: aleitamento materno exclusivo durante a primeira hora de vida do recém-nascido.

Este trabalho é sustentado pelo modelo teórico de enfermagem de Dorothea Orem, desenvolvido entre 1989-1985, com foco principal o autocuidado do cliente. Orem (2001), define-a como “a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal.” A mesma defende que quando a mulher é incapaz de satisfazer autonomamente as suas necessidades, tem a premência do cuidado de

enfermagem. A teoria assenta em três pilares: Teoria do Autocuidado; Teoria do Deficit do Autocuidado; e Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

O presente relatório é baseado na Teoria do Deficit do Autocuidado. Quando as exigências de autocuidado são maiores do que a capacidade da pessoa para o desenvolver autonomamente há a necessidade da intervenção de enfermagem. Alligood e Tomey (2002), defendem que a necessidade de cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde, sendo que estas limitações as deixam completa ou parcialmente incapazes de cuidar de si próprias ou dos seus dependentes.

Tendo em conta que este relatório tem como base uma metodologia reflexiva, descrevendo de forma pormenorizada todo o processo aprendizagem, divide-se em quatro capítulos:

- No 1.º capítulo, pode-se encontrar a Introdução;
- No 2.º capítulo, a descrição dos contextos clínicos onde decorreu o ENP;
- No 3.º capítulo, encontram-se os contributos para o aperfeiçoamento dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, através de uma revisão da literatura acerca da temática da Hora Dourada;
- No 4.º capítulo, encontra-se uma reflexão acerca do processo de mobilização de competências, bem como das aprendizagens efetuadas ao longo de todo o contexto teórico-prático.

Este relatório é elaborado segundo o Regulamento Académico da Universidade de Évora, despacho nº 3144/ 2019 de 21 março., baseando-se na bibliografia e citações da *American Psychological Association (APA, 2020) – 7th edition*, e é redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico.

2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO PROFISSIONAL

O ENPRF é uma unidade curricular de carácter prático, que decorreu no 2.º ano do curso, com início a 13 de setembro de 2021 e término a 19 de junho de 2022. Os campos clínicos foram distribuídos por dois semestres. Todo o 1.º Semestre decorreu numa Unidade Local de Saúde do Alentejo (ULSA):

- Seis semanas no Serviço de Consulta Externa;
- Seis semanas no Serviço de Grávidas/Ginecologia;
- Seis semanas no Serviço de Bloco de Partos.

O 2.º Semestre decorreu:

- Quatro semanas no Serviço de Bloco de Partos, numa Unidade Hospitalar Central (UHC);
- Cinco semanas no Serviço de Puerpério, numa Unidade Local de Saúde do Alentejo;
- Uma semana no Serviço de Neonatologia, numa Unidade Local de Saúde do Alentejo;
- Oito semanas no Serviço de Bloco de Partos, numa Unidade Local de Saúde do Alentejo.

Durante o ENP, toda a teoria lecionada no ano letivo anterior, 2020/2021, foi colocada em prática, com o objetivo de se atingirem as competências necessárias às intervenções de enfermagem à mulher/família em trabalho de parto, parto e pós-parto, como nos cuidados ao RN. Desta forma, os objetivos definidos para o ENP foram alcançados, sendo o principal objetivo a aquisição de competências que englobam o papel do EEESMO, dando resposta ao preconizado pela Diretiva Europeia, transposta para a Lei Portuguesa através da Lei n.º 9/2009 de 4 de março, com algumas atualizações, sendo a última a Lei n.º 26/2017 de 30 de maio.

O ENP, foi centrado em duas unidades hospitalares, uma situada no Alentejo e outra mais a nível Central do país (Tabela 1).

Tabela 1. Campos Clínicos onde decorreu o ENP

| | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Período Temporal | 13/09/2021 a 22/10/2021 | 25/10/2021 a 03/12/2021 | 06/12/2021 a 21/01/2022 | 07/02/2022 a 06/03/2022 | 07/03/2022 a 24/04/2022 | 25/04/2022 a 19/07/2022 |
| Campo Clínico | Consultas Externas (ULSA) | Grávidas/Ginecologia (ULSA) | Bloco de Partos (ULSA) | Bloco de Partos (UHC) | Puerpério (ULSA) | Bloco de Partos (ULSA) |

Fonte: Própria

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

O presente capítulo é referente à caracterização dos contextos clínicos onde decorreu o ENP, desenvolvido em três hospitais, com o respetivo enquadramento clínico e metodológico.

São descritos os espaços físicos e os recursos humanos e materiais disponíveis, em cada unidade de saúde.

➤ UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO

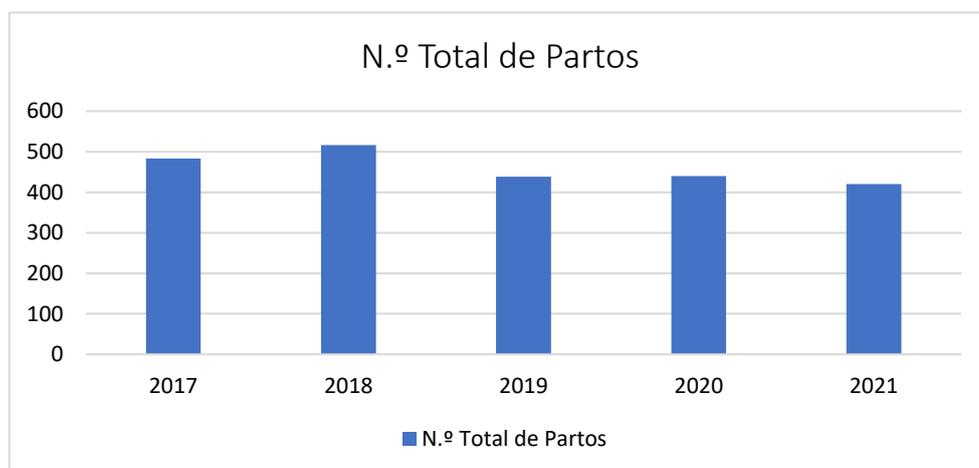
Esta unidade é constituída por dois Hospitais e dezasseis Centros de Saúde. A sua missão é a prestação integrada e personalizada de cuidados de saúde a todos os cidadãos, garantindo uma resposta adequada, de qualidade, em tempo útil, com rigor técnico-científico e com respeito pela dignidade humana, promovendo a confiança dos colaboradores e utentes, na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde (SNS, 2022b).

O ENP desenvolveu-se num dos dois hospitais desta unidade de saúde, no serviço de Consultas Externas, no serviço de Grávidas/Ginecologia, no serviço de Bloco de Partos e no serviço de Puerpério.

O serviço Ginecologia e Obstetrícia deste hospital, sofreu remodelações, constituindo um serviço com infraestruturas e recursos materiais novos, inaugurado em agosto de 2009. A Maternidade desta unidade, está inserida no departamento de Saúde da Mulher e da Criança da mesma, situada no 4.º piso. Constituem parte integrante deste serviço os espaços de Consulta Externa, Internamento, Urgência e Bloco de Partos (SNS, 2022b).

A ULSA apresenta uma população calculada em cerca de 104.989 mil habitantes (INE, 2022), distribuídos por 16 concelhos. Durante o ano de 2021, esta Maternidade, realizou, na totalidade, 420 partos, dos quais 296 foram por via vaginal (eutócicos e distócicos) e 124 por via alta – cesariana (Figura 1) (SNS, 2022c).

Figura 1. Número de Partos da Unidade Local de Saúde do Alentejo



Fonte: <https://transparencia.sns.gov.pt>

➤ SERVIÇO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO

O serviço de Ginecologia e Obstetrícia está situado no 4.º piso do Hospital. Este piso é inteiramente dedicado à saúde da mulher, desde o período pré-concepcional até à menopausa. O mesmo acolhe grávidas em consultas pré-natais de risco, onde a mulher com patologia crónica já diagnosticada é seguida, quando a gravidez é considerada de risco (SNS, 2022b).

Este serviço dá assistência a um número populacional reduzido, contudo tem uma área abrangente extensa, compreendida em 16 concelhos.

Todas as mulheres em trabalho de parto, parto eminente e com desvios padrões de uma gravidez saudável, como, ameaça de parto pré-termo, hemorragias, hipertensão arterial, diabetes gestacional e aborto espontâneo, dão entrada no serviço através da Urgência Obstétrica. Este tem a capacidade de dar resposta às diversas patologias que possam surgir durante uma gravidez, sempre que se verifique que não ocorre um parto em idade gestacional inferior a 36 semanas, pois o Hospital não possui Serviço de Cuidados Intensivos de Neonatologia que apoie estas situações. Por sua vez, as grávidas dão entrada no Bloco de Partos, provenientes do serviço de Urgência ou das Consultas de Obstetrícia, as que vêm já em início de trabalho de parto ou com indicação para indução do parto, são direcionadas à sala de dilatação. É neste momento que acontece o primeiro contacto entre o EEESMO e a grávida, estabelecendo-se uma relação de confiança entre ambos, que se revelará importante neste momento intenso da vida da mulher (Brandão, et al., 2020).

No que respeita à área da Ginecologia, as mulheres são encaminhadas pelo seu médico de família para a consulta de Ginecologia ou pelo serviço de Urgência, dando entrada no serviço. Posteriormente à avaliação médica e realização de exames complementares de diagnóstico (ECD), é proposta a cirurgia ou o internamento, tendo em conta a sua patologia. Assim, na maioria das situações o internamento destas mulheres é programado, sendo realizada a preparação peri-operatória, quando necessária. Após a cirurgia e o recobro, que são realizados no 3.º piso do hospital, a mulher regressa ao serviço, situado no 4.º piso, onde se mantém em vigilância até à alta médica.

Atualmente, devido ao Plano de Contingência da COVID, de março de 2020, foram criados dois circuitos distintos no serviço, a Ala Esquerda e a Ala direita, com vista a garantir a segurança materno-fetal e neonatal, no que respeita à prevenção do contágio pela doença

COVID. A Ala Esquerda admite grávidas/utentes com suspeita de infeção, sem resultado de teste ou com resultado positivo para SARS-CoV2, a Ala Direita admite grávidas/utentes sem suspeita de infeção e com resultado de teste para SARS-Cov2 negativo.

Ambas as alas são compostas por áreas diferenciadas, para situações de urgência, internamento e sala de partos. Dispõem ainda, de condições e equipamentos necessários à prestação de cuidados de saúde em Ginecologia e Obstetrícia, bem como de zonas para os Profissionais de Saúde se equiparem/desequiparem com EPI, adequados a cada situação (OPSS, 2022).

A Ala Esquerda ou Ala COVID é subdividida em duas áreas:

- Área das consultas, composta por:
 - Dois gabinetes de Obstetrícia/Ginecologia, que visam prestar apoio às Consultas Externas de Ginecologia, apetrechados cada um com uma marquesa ginecológica, um ecógrafo, material clínico diverso e computadores;
 - Uma casa de banho para utentes;
 - Um balneário para profissionais de saúde.
- Ala COVID, que conta com:
 - Quatro quartos individuais compostos por casa de banho privativa, uma cama, um berço e uma mesa de apoio;
 - Uma sala de partos, equipada com uma marquesa de parto, um reanimador de RN, um aparelho de cardiotocografia, material necessário à realização do parto vaginal, assim como equipamentos para assegurarem a adaptação do RN à vida extrauterina;
 - Uma sala de trabalho/enfermagem;
 - Uma casa de banho para profissionais de saúde;
 - Uma sala de arrumos;
 - Uma sala para os profissionais de saúde se equiparem com EPI;
 - Uma sala para a realização de sessões de Preparação para o Parto, via online;
 - Uma copa para profissionais de saúde.

A Ala Direita ou Ala não COVID é, também, subdividida em duas áreas:

- Área de internamento composta por:
 - Um gabinete administrativo;
 - Uma sala de pausa para Profissionais de Saúde;
 - Uma sala de arrumos;

- Uma casa de banho para colaboradores;
 - Um gabinete de enfermagem, destinado ao Enfermeiro Chefe do serviço;
 - Uma sala de trabalho/Enfermagem;
 - Um gabinete de Pediatria, onde são triados e avaliados os RN;
 - Uma sala de pensos;
 - Quatro quartos duplos de internamento, cada um composto por casa de banho privativa, duas camas, dois berços e uma mesa de apoio, estando preparados para ser quartos de vigilância materno-fetal, de puerpério e, quando necessário, de recobro de ginecologia;
 - Dois quartos de dilatação, individuais, apetrechados com casa de banho privativa, uma cama, um cardiocógrafa e um carrinho de material clínico;
 - Uma sala de partos, equipada com casa de banho, uma marquesa de parto, um reanimador de RN, um aparelho de cardiocografia e material necessário à realização do parto vaginal, assim como equipamentos para assegurarem a adaptação do RN à vida extrauterina;
 - Uma copa para profissionais de saúde.
- A outra área citada é composta por:
 - Um gabinete de urgência, onde é realizada a avaliação da mulher/grávida, encaminhada do serviço de Urgência geral. Aqui é realizado o primeiro contacto com mulher/grávida. O gabinete é provido de casa de banho, um computador, um ecógrafo, uma marquesa ginecológica e material clínico diverso;
 - Uma sala de cardiocografia e ecografia, apetrechada com três cardiocógrafos, um ecógrafo e um computador, destinada à avaliação do bem-estar materno-fetal e/ou realização de ECD;
 - Um gabinete de Obstetrícia/Ginecologia, que visa prestar apoio às Consultas Externas na vertente mulher, ou seja, vigilância materno-fetal no 1.º, 2.º e 3.º trimestre e consulta de ginecologia, apetrechado com casa de banho, uma marquesa ginecológica, material clínico diverso e dois computadores.

Sendo este um serviço que tem a capacidade de se ir adaptando a cada situação que surja, não estando planeada, por vezes, pode acontecer existirem mais camas de ginecologia ou de grávidas/puérperas.

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é composta por 20 enfermeiros, sendo uma Enfermeira Chefe, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, três Enfermeiros generalistas, um Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e

Psiquiátrica e 15 Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Destinada à sala de partos da ala direita, a equipa é composta por um EEESMO e um Enfermeiro generalista, enquanto na ala esquerda COVID, conta apenas com um EEESMO, o qual precisa de apoio e auxílio do médico especialista. Habitualmente, os turnos da Manhã e da Tarde são assumidos por três enfermeiros, sendo dois EESMO e um generalista, o turno da Noite é composto por dois enfermeiros, um EESMO e um generalista. Tendo em conta a minha experiência ao longo do estágio, a área abrangida e o rácio preconizado pela Ordem dos Enfermeiros de 1:2 (1.º estágio do TP) e 1:1 (2.º estágio do TP), na assistência intra parto, 1:3 (gravidez alto risco) e 1:6 (gravidez médio risco) no internamento materno-fetal, 1:3 (Puerpério patológico) e 1:6 (puerpério normal) (OE, 2019c), no internamento de puerpério, e englobando o serviço de Ginecologia e Obstetrícia da ULSA várias vertentes de prestação de cuidados à mulher, como grávidas, puérperas, RN e mulheres do foro ginecológico, o rácio disponível fica aquém do estabelecido, tornando-se uma tarefa desafiante para toda a equipa de enfermagem.

De referir que, devido à pandemia COVID, e com o ajuste à nova realidade, na ala direita é permitida a presença de um acompanhante para a parturiente, sendo que este tem de ser detentor de um teste COVID negativo, válido durante 72 horas, podendo assim permanecer na sala de dilatação, somente a partir da fase ativa do trabalho de parto, em que pode ficar junto da grávida até ao parto. Se, eventualmente, o acompanhante, decidir sair, por algum motivo, não poderá voltar a entrar no serviço sem novo teste à COVID (OPSS, 2022). Durante este tempo, é disponibilizada alimentação e condições mínimas para a presença do acompanhante em segurança. Na ala esquerda, não há permissão de presença de pessoa significativa durante o trabalho de parto, parto e internamento.

É durante o período de dilatação, na fase ativa do trabalho de parto, sendo vontade expressa da grávida, que é solicitada analgesia epidural, onde o médico anestesiologista do bloco operatório central, alocado à sala de partos, é contactado via telefónica. Caso a mulher seja encaminhada para cesariana, esta é transferida para o bloco operatório, no 3.º piso, onde dois médicos obstetras procedem à técnica e, os enfermeiros do bloco recebem o RN e dão apoio, assistidos por um médico Pediatra.

Durante o puerpério, a adaptação do RN à vida extrauterina é realizada sempre junto da mãe, sempre que não haja desvios padrões (Antunes, et al., 2017). Em cada enfermaria é disponibilizado, fraldas de bebé, toalhas, compressas esterilizadas, soro fisiológico em unidose e pensos absorventes descartáveis, para a mãe.

Por rotina, no turno da manhã, diariamente, é realizado/assistido o banho aos RN, seguido de uma consulta pediátrica de vigilância, no gabinete de pediatria, onde o RN é pesado e são avaliados outros parâmetros pertinentes. É nesta sala que podemos também encontrar os leites de fórmula, e onde os mesmos são preparados, caso alguma mãe assim o solicite ou haja prescrição médica.

No dia da alta clínica, o RN é vacinado segundo o plano nacional de vacinação (PNV) (DGS, 2020), e de seguida é encaminhado ao serviço de Pediatria, acompanhado pela mãe, onde realiza o rastreio auditivo e cardíaco.

➤ UNIDADE HOSPITALAR CENTRAL

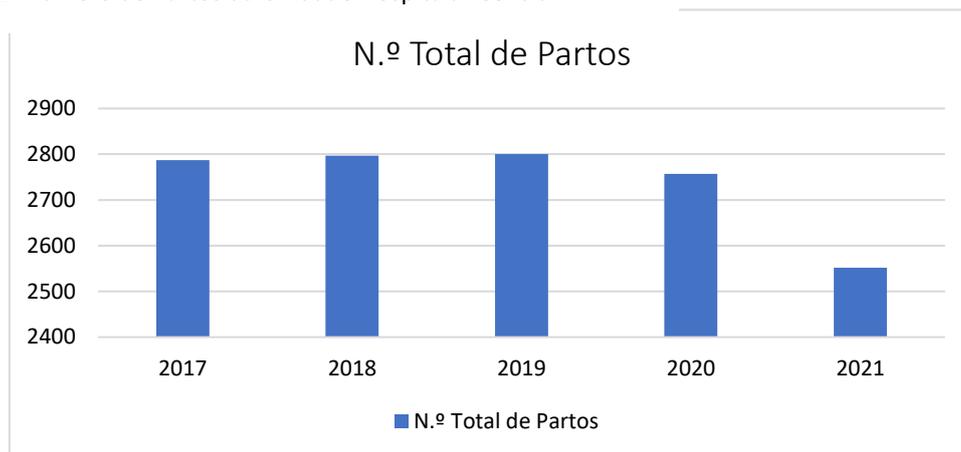
Este Hospital é uma entidade pública empresarial (EPE), é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Iniciou a sua atividade em Setembro de 1991, em substituição do antigo Hospital da Misericórdia que, entretanto, deixara de conseguir dar resposta a uma população cada vez mais crescente da península de Setúbal e que assegurava apenas cuidados hospitalares básicos (HGO, 2022). Atualmente dá resposta a uma população estimada em cerca de 350 mil habitantes de 2 concelhos da região. Alguns serviços do Hospital dão resposta às populações de toda aquela região, nomeadamente nas áreas de especialidade de Neonatologia e Neurocirurgia (HGO, 2022).

➤ SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS DA UNIDADE HOSPITALAR CENTRAL

O ENP desenvolveu-se também nesta unidade hospitalar, no serviço de Bloco de Partos. A nível da prestação de cuidados, é um contexto diferenciado, presta cuidados às mulheres e crianças que residem nos dois concelhos da região e a todas as outras que recorram ao mesmo, independente da sua área de residência (HGO, 2022).

Durante o ano de 2021, esta unidade hospitalar realizou na totalidade 2.552 partos, dos quais 1.819 foram por via vaginal (eutócicos e distócicos) e 733 por via alta – cesariana (Figura 2) (SNS, 2022c).

Figura 2. Número de Partos da Unidade Hospitalar Central



Fonte: <https://transparencia.sns.gov.pt>

O Bloco de Partos (BP) está situado no 1.º piso do edifício central e procura prestar cuidados de saúde diferenciados à mulher. Este serviço é reconhecido pela sua qualidade, uma vez que regem toda a sua prestação de cuidados à população tendo como princípio de que todos têm direito de receber cuidados eficientes e de qualidade, sem discriminação de raça, nacionalidade, religião ou situação socioeconómica, facilitando, assim, o acesso e a equidade na prestação de cuidados de saúde (HGO, 2022).

É um hospital perinatal diferenciado e Hospital Amigo dos Bebés, acreditado pela UNICEF desde 2005 (HGO, 2022).

No que respeita ao espaço físico, o serviço de BP é constituído por quatro salas de parto, onde são prestados cuidados à mulher durante a fase de vigilância do bem-estar materno-fetal, no parto e no puerpério imediato, permitindo a presença do acompanhante e do RN durante a estadia da mesma no serviço. Cada uma destas salas está apetrechada com recursos materiais, equipamentos e fármacos suficientes, de forma a dar resposta eficaz às necessidades da mulher durante a sua permanência nesta unidade (OPSS, 2022). É composto, ainda, por uma sala de dilatação com três camas, uma sala de cuidados imediatos ao RN, dois blocos operatórios, que se destinam a responder a situações de urgência/emergência no BP e cirurgias eletivas na gravidez e puerpério de risco, e uma sala de cuidados especiais com capacidade para duas camas, sendo destinada ao recobro anestésico e vigilância/tratamento de utentes com patologia na gravidez que exija vigilância hemodinâmica e tratamento intensivo. Após o parto, as utentes permanecem cerca de 2 horas no BP antes de serem transferidas para o serviço de Puerpério, situado no 5.º piso.

Em frente às salas de partos e aos dois blocos operatórios, está situada a zona de trabalho da equipa de enfermagem, garantindo um rápido acesso a todas as salas e blocos. Esta zona está disposta em formato de U, constituída por computadores e uma central de monitorização contínua, localizada em frente às secretárias dos computadores, facilitando deste modo a vigilância do bem-estar Materno-fetal, de todas as grávidas em TP, alocadas nas salas de partos, na qual é possível visualizar os registos do CTG e avaliar em tempo real a evolução de cada uma delas (Azevedo, Belcavello, Sardinha, & Tones, 2021). Nesta unidade existem vários carros móveis, dispersos pelo serviço, preparados para serem utilizados a qualquer altura, por exemplo, carro de medicação e material clínico necessário à preparação da mesma, servindo também de apoio à administração de analgesia pelo médico Anestesiologista, carro de emergência, carro de hígienes e carro com balança para pesar os RN.

Relativamente ao funcionamento do serviço, durante a permanência na sala de partos, a mulher tem direito a um acompanhante durante 24 horas (Batista & Matumoto, 2019). Neste serviço existe um corredor paralelamente oposto à zona de trabalho da equipa de enfermagem, ou seja, nas traseiras das salas de partos, por onde os acompanhantes circulam sem prejudicar o funcionamento do serviço, respeitando também a privacidade das outras parturientes. Sendo assim, todas as salas de partos têm duas entradas, uma para acesso exclusivo dos profissionais inerentes ao serviço, e outra de acesso exclusivo aos acompanhantes. O acesso a este corredor é realizado através de uma porta codificada, da qual apenas os profissionais do serviço têm conhecimento do código de acesso, como uma medida de segurança.

Ainda no que refere às medidas de segurança desta unidade, o serviço tem um sistema de pulseiras eletrónicas. Esta pulseira é colocada ao RN no momento do parto, com o intuito de evitar alguma tentativa de rapto do mesmo, acionando um alarme sonoro bastante elevado, quando ultrapassados os limites do serviço. A ativação/desativação das pulseiras é realizada através de um programa informático pelos enfermeiros.

Neste serviço, o acompanhante da parturiente pode permanecer junto da mesma até ao puerpério imediato, pois a mulher quando dá entrada no serviço, fica alocada numa única sala de parto, onde se desenvolvem as várias fases do TP. Normalmente, e se não houver intercorrências, 2 horas após o parto a mulher é transferida para o serviço de Puerpério, no 5.º piso.

Em relação à condução e acompanhamento dos partos eutócicos de baixo risco, são realizados pelo EEESMO e o enfermeiro generalista fica destinado a receber o RN, com a presença do Neonatologista, se necessário, que é chamado ao serviço via telefónica.

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é composta por 45 enfermeiros, sendo uma Enfermeira Chefe, dez Enfermeiros generalistas e trinta e quatro Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. No que diz respeito ao rácio de enfermagem, por turno estão escalados cinco enfermeiros, sendo, habitualmente, quatro EESMO e um generalista, sendo que houve turnos sem grávidas internadas, e considerando os dias de maior lotação, cumpriram o rácio preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019c).

➤ SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO

Este Hospital é uma EPE, sendo considerado a principal unidade hospitalar da região do Alentejo, onde há oferta de uma maior diferenciação. Dá resposta a cerca de 152.865 habitantes do Alentejo Central, mas cada vez mais, trata utentes provenientes do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral, enumerados em cerca de 345.939 habitantes, num total, dá resposta a cerca de 498.804 habitantes dessas regiões (SNS, 2022d).

Em 2006 houve uma grande transformação nas instalações físicas, na organização interna e na diferenciação de todas as valências, aumentando assim a oferta de cuidados diferenciados à população e eliminando algumas carências existentes nessa região. Devido à crescente epidemia e posterior pandemia causada pelo COVID, ao longo de 2020 e início de 2021, o hospital viu-se obrigado a reformular as suas instalações de modo a dar resposta a este problema, tendo sido criadas condições necessárias ao internamento em Enfermarias e Unidades de Cuidados Intensivos de doentes com COVID (SNS, 2022d). A missão desta unidade visa prestar cuidados de saúde diferenciados e humanizados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões de desempenho técnico-científico de excelência e uma gestão de recursos eficaz e eficiente, estimulando o desenvolvimento de todos os profissionais (SNS, 2022d).

Na área materno-infantil, o hospital assume o apoio perinatal diferenciado da região, dispendo de uma Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia, inaugurada em 1990. Sendo que a Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, considerou este como um hospital de Apoio Perinatal (SNS, 2022d). No que respeita à humanização do serviço e dos cuidados, em 2004, criaram três quartos, para que os pais pudessem permanecer durante a noite no hospital,

em instalações anexas à Unidade de Neonatologia, e acompanhar mais de perto o internamento do seu(s) filho(s).

A Unidade de Neonatologia está situada no 3.º piso, juntamente à Sala de Partos. Tem uma lotação de total de doze camas, com possibilidade da colocação de mais três berços, na sala de Cuidados Especiais, destinados ao período de transição dos RN para a sala de cuidados mínimos, (três incubadoras de Cuidados Intensivos, seis incubadoras de Cuidados Especiais e três berços de Cuidados Mínimos). Dispondo de três salas de internamento:

- Sala A – Cuidados Intensivos;
- Sala B – Cuidados Especiais;
- Sala C – Cuidados Mínimos.

Conta ainda com gabinete médico, gabinete de Enfermagem, sala de arrumos, sala de preparação de medicação, sala de preparação de leites, zona de sujos e duas casas de banho (uma destinada aos profissionais do serviço e outra destinada aos acompanhantes);

Relativamente aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é composta por 21 enfermeiros, sendo um Enfermeiro Gestor, um Enfermeiro generalista e 19 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Sendo que por turno estão alocados três enfermeiros, sendo o rácio preconizado de 1:2 em Cuidados Intensivos e de 1:4 em Cuidados Intermédios (OE, 2019d), cumpre assim o pressuposto pela Ordem dos Enfermeiros.

2.2. METODOLOGIA

Metodologia é o estudo dos métodos, é o estudo dos caminhos para se chegar a um fim, para se chegar ao conhecimento (Estrela, 2018). Aqui irão ser abordados os objetivos do ENP, descrevendo a população alvo e o método de aprendizagem.

Cada um dos objetivos foram definidos tendo em conta os contextos clínicos e deste modo o alcance das competências comuns dos enfermeiros especialistas e específicas dos EEESMO, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Deste modo, os objetivos específicos apontados são:

- Planear e adequar a prestação de cuidados diferenciados promovendo a saúde da mulher no período pré-natal;

- Realizar procedimentos de diagnóstico, minimizando complicações no período pré-natal, onde se verifique desvio do padrão normal de saúde da mulher;
- Transmitir conhecimento à mulher grávida melhorando a sua capacidade de resposta em relação às necessidades de adaptação do RN;
- Prestar cuidados diferenciados à mulher no período do climatério, ou com patologia génito-urinária e da mama, promovendo a saúde, e deste modo prevenir possíveis complicações;
- Informar e orientar a mulher com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama e facilitar a sua adaptação à nova situação;
- Promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;
- Identificar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido durante o trabalho de parto;
- Promover a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal;
- Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do RN no período pós-natal, direcionando-os quando necessário à equipa multidisciplinar e promover o devido acompanhamento;
- Desenvolver e implementar o ensino diferenciado, baseado na evidência científica, durante o período de adaptação da mulher e do RN.

A aquisição e desenvolvimento das competências comuns dos enfermeiros especialistas e das competências específicas dos EEESMO, foi possível devido à passagem pelos diferentes contextos clínicos, conseguindo assim responder à diretiva europeia transposta para a Lei Portuguesa através da Lei n.º 9/2009 de 4 de março, com as suas várias atualizações. Durante o ENP prevê-se que sejam atingidas competências na área da Saúde Materna e Obstétrica e de pesquisa científica, para desta forma responder à área temática apresentada, e assim contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados em Saúde Materna e Obstétrica.

O ENP foi cumprido sob supervisão clínica, tendo a oportunidade de aquisição de conhecimentos a partir do acompanhamento por profissionais de saúde ESMO e, a nível pedagógico, pela docente responsável. O debate, a partilha, a pesquisa, a participação, a capacidade crítica e a procura constante do saber são a base de uma atuação racional e equitativa, alargando e reforçando a aprendizagem e os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o estágio.

Relativamente à população alvo, foi composta pelas mulheres que recorreram aos serviços de saúde onde se realizou o ENP, com idades compreendidas entre os 14 e os 65 anos de idade, onde foram prestados cuidados de saúde especializados, às mesmas, desde as consultas pré-natal, BP, Puerpério e Ginecologia. Tendo em conta que o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da ULSA abrange diversas áreas, como Consultas Externas, Ginecologia, Serviço de Urgência, Bloco de Partos e Puerpério, houve a possibilidade de prestar cuidados diferenciados em todas as valências, em todos os estádios do estágio.

Abaixo, na Figura 3, serão apresentadas as experiências práticas realizadas ao longo do ENP, dando assim resposta à Lei n.º 9/2009 de 4 de março.

Figura 3. Experiências Práticas



Fonte: Própria

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

3.1. CONCETUALIZAÇÃO

O AM trata-se de um processo natural de vínculo mãe-filho e o leite materno (LM) é considerado a principal fonte de alimentação dos RN e lactentes, pois este contém nutrientes indispensáveis à proteção contra infecções, diarreias, alergias, doenças respiratórias, entre outros agravos. Além disso, o crescimento e o desenvolvimento das crianças dependem de forma significativa das propriedades nutricionais e imunológicas que só o LM oferece (Lima, Nascimento, & Martins, 2018). A decisão de não amamentar tem efeitos prejudiciais a longo prazo na saúde, nutrição e desenvolvimento da criança, assim como impactos na saúde materna (Terra, et al., 2020).

A OMS e a UNICEF (2018), recomendam que os RN realizem contato pele a pele (CPP) com a mãe imediatamente após o parto, durante uma hora, no mínimo, encorajando-a a reconhecer quando o RN está apto para mamar, oferecendo ajuda, se necessária. Por outro lado, a separação da mãe e do bebê pode levar a efeitos fisiológicos indesejáveis no RN, como aumento dos níveis de stresse, choro e redução da eficácia e duração da amamentação (Karimi, Miri, Khadivzadeh, & Saghooni, 2019).

O CPP precoce e o AM na primeira hora de vida do RN, aumentam a prevalência e a duração do AM exclusivo e reduzem a mortalidade infantil (Terra, et al., 2020). Apesar de análises globais mostrarem que, em quase todos os países, mais de 80% dos RN iniciam AM, apenas cerca de metade inicia a amamentação dentro da primeira hora de vida. Nos países mais pobres, a iniciação tardia e as baixas taxas de amamentação exclusiva são os principais desafios a serem superados. Contudo, atualmente, 60% das crianças do mundo nascem em partos assistidos por profissional qualificado, o que em tese facilita a promoção do início precoce da amamentação (Victora, et al., 2016).

Pela importância do aleitamento materno exclusivo (AME) na primeira hora de vida do RN e a sua manutenção até os seis meses de vida e, tendo em conta as baixas taxas de início e manutenção dessa prática no mundo, pretende-se analisar as evidências científicas nesta área, acerca dos fatores que intervêm no AM durante a primeira hora de vida do RN, em ambiente hospitalar, e assim contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo em conta esta temática.

As condições de nascimento da criança, assim como o tipo de parto, são os principais fatores de proteção para a realização do CPP e AM na primeira hora de vida. A prática da amamentação parece ter uma relação “dose-dependente” com o CPP, uma vez que durante este o RN é capaz de demonstrar os seus próprios comportamentos intuitivos, movendo-se em direção ao mamilo da mãe e iniciando a sucção (Araújo, et al., 2021).

A interrupção do AME acontece devido a diversos fatores que impossibilitam essa prática. Sendo eles, a influência cultural e negativa da família, quando afirmam que o LM não é suficiente, e a falta de conhecimento e apoio dos profissionais de saúde no pré-natal, parto e puerpério, que acabam por se repercutir num desmame precoce (Lima, Nascimento, & Martins, 2018) . Por isso, o profissional de saúde tem a competência de promover, incentivar e apoiar a prática do AM, para que não aconteça o desmame precoce. Nesta perspectiva, a OMS e a UNICEF (2018) desenvolveram os “Dez passos para o sucesso do AM”, passos esses que devem ser seguidos por todos os profissionais de saúde (Anexo I).

Nesse sentido e diante de todos os benefícios do AM e da proteção comprovada contra diversas doenças e promoção nutricional, justifica-se uma revisão da literatura de forma a se reconhecerem os principais benefícios do AM na primeira hora de vida do RN e, conseqüentemente, promover a melhoria dos cuidados de saúde prestados pelos EEESMO.

3.2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que, segundo o Grupo Anima Educação (2014), tem como objetivo conhecer as principais contribuições teóricas a respeito de um determinado assunto, respeitando um limite temporal. Para assim se selecionarem os artigos que melhor respondem à questão de investigação, tendo em conta a data de publicação pré-estabelecida.

Tabela 2. Método PICOD

| ACRÓNIMO | DESCRIÇÃO | COMPONENTE DA QUESTÃO |
|----------|--|--|
| P | População (Participantes/ Estruturas) | Todas as mulheres a quem foram prestados cuidados |
| I | Intervenção (Relação de cuidado / Processo) | Promoção de aleitamento materno exclusivo durante a primeira hora de vida do recém-nascido |
| C | Contexto | Primeira hora após o parto |
| O | Outcomes (resultados intermédios e finais) | O aleitamento materno beneficia a médio/longo prazo a saúde da criança |
| D | Desenho dos Estudos | Quantitativos, qualitativos e mistos |

Fonte: baseado em Ramalho (2005), citado por Pinhão (2012)

Com isto, formulou-se a pergunta de investigação tendo em conta o método PICOD (Ramalho, 2005), resultando a questão de investigação: *“Quais os principais fatores que promovem o AM na primeira hora de vida do RN e os seus benefícios?”*.

A Revisão Narrativa da Literatura foi realizada recorrendo à Biblioteca Geral da Universidade de Évora, através do catálogo online de pesquisa, que engloba vários motores de busca como, Google académico, Pesquisa académica da Microsoft, Pesquisa científica, *Teseu*, *Ciência mundial* e *Scielo*. As Palavras Chaves e os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) utilizados e relevantes à pesquisa foram, *“Breastfeeding”*; *“Golden Hour”*; *“Benefits”* e *“Nursing”*. O operador booleano utilizado nas pesquisas realizadas nas bases de dados referidas anteriormente foi *“AND”*.

O processo de seleção dos artigos foi realizado do seguinte modo: começou por se introduzir a operação booleana *“breastfeeding AND golden hour AND benefits AND nursing”* no motor de busca, tendo-se a totalidade de 486 artigos. Posteriormente procedeu-se à seleção dos critérios de inclusão e de exclusão, sendo critérios de inclusão: artigos publicados entre os anos de 2017 e 2022; texto completo; revisão por pares; e critérios de exclusão: revisão da literatura. Estes critérios encontram-se representados na Tabela 3.

Tabela 3. Critérios de seleção dos artigos

| Critérios de Inclusão | Critérios de Exclusão |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Entre 2017 e 2022 2. Texto completo 3. Revisto por pares 4. Aleitamento materno exclusivo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisão da Literatura |

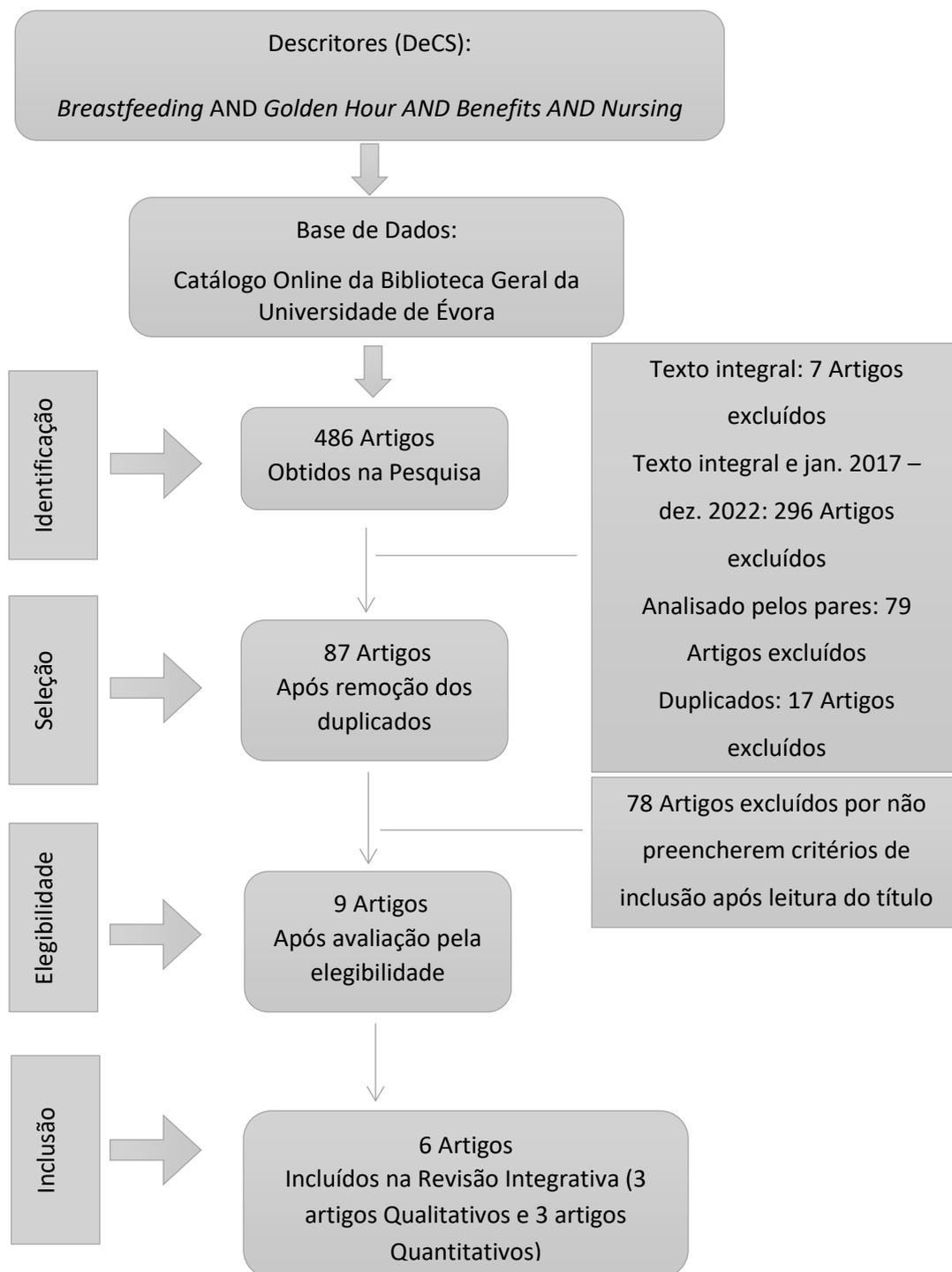
Fonte: Própria

Primeiramente, foram excluídos artigos através do critério de inclusão, texto completo, obtendo-se 479 artigos. Posteriormente, foi selecionado o período temporal, correspondente aos últimos 5 anos, obtendo-se 183 artigos. Após seleção do último critério de inclusão, artigos analisados por pares, obteve-se a totalidade de 104 artigos. Após este total, foram excluídos artigos duplicados, obtendo-se 87 artigos. Perante este resultado, analisaram-se os títulos e os resumos, através de critérios de elegibilidade, selecionando-se 6 artigos para análise pormenorizada.

Por fim, realizou-se comparação do referencial teórico com as evidências e informações dos estudos de cada artigo, tendo em conta a interpretação e síntese dos resultados conforme os temas encontrados, discussão dos resultados e considerações finais, referentes ao que foi concluído com base na análise dos artigos e na revisão da literatura; e finalização formatada do estudo.

A revisão da literatura realizou-se entre julho e setembro de 2022. A síntese dos artigos está apresentada na Tabela 4.

Figura 4. Diagrama PRISMA



Fonte: adaptado de Page, et al., (2021)

Em cima, na Figura 4, está apresentado o fluxograma que representa todo o processo de seleção realizado e os critérios aplicados até se obterem os seis artigos analisados, segundo o diagrama “*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta- Analyses (PRISMA)*” (Page, et al., 2021).

3.3. RESULTADOS

Posteriormente a todo o processo de seleção dos artigos, e considerando os objetivos da revisão e a questão de investigação, incluíram-se para análise seis artigos, esquematizados na Tabela 4, facilitando a sua interpretação.

Tabela 4. Características dos artigos incluídos no estudo

| Identificação do Estudo/ Autores/Ano | Objetivo | Metodologia | Resultados | Conclusões |
|---|--|--|--|--|
| ARTIGO 1: <i>“Factors associated with breastfeeding in the first hour of life in a Baby Friendly Hospital”</i> (Silva, et al., 2018) | Avaliação dos fatores associados à prática do aleitamento materno (AM) durante a primeira hora após o parto. | Estudo quantitativo transversal, realizado em puérperas, com idades compreendidas entre 11 e >39 anos, tendo 54,1% das mesmas, entre 20 e 29 anos, internadas no Centro Obstétrico e em alojamento conjunto, do Hospital das Clínicas, Recife, Brasil. | Numa amostra de 244 puérperas, a taxa de AM na primeira hora de vida foi de 28,7%. As variáveis que se demonstraram significativas para a amamentação na primeira hora de vida do RN foram, presença do enfermeiro na sala de parto (P-valor<0,001), peso do RN \geq 3000 gramas (p0,05) e CPP (p0,003). Perante as variáveis sociodemográficas, nenhuma delas se apresenta como fator de proteção do AM (p-valor>0,05). | Os fatores que conferem proteção à prática do AM na primeira hora de vida do RN são evidentes. No entanto, pode-se concluir que o AM na primeira hora após o parto ficou aquém do preconizado pela OMS, mesmo esta sendo uma instituição certificada como HAC. |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p>ARTIGO 2:</p> <p><i>“Importance of colostrum for newborn health: Perception of puerperal Women”</i></p> <p>(Santos, et al., 2017)</p> | <p>Compreensão da percepção das puérperas relativamente à importância do Colostro na saúde do RN.</p> | <p>Estudo qualitativo descritivo, realizado em puérperas internadas, em alojamento conjunto, através de entrevistas semiestruturadas e técnica projetiva.</p> | <p>Numa amostra de 12 puérperas, as representações sociais sobre o colostro são um fator de proteção importante na saúde dos RN, assim como o CPP e o vínculo mãe-filho, no entanto, as puérperas têm um conhecimento superficial em relação aos componentes do mesmo.</p> | <p>É necessário e imprescindível a realização de educação para a saúde, no que respeita à importância do colostro, às puérperas e familiares. Devendo esclarecer-se de que este é fundamental no crescimento e no desenvolvimento do RN.</p> |
| <p>ARTIGO 3:</p> <p><i>“Skin-to-skin contact between mother and newborn and breastfeeding in the first hour of life”</i></p> <p>(Abdala & Cunha, 2018)</p> | <p>Análise da prevalência de CPP entre a mãe-filho e início precoce do AM na primeira hora de vida do RN.</p> | <p>Estudo transversal descritivo, conduzido no serviço de Obstetrícia de um hospital Universitário, no sul do Brasil, onde foi observada a interação entre a mãe-filho, em RN a termo e com peso ≥ 2500 gramas, durante a primeira hora de vida (n=111).</p> | <p>Nesse período, a prevalência de CPP foi de 81%, enquanto apenas 52% dos RN foram Amamentados. Em média, o período de tempo para início da amamentação foi de 29±11 minutos de vida, sendo que 47% RN mamaram durante 15 minutos, 41% durante 15-30 minutos e apenas 12% durante mais de 30 minutos.</p> | <p>O CPP favorece o início precoce do AM durante a primeira hora de vida do RN, sendo recomendado como um indicador assistencial. Durante a primeira hora após o parto deve ser favorecida a interação da díade, proporcionando um ambiente o mais adequado possível.</p> |
| <p>ARTIGO 4:</p> <p><i>“Skin-to-skin contact and breastfeeding in the</i></p> | <p>Determinação da prevalência e análise dos fatores associados ao CPP precoce e ao AM durante primeira</p> | <p>Estudo quantitativo transversal, realizado num hospital municipal na baixada litorânea do Rio</p> | <p>Em 187 prontuários, a prevalência do CPP e do AM na primeira hora foram, respetivamente,</p> | <p>Todos os RN com boa vitalidade devem realizar, de imediato, CPP com a mãe, facilitando o início</p> |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <p><i>first hour of life during COVID-19</i></p> <p>(Lucchese, et al., 2021)</p> | <p>hora de vida do RN, em tempos de COVID-19.</p> | <p>de Janeiro, através de dados de prontuários de puérperas internadas. Adotaram-se teste de Qui-Quadrado e Regressão Logística.</p> | <p>36,7% e 63,2%. Puérperas com 1 ou 2 filhos e RN do sexo feminino apresentaram mais hipóteses de colocar o bebê à mama. O AM na primeira hora foi 4,5 vezes maior nos RN que realizaram CPP.</p> | <p>precoce do AM na primeira hora de vida, levando a que haja um consequente aumento nas taxas de adesão e manutenção do mesmo, durante e após a pandemia.</p> |
| <p><u>ARTIGO 5:</u></p> <p><i>“The importance of skin-to-skin contact for early initiation of breastfeeding in Nigeria and Bangladesh”</i></p> <p>(Singh, et al., 2017)</p> | <p>Determinação de quais os RN no Bangladesh e na Nigéria que fazem CPP com a mãe e se esse fator está associado ao início precoce do AM.</p> | <p>Estudo quantitativo transversal, os dados do Inquérito Demográfico e de Saúde foram usados para estudar as características dos RN que fizeram CPP em partos não hospitalares na Nigéria e partos hospitalares e não hospitalares no Bangladesh.</p> | <p>Numa amostra constituída por mulheres dos 15 aos 49 anos, apenas 10% dos RN na Nigéria e 26% dos RN no Bangladesh fizeram CPP. No entanto, o CPP está significativamente associado ao início precoce da amamentação. O início precoce do AM foi significativamente associado à paridade, residência urbana e riqueza na Nigéria.</p> | <p>A realização de CPP é muito baixa nos dois países, apesar dos seus benefícios. A associação do CPP e início precoce do AM têm inúmeros benefícios, incluindo a redução da mortalidade infantil, pois o CPP é o 4.º dos 10 Passos para o sucesso do AM, promovido pela iniciativa HAC.</p> |
| <p><u>ARTIGO 6:</u></p> <p><i>“Mapping, Measuring, and Analyzing the Process of Skin-to-Skin Contact and Early Breastfeeding</i></p> | <p>Melhoria da consistência da prática de contacto pele a pele (CPP).</p> | <p>Estudo transversal descritivo, realizado através de revisão interativa e análise de vídeo etnografia, bem como dados extraídos de prontuários. Foram</p> | <p>Numa amostra de 84 puérperas e respetivos RN, nos TP induzidos, apenas 31,3% dos RN realizaram CPP e iniciaram AM precoce na primeira hora após</p> | <p>Demonstrou-se que o CPP imediato, contínuo e ininterrupto ajuda os RN a iniciarem o reflexo de sucção na primeira hora após o parto, enquanto a</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <p><i>in the First Hour After Birth</i></p> <p>(Cadwell, Brimdyr, & Phillips, 2018)</p> | | <p>observadas as puérperas e respectivos RN a termo durante a primeira hora após o nascimento.</p> | <p>o parto, enquanto 68,8% dos RN não o realizaram. Nos TP espontâneos, 56,6% dos RN realizaram CPP e AM precoce e 43,8% não o realizaram na primeira hora após o parto.</p> | <p>indução do TP reduz as taxas de sucção na primeira hora. O CPP imediatamente após o nascimento e o AM precoce, segundo a evidência científica, indicam que há melhoria dos resultados do parto, bem como diminuição da morbidade e mortalidade neonatal.</p> |
|---|--|--|--|---|

Fonte: Própria

3.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amamentação constitui todo um processo de interação profunda entre a mãe e o bebê, com repercussões a nível nutricional, imunitário, fisiológico e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, podendo ter consequências na saúde física e psíquica da mãe. O LM é o alimento essencial para os RN, pois possui componentes imunológicos que previnem infeções e diminui a mortalidade infantil, ou seja, compõe o melhor alimento para a criança nos primeiros meses de vida, tanto no aspeto nutricional, imunológico, como no psicológico (França, et al., 2007). Ao considerar tais benefícios, preconiza-se que a separação da mãe e do RN nas primeiras horas de vida seja evitada, favorecendo o CPP, pois tal prática auxilia em vários mecanismos de autorregulação do RN, dentre eles a manutenção da temperatura corporal, ajuda na dequitação e incentiva o vínculo entre mãe e filho (Sena, et al., 2020). O ato de amamentar deve ser orientado e incentivado pelos profissionais de saúde e familiares próximos, conferindo privilégios para a mãe e RN.

Os resultados obtidos dos seis artigos analisados, foram divididos em três temáticas: contributo do CPP para o início precoce do AM (1); fatores promotores do AM na primeira hora de vida do RN (2); benefícios do AM a médio/longo prazo para a criança e para a mãe (3).

Dada a importância do AME até aos 6 meses de vida do bebê, este está recomendado pela OMS e UNICEF, que se apoiam nos benefícios que o LM traz à saúde da criança, da mulher, da família e ao meio ambiente. O LM atua como fator de imunidade para a criança, contém a

Imunoglobulina A, que confere proteção contra infecções intestinais, alergias e outras afeções (Silva, et al., 2018).

Através dos estudos apresentados na Tabela 4, pode-se concluir que são muitas as estratégias que vão sendo implementadas por entidades internacionais com vista à promoção, incentivo e apoio ao AM.

Temática 1: Contributo do CPP para o início precoce do AM

O início da amamentação, ainda na sala de parto, facilita a adaptação do RN à vida extrauterina, a regulação glicémica, cardiorrespiratória e térmica. O reflexo de sucção precoce do RN, estimula a hipófise a produzir ocitocina e prolactina, na mãe, levando ao aumento da produção e ejeção de LM pelo organismo (Silva, et al., 2018).

Os RN regulam a temperatura de forma menos eficaz e perdem calor mais facilmente em comparação com os adultos (Singh, et al., 2017). Segundo Abdala e Cunha (2018), RN saudáveis de termo, assim que são colocados sobre o peito materno assim que nascem, são capazes de localizar o mamilo através do olfato. Os estímulos sensoriais, como o toque, o calor e o odor, promovem a libertação de ocitocina na mãe. Pois, sendo esta uma hormona que auxilia na involução uterina, diminui o risco de hemorragia e, conseqüentemente, aumenta o calor na região do tórax materno, promovendo o aquecimento do RN em CPP. Para além disso, estimula o instinto de proteção materno, contribuindo para a manutenção do AM.

Relativamente à execução do 4.º passo, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que fomenta o sucesso do AM, este ainda encontra alguns entraves à sua implementação nas instituições de saúde. Segundo Lucchese, et al., (2021) e seguindo as recomendações da OMS e da UNICEF, está preconizado que os RN realizem CPP com a mãe, imediatamente após o nascimento, durante, no mínimo, uma hora, desta forma a encorajá-las a perceber de forma autónoma quando o bebé está preparado para mamar, prestando auxílio, caso este necessite. Estas práticas associadas (CPP e AM na primeira hora de vida) colaboram para a prevalência e duração do AM, para além de diminuírem a morbimortalidade neonatal e infantil.

Segundo Ekubay (2018), alguns estudos revelaram que crenças culturais e práticas tradicionais acerca da alimentação podem impedir as mães de iniciar a amamentação imediatamente após o parto, em ambientes em desenvolvimento. Por exemplo, numa revisão sistemática que envolveu 25 estudos observacionais, descobriu-se que as mulheres iniciavam a amamentação à noite depois de ver estrelas se a criança nascesse de manhã, devido a crenças culturais, onde descartavam o colostro por causa da percepção negativa de que pode prejudicar o RN.

No início de 2020, com a pandemia COVID-19, surgiram algumas dúvidas e, consequentes, dificuldades em relação aos cuidados ao RN na sala de parto, incluindo a prática do AM. No entanto, segundo a OMS (2020), as orientações acerca da desta temática foram que deve ser mantida.

No estudo de Lucchese, et al., (2021), o início precoce do AM foi superior entre os RN submetidos a CPP na sala de parto, comparando-os com os que não realizaram esta prática. Dados esses que corroboram com estudos internacionais e nacionais, onde se detetou que o CPP e o início do AM durante a primeira hora de vida do RN, estiveram diretamente associados ao sucesso da primeira mamada.

O CPP é aconselhado a nível mundial, sendo considerado um fator preponderante para o AM durante a primeira hora de vida, visto que neste período o RN se encontra num maior estado de alerta e desta forma consegue sugar mais eficazmente. Sendo assim, esta prática é considerada o fio condutor para a eficácia do AM durante a primeira hora de vida do RN, como foi evidenciado no estudo de Lucchese, et al., (2021).

O início precoce da amamentação é um resultado importante a ser estudado por várias razões. O primeiro leite ou colostro é rico em fatores protetores, incluindo anticorpos e vitamina A, e a amamentação precoce é um passo fundamental para a amamentação exclusiva e a longo prazo (Singh, et al., 2017).

Abdala e Cunha (2018), são autores que acreditam ser fundamental o alojamento conjunto do RN com a mãe, não os separando após o nascimento, exceto em situações clínicas significativas, devendo o CPP ser retomado ou iniciado o mais precocemente possível, com vista a promoção de uma fácil adaptação ao meio extrauterino do RN e autorregulação dos seus sinais vitais (SV). Luong, et al., (2016), realizou um estudo randomizado controlado, onde incluiu RN de baixo peso, submetendo 50 RN aos cuidados de rotina e 50 RN a CPP, revelando que os submetidos a CPP apresentaram melhor capacidade de adaptação à vida extrauterina.

Temática 2: Fatores promotores do AM na primeira hora de vida do RN

Embora os benefícios da amamentação imediata, contínua, ininterrupta e precoce tenham sido amplamente pesquisados e confirmados, menos de metade dos RN em todo o mundo são amamentados na primeira hora (Abdala & Cunha, 2018). Durante a assistência ao RN, acontecem práticas que dificultam o CPP do binómio, e, consequentemente, o AM. Sendo que, também tem influência nesta prática, o tipo de parto, uma vez que partos distócicos por cesariana são considerados um fator de risco para a mulher, pois esta é submetida a anestesia,

fator esse que impede uma movimentação adequada, limitando o contato entre a díade (Silva, et al., 2018).

Segundo Silva, et al., (2018), os profissionais de saúde que prestam cuidados na sala de parto são agentes preponderantes no início precoce do AM, entre eles, o enfermeiro. Cabe a este o papel de agente facilitador e promotor, no que respeita ao AM precoce, especialmente, no fornecimento de informações e auxílio no AM, ainda na sala de parto. Os referidos autores, realizaram um estudo, onde os fatores promotores para o início precoce do AM foram o tipo de parto (eutócico), presença do enfermeiro na sala de parto, sendo um agente que presta assistência no parto, CPP entre mãe e filho, laqueação tardia do cordão umbilical e quando o peso do RN é igual ou superior a 3000 gramas. Tendo em conta estas evidências, Silva, et al. (2018), assumem que o tipo de parto apresenta associação significativa com o desfecho, concluindo-se que o parto eutócico (PE) é considerado um fator de proteção ao AM, confirmando outros estudos, onde há concordância de que no PE, a mulher participa de forma ativa, tendo uma maior probabilidade de colocar o RN em contato direto consigo, facilitando que esta reconheça no RN sinais de este estar pronto para iniciar a amamentação.

Já no estudo de Ekubay, Berhe e Yisma (2018), concluíram que as mães que iniciaram as consultas de vigilância da gravidez após o 1.º trimestre, tiveram 49% mais probabilidade de dar início à amamentação na primeira hora após o parto quando comparadas com as mães que iniciaram a vigilância da gravidez ainda no início do 1.º trimestre. Assumindo-se assim que a educação para a saúde fornecida nas consultas de vigilância da gravidez nos 2.º e 3.º trimestres de gravidez, pareça ser importante.

Segundo Lucchese, et al., (2021), resultados de estudos atuais alertam para a importância de se reforçarem as orientações sobre a prática desnecessária de certas intervenções no nascimento, com benefícios cientificamente comprovados, durante a assistência pré-natal, contribuindo assim para a melhoria das expectativas e tomada de decisão consciente, por parte das mulheres e familiares, garantindo a melhoria da assistência durante o parto.

O EEESMO tem um papel preponderante na assistência prestada, durante o primeiro contato, em relação ao AM, sendo este considerado um fator de extrema importância, pois o enfermeiro atua desmistificando crenças, mitos e tabus inerentes à amamentação. O EEESMO é o profissional de saúde que mais se aproxima da mulher, com a qual estabelece, desde o início do contacto, uma relação de confiança e de empatia, tendo um papel muito importante na

educação para a saúde, através do incentivo e apoio ao AM, que são transmitidos durante a sua prática, conferindo autoconfiança às mães na sua capacidade de amamentar (Silva, et al., 2018).

Uma pesquisa realizada por Pereira, et al., (2013), no Rio de Janeiro, concorda que RN com peso inferior a 3000 gramas, apresentam menor probabilidade de iniciar o precocemente o AM em comparação com RN de peso adequado. Justificam-se esses resultados devido à necessidade de cuidados especiais, sendo importante de ressaltar que ainda são realizadas muitas práticas desnecessárias em ambiente hospitalar, dificultando a implementação do 4.º passo da IHAC.

Os estudos, representados na Tabela 4, demonstram uma associação positiva entre o alojamento conjunto e o início precoce do AM, devido à realização do CPP se tornar mais fácil.

Temática 3: Benefícios do AM a médio/longo prazo para a criança e para a mãe

Durante a primeira hora de após o parto, o AM constitui a primeira prática de alimentação do ser humano, sendo considerada um dos fatores que irá garantir a saúde, o crescimento e o desenvolvimento adequados, durante todas as fases do ciclo de vida do ser humano (Ramiro, et al., 2021). Acredita-se que o AM proporciona benefícios a nível psicológico para a díade, através do contacto de forma contínua entre eles, há fortalecimento a nível afetivo, levando à otimização da intimidade e à promoção a troca de afetos e sentimentos, assim como da autoconfiança e realização pessoal da mulher (Castro, Correia, & Salgueiro, 2021).

Segundo Nascimento, et al. (2021), apesar dos mecanismos da associação entre o AM e o desenvolvimento cognitivo das crianças não estarem totalmente conhecidos, sabe-se que no LM estão presentes substâncias que otimizam o desenvolvimento cerebral. O LM promove uma nutrição de qualidade elevada, disponibilizando todos os nutrientes necessários para RN, tendo em conta as suas propriedades nutricionais.

Segundo Santos, et al. (2017), o colostro constitui o primeiro leite com o qual o RN tem contacto, é um líquido amarelado, viscoso, que se encontra nos alvéolos das mamas desde o último trimestre da gestação, até os primeiros dias do pós-parto. É um leite excretado em pequena quantidade, mas suficiente para alimentar e suprir as carências do RN, sendo rico em proteína, sódio, potássio, cloro e vitaminas lipossolúveis como E, A, K, além de ser descrito como uma “vacina natural” rica em anticorpos de transferência vertical. Num estudo de Santos, et al., (2017), as puérperas sabem que através do colostro consegue-se estabelecer o primeiro contacto e, conseqüentemente, o vínculo mãe-filho, para além da transferência de agentes protetores para os bebés. Ficando claro quando estas fizeram uso de palavras como proteção,

contacto, vacina e nutrientes, com o intuito de reforçar a relevância da amamentação durante a primeira hora de vida do RN.

Durante o AM, são transferidas imunoglobulinas (IgA, IgG, IgM, IgD, IgE), através do colostro, ao RN, efetivando a transferência de imunidade passiva da mãe para o bebê, que apresenta um sistema imunitário ainda imaturo, necessitando desta proteção (Palmeira & Sampaio, 2016).

Com a análise dos estudos selecionados, conclui-se que os benefícios do AM na primeira hora de vida do RN são variados e inúmeros, cientificamente comprovados, como a redução da mortalidade neonatal, proteção imunológica, troca de sentimentos entre a mãe e o RN, através do vínculo mãe-filho, promoção da regulação glicêmica e do sistema cardiorrespiratório, facilitando a adaptação do RN à vida extrauterina.

A amamentação traz inúmeros benefícios para o lactente como, proteção da flora intestinal, prevenção de doenças diarreicas, através de vários fatores de imunização oferecidos pelo colostro nos seus primeiros dias de vida, além de evitar a icterícia neonatal, pois através desta prática o recém-nascido elimina rapidamente a bilirrubina através do mecônio, evitando complicações (Antunes, et al., 2017). A forma mais segura, eficaz e completa de alcançar o crescimento e desenvolvimento adequados das crianças, é garantir o início precoce do AM, desde a primeira hora de vida extrauterina e, a sua manutenção a longo prazo.

Segundo Cadwell (2018), estudos realizados que avaliam os primeiros benefícios do CPP e AM precoce, para a mãe, incluem, o encurtamento do 3.º Estádio do TP, juntamente com a contração imediata do útero, separação placentária mais completa e redução das perdas hemáticas. É notório que, aquando da sucção da mama pelo RN, há o estímulo da produção de ocitocina, na mãe, que ajuda na contractilidade uterina, reduzindo o volume de perdas hemáticas maternas no pós-parto e, conseqüentemente, que tenham um risco reduzido hemorragia, anemia e outras complicações (Ramiro, et al., 2021).

Em suma, a mestranda pode afirmar que em ambos os contextos hospitalares onde foi realizado o ENP, o EEESMO atuou de forma à promoção e início precoce do AM na primeira hora de vida do RN, com benefícios não só para o lactente como para a puérpera.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em ESMO foi um dos principais objetivos das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios. O título de enfermeiro especialista, a atribuir pela Ordem dos Enfermeiros, irá reconhecer competência técnica, científica e humana para poder prestar cuidados especializados na área da saúde da mulher. A obtenção destas competências decorreu nos diversos contextos clínicos onde foi realizado o ENP. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006), a prática baseada na evidência científica é um processo que deve ser associado à experiência, aos valores e à preferência do utente, tendo em conta os recursos existentes.

No que respeita às competências comuns do enfermeiro especialista irão ser descritas segundo os objetivos preconizados, tendo por base o regulamento publicado em diário da república, 2.ª serie –Nº 26 – de 6 de fevereiro de 2019. Durante o ENP, as atividades desenvolvidas foram baseadas no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO e no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, salientando os princípios éticos e deontológicos da Enfermagem.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

As competências do enfermeiro especialista nascem através de um aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, há uma especialização e aperfeiçoamento daquilo que eram os seus domínios anteriores. Nas várias especialidades, encontramos domínios comuns, ou seja, existe um conjunto de competências que são comuns a todas as áreas. A atuação do enfermeiro é aplicável nos mais variados ambientes de cuidados, incluindo contextos primários, secundários e terciários (OE, 2019b).

São apenas quatro os domínios das competências comuns, designadamente:

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade;
- Competências do domínio da gestão dos cuidados;
- Competências do domínio da aprendizagem profissional.

Em seguida, apresenta-se uma breve reflexão tendo em conta cada um dos domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas, ao longo do ENP:

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

“Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.”; “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (OE, 2019b: 4746)

Para se conseguir atingir da melhor forma cada uma das competências preconizadas, foi necessário pôr em prática e mobilizar conhecimentos que foram transmitidos anteriormente, através da componente teórica. Sem as bases que nos foram transmitidas e lembradas, só a prática de situações anteriores não seria provavelmente a melhor forma de se conseguir atingir as competências necessárias. Na abordagem às utentes e famílias, foram sempre tidos em conta os aspetos ético-legais, normas e valores, protegendo quaisquer intromissões nas vidas pessoais e familiares, detetando e prevenindo eventuais situações de risco para a segurança e dignidade dos mesmos. A tomada de decisão foi sempre em conjunto com a mulher, respeitando sempre os seus valores, crenças, costumes e tradições de cada uma. Para isso, foi necessário consultar o Código Deontológico Profissional, o Regulamento dos Padrões de Qualidade e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

No que diz respeito ao sigilo profissional, foi um dos focos principais na prática diária, pois é um tema muito sensível devido à proteção de dados. Assim, os cuidados prestados tiveram sempre por base o sigilo profissional e a confidencialidade que a profissão assim o exige.

Em modo reflexivo acerca deste domínio, permite-nos uma maior consciencialização acerca dos deveres e dos princípios pelos se pretende reger como profissional de saúde. Por isto, e tendo em conta a responsabilidade pessoal e profissional podemos afirmar que as competências acima descritas foram atingidas em plenitude.

- Domínio da melhoria contínua da qualidade

“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.”; “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.”; “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2019b: 4747).

No decorrer dos vários contextos, houve o interesse de perceber junto da equipa multidisciplinar, quais os projetos que estariam a decorrer, no que diz respeito à qualidade dos cuidados, a nível institucional e do serviço, de forma a clarificar as intervenções a efetuar.

De forma a ir ao encontro desta linha de pensamentos, durante o estágio num dos serviços, em colaboração com o enfermeiro(a) orientador(a), procedeu-se à realização de uma

apresentação em serviço com a temática “Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”, aprovado na 2.ª Assembleia Ordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 28 de maio de 2021, (Apêndice B), de forma a promover a reflexão crítica sobre o exercício profissional dos enfermeiros e contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, pois os Padrões de Qualidade são uma estratégia relevante para enquadrar a missão e o sentido dos cuidados especializados. Desta forma, e em conjunto com o enfermeiro orientador, procedeu-se à elaboração de uma folha de registo de dados do TP e satisfação da parturiente durante o mesmo (Apêndice C), a ser implementado no serviço, no qual se pretende registar todo o decorrer do TP e consequente satisfação da mulher em relação ao mesmo, a qual ainda aguarda validação por parte da direção do serviço e dos órgãos de administração do hospital.

De forma a se atingir esta competência na sua plenitude, no que respeita à melhoria da qualidade dos cuidados, foram consultadas normas, protocolos, instruções de trabalho existentes nos serviços, pois uma prática baseada na segurança permite criar um ambiente isento de erros e propício ao bem-estar da utente.

Tendo em conta o que foi acima descrito, considera-se atingidas as competências referidas neste ponto.

- Domínio da gestão dos cuidados

“Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.”; “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019b: 4748)

De forma a atingir estas competências, houve a procura de fatores-chave necessários a uma liderança assertiva, promovendo-se um ambiente de união dentro da equipa multidisciplinar, de modo a otimizar a prestação dos cuidados, tendo sempre por base uma boa gestão dos recursos humanos, materiais e espaços físicos, tendo em conta as limitações dos serviços e a capacidade dos mesmos. Procurou-se fazer uma reflexão acerca do que é o clima organizacional e qual o impacto da liderança na dinâmica e motivação dos profissionais e, por fim, todos os momentos de aprendizagem foram aproveitados para desenvolver a comunicação, adequando-a a cada ocasião, promovendo a recolha de informação pertinente.

No decorrer do TP da parturiente, o EEESMO com a sua capacidade de liderança, tem o objetivo de promover um TP com qualidade, de forma a assegurar sempre o bem-estar materno-fetal. Assumindo-se como um líder (Brandão, et al., 2020), este é o fio condutor de todo o

processo, que sabe identificar a necessidade de recorrer à equipa multidisciplinar aquando da ocorrência de qualquer intercorrência, contactando o médico obstetra, ou pedir a colaboração do médico anestesiológista para administração de analgesia, realizando deste modo uma gestão dos recursos humanos.

Através do desempenho desta competência, no papel de aluna, considera-se ter atingido a mesma, pois quando era necessário assumir a liderança, foi adotada uma postura com base na harmonia, equilíbrio e disponibilidade, de forma a se manter um ambiente favorável e tranquilo.

- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”; “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (OE, 2019b: 4749)

Durante o estágio, todas as atividades desenvolvidas basearam-se na identificação e reflexão das dificuldades sentidas, onde houve o planeamento de estratégias de superação das mesmas, junto dos orientadores.

A realização de pesquisa bibliográfica, baseada na mais recente evidência científica, e de uma revisão integrativa da literatura com base num tema de interesse, resultou na obtenção de conhecimento acerca do método de pesquisa em bases de dados científicos, procurando e optando pela informação mais adequada.

A relação empática e a assertividade na prestação de cuidados e na relação com o outro beneficiaram todas as experiências ao longo do estágio. Havendo sempre a preocupação de gerir sentimentos e emoções, reconhecendo os limites pessoais e profissionais. Pois, cuidados diferenciados contribuem para o desenvolvimento profissional como futura EEESMO.

Salienta-se a importância da disciplina de Investigação, lecionada ao longo 1.º ano, pois foi crucial para a construção e aplicação de conhecimentos e capacidades em contexto de estágio, tendo por base uma prática baseada em conhecimento científico e atualizado.

Considera-se atingida a competência supracitada, após o descrito anteriormente.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019a: 13560), o regulamento por si elaborado e publicado em Diário da República “íntegra, junto com o perfil das competências comuns, o

conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar”.

No âmbito da especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o foco principal é a Mulher e assenta na premissa “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2019a: 13561).

Neste subcapítulo serão descritas todas as atividades realizadas nos diversos contextos clínicos, em modo reflexivo, de forma a serem atingidas as competências enumeradas no plano de estudos, respondendo ao proposto para a aquisição das competências específicas do EEESMO.

A Mulher define-se no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem especializados, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos, é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se, esta deve ser entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais (OE, 2019a).

O EEESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019a).

Ao longo do contexto clínico das Consultas Externas, onde foi realizado o ENP, foram definidos os objetivos:

- Promover a saúde da mulher no período pré-natal;
- Prestar cuidados pré-natais;
- Promover a saúde e do bem-estar materno-fetal;
- Contribuir para a melhoria do conhecimento da mulher, com a sua adesão ao curso de preparação para o parto e parentalidade (PPP).

Deste modo e para se adquirir cada uma das competências englobadas nos objetivos delineados, houve a oportunidade de participar e orientar algumas aulas de PPP, onde se abordam diversos temas úteis à grávida. Este tipo de aulas permite transmitir informações e aprendizagens tendo por base o conhecimento científico e atualizado, o qual lhes proporciona um maior conforto e bem-estar. E para isso, é necessário que os cuidados pré-natais (CPN) especializados sejam sempre focados nas necessidades da mulher (OMS, 2016).

Os CPN constituem uma oportunidade para comunicar e apoiar as mulheres, as famílias e as comunidades, em fases críticas da sua vida. Sublinha-se a importância de estabelecer uma comunicação efetiva com as mulheres grávidas acerca de questões fisiológicas, biomédicas, comportamentais e socioculturais, e de um apoio respeitoso e efetivo, incluindo aspetos sociais, culturais, emocionais e psicológicos. As experiências positivas das mulheres durante os CPN e o parto podem constituir a base de uma maternidade saudável (OMS, 2016).

No contexto clínico das Consultas Externas, foi possível realizar a consulta de enfermagem à grávida, onde se avaliaram parâmetros como, a tensão arterial, a frequência cardíaca, a altura do fundo uterino (AFU), avaliação dos batimentos cardíacos fetais, realização de teste rápido de urina, interpretação de exames laboratoriais, educação para a saúde e registo dos mesmos no Boletim de Saúde da Grávida (BSG), como forma de rastreio de desvios padrão. Este tipo de consulta é muito importante, sendo que é durante as mesmas que a maioria das grávidas expõem as suas dúvidas, ansiedades e medos, e é aqui que o EEESMO entra e desmistifica e esclarece com o objetivo de empoderar a grávida, e melhorar a sua qualidade de vida ao longo de toda a gestação. Está comprovado que, com a implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências, os CPN podem salvar vidas (OMS, 2016).

Momentos antes do início da consulta pré-natal, as grávidas de termo realizavam cerca de 20-30 minutos de CTG, o que exige a interpretação do traçado cardiotocográfico onde são avaliados parâmetros como a frequência cardíaca fetal e a sua variabilidade e, a dinâmica uterina. Para isso, foram exigidos conhecimentos científicos atualizados de forma a ser feita uma interpretação correta dos fenómenos fisiológicos e fisiopatológicos, e desse modo identificar desvios padrão patológicos, possibilitando a referenciação atempada à equipa multidisciplinar, conforme as indicações do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2009).

As Aulas de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP), foi outra das atividades desenvolvidas, pois é emergente a promoção de uma transição saudável para a parentalidade, empoderando a grávida e, promovendo a sua consciencialização e tomada de decisão consciente e informada, mobilizando sempre, que necessário, recursos pessoais e externos,

levando a que esta seja uma vivência positiva e enriquecedora, não só na gravidez como, também, no parto e, conseqüentemente, na parentalidade (Ferreira, et al., 2021). O processo de tornar-se mãe e pai é muito complexo e implica toda uma mudança no ciclo de vida do seio familiar, podendo este ser afetado por algumas condições como, o significado do acontecimento, as expectativas, o nível de conhecimento, o nível de planejamento, o ambiente e, ainda, o bem-estar físico e emocional de todos os intermediários (SNS, 2022a; Araújo, 2011).

As aulas de PPP têm por base a evidência científica e são compostas por sessões teóricas, onde é realizada uma preparação para a parentalidade e, conseqüente, promoção da adaptação dos futuros pais, ao seu papel parental (Ferreira, et al., 2021). Estas intervenções, não são apenas teóricas, como também práticas, levam à experiência de várias estratégias de relaxamento e respiração; desenvolvimento da consciencialização da postura corporal e mobilidade da bacia; estimulam a percepção sensorial; fomentam estilos de vida saudáveis; instrui acerca dos cuidados ao RN; desmitificam a amamentação; ensinam acerca dos cuidados de higiene e dão a conhecer as leis, direitos e deveres da mulher (SNS, 2022a). Desta forma, é de extrema importância a intervenção do EEESMO durante estas sessões de PPP, pois vão intervir no estilo de vida das grávidas, promovendo a melhoria do estado de saúde geral da mesma (Coutinho, et al., 2021).

Segundo Castro, et al., (2021) é fundamental promover também a prática de exercício físico na gestação, alertando as mulheres acerca dos benefícios da mesma. Este género de orientação deve ser direcionada não apenas a mulheres fisicamente ativas como também àquelas com uma atitude mais sedentária.

Durante as aulas de PPP colocou-se em prática as aprendizagens e os conhecimentos adquiridos na vertente teórica do mestrado, desde os adquiridos na Unidade curricular preparação para o parto e parentalidade, assim como os desconfortos da gravidez, os cuidados ao RN, a nutrição da grávida, bem como a importância do AM, onde houve a oportunidade da realização de uma sessão autonomamente, com a temática Amamentação (Apêndice D).

Ao possuir conhecimento acerca do TP, da dor do TP e de estratégias que facilitem lidar com a mesma, promove-se o empoderamento da grávida/casal, e conseqüentemente, proporciona a vivência positiva do parto (SNS, 2022a).

A mestranda teve, também, a possibilidade de participar nas consultas de vigilância da gravidez, em grávidas de risco, ao longo dos vários trimestres. Foi de extrema importância a participação neste tipo de consultas, pois é imprescindível o fornecimento de informação baseada em conhecimento científico atualizado, de forma a potenciar uma gravidez o mais

saudável possível. Num total, foram abordadas 73 grávidas de alto risco e 37 grávidas de termo. Na assistência pré-natal, o conceito gravidez de risco diz respeito às alterações relacionadas com a mãe e/ou com o feto durante a gravidez e/ou durante o parto (Gomes, et al., 2001).

Sendo que neste serviço de Consultas Externas não está preconizada a consulta de Puerpério, ao longo do estágio nas consultas externas apenas tive contacto com 1 puérpera. No que refere ao foro Ginecológico, foram prestados cuidados a 58 mulheres. Foi uma experiência muito enriquecedora, pois tive a oportunidade de presenciar e prestar apoio a exames ginecológicos como, histeroscopia, conização e colpocitologia.

No contexto clínico de Ginecologia e Grávidas Patológicas, tive a oportunidade de prestar cuidados a grávidas de risco, na maioria dos casos com ameaça de parto pré-termo (PPT), hemorragias no 1.º e 2.º trimestre, abortos retidos, cólicas renais, infeções do trato urinário de repetição, hiperémese gravídica, dor lombar e abdominal, oligoâmnios, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), hipertensão arterial (HTA) crónica e pré-eclâmpsia (PE) e, feto morto (FM).

Todas estas vivências ocorreram em ambiente tranquilo e acolhedor, de modo a prestar um maior conforto à grávida num momento menos bom da sua vida. Tendo em conta o foro emocional, a gravidez torna-se um desafio para a mulher/família e, por isso, é essencial promover a sua saúde mental ao longo da gravidez, principalmente em situações de internamento, que pode ser um fator de risco para o seu bem-estar mental e psíquico (Borsa, Feil, & Paniágua, 2007). Segundo Camacho, et al. (2006), o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar e prevenir dificuldades futuras.

O acolhimento das grávidas no serviço foi feito através de uma avaliação inicial, onde o EEESMO intervém de forma autónoma, aqui recolhe dados como, o contacto de referência, antecedentes pessoais, alergias, medicação habitual, habilitações literárias, nível de dor (segundo escala numérica), índice obstétrico, idade gestacional, grupo de sangue e valores analíticos relevantes. Seguindo-se de uma avaliação física, onde se realiza avaliação dos sinais vitais, AFU, manobras de Leopoldo (avaliação da estática fetal) e, monitorização CTG, com a finalidade avaliar o bem-estar materno-fetal. Todo o atendimento de qualidade pode ser realizado por meio de ações simples, conseguindo assim diminuir a morbimortalidade materna e infantil, por meio de acolhimento, diagnósticos precoces e intervenções adequadas (Batista & Matumoto, 2019).

Devido ao facto de não haver muitas grávidas patológicas internadas no serviço, houve também a oportunidade de prestar cuidados a puérperas e respetivos RN, aplicando o conhecimento e técnicas da prática de enfermagem.

Salienta-se, ainda, que no decorrer deste estágio, a situação mais impactante foi uma grávida com índice obstétrico (IO) 0000 e idade gestacional (IG) 36 semanas, a utente entrou no serviço com diagnóstico de PE e FM, com o inexorável desfecho, a expulsão do produto concecional. Esta foi uma vivência muito forte, pois nada previa tal situação, sendo uma grávida de baixo risco, saudável e onde toda a gravidez tinha decorrido da melhor forma. Aqui presenciou-se e apoiou-se o luto, onde a mulher expõe os seus sentimentos na forma mais pura. O impacto dessa perda pode ser devastador e durar o resto da vida, pois fica um vazio, um estado de desesperança, que pode evoluir para perturbações psicológicas (Paris, Montigny, & Peloso, 2020). O facto de o internamento de grávidas e puérperas ser exatamente no mesmo serviço, a utente estaria exposta ao choro dos RN ali internados, no entanto, houve o cuidado de a colocar o mais distante possível das enfermarias de puerpério, de forma a evitar constrangimentos. É nestas situações que o papel do EESMO é de extrema importância, pois este deve ser capaz de se aperceber e distinguir sentimentos de angústia e depressão que possam colocar em risco a vida da mulher.

No mesmo contexto, de Ginecologia e Grávidas Patológicas, foram prestados cuidados a mulheres em processos de saúde/doença ginecológica e no climatério, nomeadamente, cancro do colo do útero e/ou cancro do ovário, prolapso uterino, metrorragias, miomas uterinos e quistos do ovário, houve diversos casos de indicação clínica para histerectomia e anexotomia. Este tipo de intervenções, são procedimentos cirúrgicos invasivos que deixam a mulher bastante debilitada e fragilizada, não apenas pela recuperação física como também pelas alterações a nível hormonal, levando à necessidade de cuidados direcionados e especializados (Melo, Silva, & Giotto, 2019).

Mais uma vez, torna-se fundamental o papel do EESMO, não só na recuperação física da mulher como no apoio emocional nesta fase da sua vida. É necessário que se realize um acompanhamento diferenciado, reconhecendo as necessidades individuais e culturais, fazendo com que a utente se adapte à sua nova condição de vida (Cabral, 2020). Ao longo deste contexto clínico foram prestados cuidados a 52 mulheres com patologia ginecológica, obstétrica e afeções génito/urinárias.

O estágio de BP foi desenvolvido em três momentos distintos, em dois contextos diferentes, onde as práticas e dinâmicas dos cuidados desenvolvidos em cada um dos hospitais

são um pouco diferentes, sendo que a obtenção da competência de cuidar a mulher inserida na família/comunidade no decorrer do TP e parto, em ambiente seguro e, a adaptação à vida extrauterina do RN, foi conseguida com sucesso.

No momento de admissão da grávida no serviço, foram esclarecidas as rotinas do mesmo e informadas as medidas de conforto, tendo em conta o Projeto Maternidade com Qualidade (OE, 2013), foi assegurada a diminuição do ruído, a privacidade e, disponibilizada informação acerca da possibilidade de ingestão de líquidos claros, de acordo com o protocolo do serviço, e foram ainda colocadas algumas questões, tais como: escolha da pessoa significativa que a iria acompanhar durante o TP e parto; preferências em relação ao ambiente da sala de dilatação, como a luz, a música e a temperatura; medidas de gestão da dor, onde foi realizada uma breve explicação sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas disponíveis; opções sobre o parto, como a existência de um plano de parto, feito e idealizado pela grávida (se existente); preferências acerca do recém-nascido, como a laqueação do cordão umbilical (dando a opção de escolher quem o iria laquear), realização de CPP logo após o nascimento e, pretensões acerca da amamentação. Após isto e como protocolo, era realizado o teste de despiste à COVID-19 à grávida e ao acompanhante, antes do internamento, podendo o acompanhante permanecer até o parto (se resultado dos testes à SARS-CoV-2 negativo, de ambos) e, posteriormente, seria a pessoa significativa autorizada a visitar a puérpera e o RN durante todo o internamento, pois devido à pandemia, as visitas estavam um pouco restritas.

Sabe-se que, estando o acompanhante presente durante o TP e parto o ambiente torna-se mais acolhedor, mais próximo da normalidade e propicia mais segurança à parturiente, a fim de respeitar e promover os direitos das mulheres a uma assistência baseada na evidência científica, e não na conveniência das instituições e dos profissionais (Araújo, 2011; Nogueira, Araújo, & Correia, 2020).

O início do contacto do EEESMO com a parturiente começa na sua admissão, onde se estabelece uma relação de confiança e empatia, minimizando ansiedades e os medos que esta fase, o TP, acarreta. Nesta fase inicial do acolhimento, foram também realizadas anamnese, através de entrevista, acompanhada da consulta do BSG, onde são verificadas as serologias e as análises e, se estas se encontram válidas, a pesquisa de Streptococcus B e ecografias de cada trimestre, conforme normas da DGS. Neste sentido foi feita explicações e discussões acerca das intervenções, em conjunto com a grávida, tendo em conta riscos e benefícios, garantindo a prestação de cuidados de qualidade e de risco controlado.

Após o acolhimento, as grávidas eram encaminhadas para uma sala de dilatação, onde eram acomodadas e realizados alguns exames pré-natais, como as manobras de Leopoldo, CTG e cervicometria. A avaliação da cervicometria tinha como finalidade a avaliação da evolução do TP, e foram realizadas em ambos os serviços hospitalares onde decorreu o estágio. Contudo, não existe um protocolo definido para esta avaliação, por norma é realizado quando a grávida é admitida no serviço e sempre que se justifique, por qualquer modificação do padrão inicial da sua admissão, como aumento da dinâmica uterina, aumento do desconforto e/ou dor. Havendo sempre o cuidado de se explicar à mulher qual a finalidade deste exame vaginal, tendo sempre o seu consentimento. Em seguida, e após acomodarmos a grávida, é realizado um plano de cuidados individualizado e personalizado, tendo em conta as crenças e desejos de cada mulher, pois ao atuar de acordo com as suas preferências, promovemos o conforto e o seu bem-estar, assim como o do acompanhante, promovendo uma experiência de parto positiva e satisfatória.

Nos serviços de BP foram prestados cuidados às mulheres nos vários Estádios do TP, foi importante reconhecê-los de forma a se traçar um plano de cuidados apropriado à evolução do TP e Parto, otimizando a saúde materno-fetal. Entende-se por TP todos os fenómenos fisiológicos que levam à dilatação do colo do útero, à progressão fetal, através do canal de parto e, a sua expulsão, para o exterior, desta forma, o TP é subdividido em quatro estádios: dilatação, período expulsivo, dequitação e puerpério imediato (Oliveira, et al., 2019).

No 1.º Estádio, o período de apagamento e dilatação do colo, predomina a dor visceral, com estímulo doloroso (nociceptivo) proveniente do mecanismo de distensão do segmento inferior uterino e dilatação cervical, este tipo de dor e o desconforto podem ser potenciadores de uma experiência desagradável, levando à insatisfação da parturiente e seu acompanhante (Nilsen, Sabatino, & Lopes, 2010).

Durante os TP que a mestranda teve oportunidade de conduzir, houve a monitorização da dor, sempre perto da grávida, como auxílio da escala numérica da dor, para que assim fossem implementadas medidas de prevenção e controlo da dor, recorrendo a métodos não farmacológicos, inicialmente na fase latente, como a técnica da respiração, alternância de posicionamentos, deambulação, utilização da bola de pilatos e duche, e recorrendo também aos métodos farmacológicos, já na fase ativa do TP, sendo o mais frequente a analgesia epidural, se a parturiente assim o desejasse.

Sendo os métodos farmacológicos uma intervenção interdependente, houve a possibilidade de colaborar e cooperar com outras categorias profissionais, especificamente na administração intravenosa de terapêutica, previamente prescrita pelo Médico Obstetra

assistente e na colocação do cateter epidural pelo médico anestesiológico. No que diz respeito à analgesia epidural, entre as duas instituições havia diferenças, pois na ULSA a administração terapêutica através do cateter epidural era realizada em seringa infusora, de forma contínua, exclusivamente preparada pelo Anestesiológico e sempre que havia necessidade de repor ou alterar a dosagem terapêutica, era pedida a colaboração do mesmo. Aqui a parturiente acaba por ficar mais condicionada pelo grau de bloqueio motor, devido à administração contínua de terapêutica. Já na UHC, é realizada por *programmed intermittent epidural bolus* (PIEB), é uma técnica que apresenta maior eficácia analgésica devido ao facto de minimizar situações de dor interruptiva e confere à parturiente o controlo sobre a sua analgesia, levando a uma maior satisfação e conforto da mesma (Bullingham, et al., 2018).

Posto isto, foi de extrema importância aprofundar conhecimentos acerca de analgesia para que desta forma se conseguisse identificar possíveis efeitos secundários e intervir de forma a solucioná-los. Com isto, após a administração de analgesia epidural, é muito importante que se monitorizem os sinais vitais, a temperatura corporal, a intensidade da dor e uma vigilância contínua do bem-estar materno-fetal com a realização de CTG e, ainda, vigilância do padrão de eliminação vesical, pois há uma grande probabilidade de presença de globo vesical, devido à perda de sensibilidade da parturiente.

O registo da progressão do TP era realizado de forma diferente nos dois contextos onde foi realizado o estágio, na ULSA o registo era realizado no SClínico (Sistema de cuidados de Saúde), como intervenções de enfermagem, enquanto que na UHC era feito o preenchimento manual do Partograma, onde se fazia o registo da dilatação, extensão do colo, descida da apresentação, frequência cardíaca fetal, frequência da contratilidade uterina e integridade das membranas amnióticas.

As informações contidas no Partograma, a sua maioria, são obtidas através da avaliação da cervicometria à grávida, e para isso foi necessário desenvolver competências técnicas, de forma a ganhar autonomia progressivamente. Ao longo deste percurso de aprendizagem, as parturientes foram informadas da condição de aluna e da possibilidade de o enfermeiro orientador ter de validar, pedindo sempre o consentimento das mesmas. No que respeita à compatibilidade feto-pélvica durante o TP, a sua avaliação foi uma competência que inicialmente estava um pouco comprometida, mas com a evolução do estágio e com o apoio do enfermeiro orientador foi adquirida.

A monitorização CTG e a sua interpretação é um dado muito importante na evolução do TP, desta forma, os conhecimentos adquiridos na sua interpretação foram relevantes na

identificação de desvios da normalidade e assim notificar a equipa médica. Em ambos os contextos clínicos, a monitorização era contínua, sendo apenas suspensa para idas à casa de banho e/ou duche, na fase latente do TP.

Durante o mecanismo do TP, em apresentação de vértice, o feto passa por diversos movimentos passivos com o objetivo de se ajustar no seu menor diâmetro possível, chamados de movimentos cardinais, que ocorrem em sequência: encravamento, descida, flexão, rotação interna, desprendimento cefálico ou extensão, rotação externa e expulsão (Azevedo, et al., 2021). Após a identificação dos movimentos cardinais foram aplicadas técnicas com vista a execução do parto. Dando-se início ao 2.º Estadio, o período expulsivo, marcado pela obtenção da dilatação máxima, 10 cm (Boaviagem, et al., 2019). É um momento que traz tensão e ansiedade, tanto para a mulher como para o acompanhante, aqui o EEESMO deve manter uma postura, transmitindo confiança e segurança nas técnicas que realiza, potenciando a autonomia, devendo sempre lembrar-se de que não deve haver pressa e que o ritmo biológico de cada mulher deve ser respeitado. É neste período que ocorrem os puxos maternos, que são os esforços expulsivos gerados pela parturiente por necessidade fisiológica ou dirigido por um profissional de saúde (Boaviagem, et al., 2019).

O momento do parto foi dos mais desafiadores e empoderadores pela concentração que exige, sendo esta imprescindível à realização acertada das técnicas na assistência ao mesmo, mantendo, em simultâneo, a vigilância da parturiente e pedindo a sua colaboração.

Em ambos os contextos clínicos, quando o CTG não apresentava desvios padrão e havia interesse da parturiente, esta era incentivada à adoção de posições não supinas durante a realização de esforços expulsivos. Contudo, não há um consenso em relação às posições que devem ser indicadas às parturientes durante o segundo período do TP, no entanto, objetivando favorecer a expulsão do feto e a redução da duração desse período, as mulheres têm adotando vários posicionamentos (Boaviagem, et al., 2019). Contudo, a maioria dos partos assistidos foram em posição de litotômica modificada. De referir que, nos partos que a mestrandia assistiu, aconteceram duas distocias de ombros, resolvidas com recurso à manobra de *Mc Roberts*.

Em todos os partos assistidos, houve o cuidado de avaliar sempre a adaptação do RN à vida extrauterina, foi promovida a vinculação precoce mãe-filho, foi estimulado o CPP, assegurada a clampagem tardia do cordão e promoção do AM durante a primeira hora de vida do RN, tendo em conta as possibilidades existentes, mantendo a privacidade, conforto e sucesso da tríade. Em situações onde a mulher tinha grupo de sangue (GS) com fator Rhesus (Rh) negativo, foram realizadas colheitas de sangue do cordão umbilical para tipagem do RN,

havendo também a possibilidade de realizar colheitas de sangue e de tecido do cordão umbilical para criopreservação das células estaminais.

Em relação à episiotomia, o seu uso rotineiro não está recomendado devido à falta de dados objetivos baseados na evidência científica que demonstrem o benefício ou defendam critérios para a sua utilização (Sousa, et al., 2022). Contudo, considerou-se que todas as episiotomias realizadas foram de forma justificada. Em relação à reparação do canal de parto e períneo, foram realizadas episiorrafias e perineorrafias, na sua maioria de lacerações de grau I e II.

Após este período, inicia-se o 3.º Estádio, a dequitação, foram vigiados os sinais de dequitação e qual o mecanismo da mesma (*Schultze* ou *Duncan*). Foi observada a placenta e as suas membranas, onde se avaliou as condições físicas dos cotilédones e dos dois folhetos, não menosprezando o cordão umbilical, confirmando a existência de três vasos. Houve situações em que aconteceu fragmentação das membranas, onde foi pedida colaboração do Médico Obstetra a fim de realizar uma revisão uterina.

Em relação à participação em outros partos eutócicos e/ou distócicos, acompanhados por outros profissionais de saúde, prestaram-se os primeiros cuidados ao RN, desenvolvendo competências nessa vertente, implementando cuidados básicos de adaptação a vida extrauterina.

A vigilância por parte do EEESMO no puerpério imediato, 4.º Estádio, deve ser contínua. O puerpério imediato é considerado um período crítico, podendo ocorrer alterações fisiológicas e psicológicas, onde são essenciais cuidados de enfermagem qualificados, com base na prevenção de complicações (Brandão, et al., 2020). É muito importante que se avaliem as perdas hemáticas, principalmente nas duas horas após o parto, e a sintomatologia sugestiva de hemorragia ativa, como: sudorese, palidez cutânea, agitação motora, taquicardia e lipotimia, sendo que, se este quadro sintomatológico for identificado precocemente, pode prevenir o agravamento da situação. A hemorragia pós-parto é uma importante causa de mortalidade materna, estando diretamente ligada ao monitoramento durante o parto e o pós-parto, assim como a demora no tratamento pode evoluir para óbito da puérpera dentro de 24 horas, na maioria dos casos (Brandão, et al., 2020). Durante este período deve promover-se um ambiente calmo, estimular o AM precoce e CPP, para desta forma se dar continuidade a todo o processo de vinculação. Deste modo foi promovido o AM na primeira hora de vida do RN, e realizada avaliação da pega e dos reflexos de sucção e deglutição do mesmo. Foi realizada uma breve explicação acerca da importância do AM na nutrição do RN bem como dos benefícios fisiológicos

para a mãe, que são promover a contração uterina, diminuindo a probabilidade de ocorrer hemorragia após o parto.

Durante a fase do Puerpério imediato, foram avaliados os parâmetros vitais, verificada a presença de globo de segurança de *Pinard* (GSP), avaliadas as condições do períneo, avaliada a consistência e características da mama, e propostas medidas de controlo da dor. Os cuidados de enfermagem direcionados nesta fase devem auxiliar a mulher visando a prevenção de complicações no conforto físico e emocional, onde o enfermeiro deve auxiliar e monitorizar a sua recuperação, para além de identificar e controlar quaisquer desvios padrão do processo (Brandão, et al., 2020).

No decorrer do estágio na ULSA recebeu-se um agradecimento e reconhecimento, no Livro de Elogios do Hospital, pelos cuidados prestados a um casal, no decorrer do TP, onde foi mencionado o nome da mestrandia e do enfermeiro orientador, tendo estes ficado bastante orgulhosos e felizes por enaltecerem o seu trabalho, contribuindo para um momento feliz daquela família, no qual puderam participar.

Durante o decorrer deste estágio na UHC, procedeu-se à elaboração de um panfleto com a temática “Liberdade de movimentos no 1.º estadio do TP” (Apêndice E). Em diálogo com o enfermeiro orientador chegou-se à conclusão de que havia uma grande lacuna de conhecimento entre as grávidas que chegavam ao serviço, acerca da probabilidade de deambularem e se movimentarem livremente durante o 1.º Estadio do TP e quais as atividades mais adequadas e promotoras de um bom desenrolar do TP.

Já na ULSA, desenvolveu-se um cartaz com a temática “Aleitamento Materno exclusivo na 1.ª hora de vida do bebé” (Apêndice F), onde se abordou a importância do AM na 1.ª hora de vida do RN e quais os seus benefícios, tanto para a mãe como para o bebé. Visto ser uma temática de interesse e ir ao encontro da temática do Relatório de Estágio, achou-se pertinente fazê-lo, tendo também em conta o contexto clínico onde a estudante se encontrava.

No total de ambos os estágios, foram realizados 40 partos eutócicos, houve participação ativa em 7 partos distócicos, realizou-se 4 episiotomias e 32 perineorrafias/episiotomias.

A realização do estágio no serviço de Puerpério, permitiu a obtenção de competências no cuidar a mulher e família no período pós-natal, potenciando a saúde da puérpera e do RN, promovendo apoio no processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2019a). O puerpério é o período do ciclo gravídico-puerperal que corresponde à regressão física gravídica e à passagem para o exercício da maternidade. Ele inicia-se após a dequitação e termina por

volta de seis semanas após o parto, período marcado por diversas mudanças corporais e adaptações emocionais, que podem resultar em desafios que comprometem a relação mãe-filho (Castiglioni, et al., 2020).

A atuação da estudante foi sempre centrada na promoção da saúde, apoio e orientação na área do AM, prestação de cuidados de enfermagem direcionados ao bem-estar físico e psicoemocional da puérpera, adaptação da mesma às suas condições no pós-parto e ao RN e, os cuidados básicos ao RN. Pois, o Puerpério é um período propenso a crises, devido às mudanças físicas e psicológicas que o acompanham. Neste período a mulher entra num estado especial, caracterizado por uma sensibilidade aumentada, cujo objetivo do EESMO é capacitá-la a aceitar e a cuidar do seu bebê (Borsa, Feil, & Paniágua, 2007).

O EEESMO tem de ter a capacidade de promover a saúde da díade no pós-parto. Segundo Bowlby (2002), uma criança precisa de sentir que é objeto de orgulho para a sua mãe, assim como uma mãe necessita de sentir uma expansão da sua própria personalidade na personalidade do seu filho: ambos precisam de se sentir profundamente identificados um com o outro. Os cuidados maternos a uma criança não se prestam a um rodízio; trata-se de uma relação humana viva, que altera a personalidade da mãe como a do filho.

Durante este período, o EEESMO é fundamental no acompanhamento da puérpera e do RN com o objetivo de capacitar a puérpera para a sua autonomia, desenvolvendo o autocuidado de si própria e dos cuidados ao RN (Graça, 2017). Neste âmbito, foram desenvolvidas competências nesta área, de forma progressiva, como a capacidade de identificar e monitorizar complicações propícias a esta fase e de atuar de forma preventiva.

No decorrer do dia a dia do internamento, os cuidados são focados em intervenções de promoção e apoio à adaptação da puérpera ao pós-parto, estimulando a autonomia da puérpera no seu autocuidado. Desta forma, foram realizados ensinamentos acerca do banho do bebê, a mudança da fralda, características das eliminações do bebê, cuidados ao coto umbilical, cuidados na amamentação, assim como das técnicas corretas de posicionamento do bebê à mama e as características de uma boa pega. Foi também instruída a puérpera acerca do seu autocuidado, reforçando os cuidados a ter com as mamas, sutura abdominal, em caso de cesariana, sutura de episiotomia ou laceração, em situações de parto vaginal, vigilância das características dos lóquios, possíveis alterações do padrão de eliminação e dos membros inferiores.

Foram realizados momentos de educação para a saúde de forma a preparar a puérpera para o dia da alta, como a transição e adaptação à parentalidade, sexualidade, contraceção,

sinais de alarme e complicações possíveis no pós-parto, para a puérpera, importância da consulta de revisão do parto, bem como os cuidados ao RN, como o crescimento e desenvolvimento, medidas de segurança, manobra de *Heimlich*, sintomatologia de alerta no RN, cuidados de higiene e conforto, cuidados em relação às cólicas, plano de vacinação e alimentação saudável da mãe com vista à promoção do AM.

Em relação à vacina contra o vírus da hepatite B, a primeira dose é administrada no dia da alta, sempre junto à mãe, havendo a oportunidade de abordar a importância do cumprimento do PNV, a execução do rastreio precoce de doenças metabólicas no centro de saúde, entre o 3.º e o 6.º dia de vida do RN, assim como a periodicidade das consultas de vigilância de saúde infantil.

Novamente, a teoria de Orem, do autocuidado, encontra-se presente nos cuidados de enfermagem especializados, com o seu suporte na obtenção de conhecimentos e competências.

Segundo a DGS (2015), é importante dotar a puérpera de conhecimento atualizado, com o objetivo de que esta saiba, no dia da alta, responder aos desafios que lhe são impostos ao estabelecer a vinculação e na adaptação do RN.

Foram elaborados planos de cuidados personalizados, onde se faziam registos diariamente, de forma a promover a continuidade dos cuidados. Foram realizadas notícias de nascimento e elaboradas cartas de alta, com o objetivo da transmissão de informações pertinentes e o mais concretas possíveis aos cuidados de saúde primários, iniciando uma rede de cuidados interligados, promovendo a saúde e o bem-estar materno fetal.

A observação da puérpera, realizada pelo menos uma vez por turno, foi essencial para a deteção precoce de desvios padrão no pós-parto, de forma que situações que estão além da nossa área de atuação fossem referenciadas em tempo oportuno e, assim, prevenir complicações, cooperando com a restante equipa multidisciplinar.

Na passagem por este serviço, foram realizadas várias intervenções de promoção e apoio ao aleitamento materno, visto a temática ir ao encontro a este ponto. O AM envolve a interação entre mãe-filho, para além de apenas o ato de nutrir, com repercussões preponderantes no desenvolvimento cognitivo, nutricional e emocional da criança (UNICEF, 2021).

Durante o estágio foram identificadas lacunas de conhecimento das puérperas no dia da alta em relação à possível conservação do leite materno, pelo que foi elaborado um panfleto

com a temática “Como conservar o leite materno?” (Apêndice G), ficando este disponível no serviço, para entrega às puérperas no dia da alta aquando da realização dos ensinios.

Foram prestados cuidados a 145 puérperas saudáveis, 13 puérperas de risco e respetivos RN, no total dos campos de estágio.

Houve oportunidade de realizar um estágio de observação, no serviço de Neonatologia de um Hospital, onde se realizaram 3 turnos. Foi uma experiência muito gratificante, pois a prematuridade e o internamento, são uma fase de grande ansiedade e angústia. A tríade mãe, pai e bebé é quebrada pela separação forçada, podendo originar graves complicações advindas de processos fundamentais que deveriam ter acontecido no início de vida do RN (Martins, et al., 2021). A intervenção da equipa de enfermagem é muito importante durante todo o processo, sendo necessário planear cuidados que favoreçam a qualidade dos mesmos, promovendo o bem-estar materno, apoiando e fortalecendo os vínculos afetivos da díade (Martins, et al., 2021). Pois, na maioria dos casos, a mãe é quem está sempre presente durante todo o internamento, estando exposta a situações, por vezes, menos agradáveis, é importante haver um grande suporte emocional, para além da vertente clínica.

Ao experienciar tudo isto, conhecendo o ambiente, as rotinas, os profissionais e os cuidados prestados aos RN, em cada contexto clínico, foi possível proporcionar apoio e orientação a outras grávidas com risco de parto pré-termo (PPT), noutros contextos. Pois ao estabelecer uma relação de proximidade com este tipo de grávidas, permitiu que as mesmas expressassem os seus medos e preocupações, sendo mais fácil para o profissional de saúde intervir e ajudá-las. Quando existe assistência profissional humanizada, a mãe, o bebé prematuro e a família têm um acolhimento afetivo e efetivo.

A seguir, na Tabela 5, apresentam-se todas as experiências práticas desempenhadas ao longo do ENP, dando resposta ao proposto pela Diretiva Europeia, transposta para a Lei Portuguesa através da Lei n.º 9/2009 de 4 de março.

Tabela 5. Experiências Práticas no Estágio de Natureza Profissional 2021/2022

| | |
|---|-----|
| Vigilância e prestação de cuidados à grávida | |
| Exames pré-natais (100) | 218 |
| Vigilância e prestação de cuidados à parturiente | |
| Partos Eutócicos (40) | 40 |
| Participação ativa em partos pélvicos | 0 |
| Participação ativa em partos gemelares | 0 |

| | |
|--|------------|
| Participação ativa noutros partos | 7 |
| Episiotomia | 4 |
| Episiorrafia/Perineorrafia | 32 |
| Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40) | |
| Gravidez | 121 |
| Trabalho de Parto | 6 |
| Puerpério | 13 |
| Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100) | 145 |
| Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100) | 171 |
| Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco | 19 |
| Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afeções ginecológicas | 64 |

Fonte: Dados colhidos no ENP

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A unidade curricular ENP, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora, possibilitou refletir acerca dos conhecimentos adquiridos nos diferentes contextos clínicos, pois com elaboração do presente relatório e através de uma profunda análise e reflexão, permitiu refletir sobre as intervenções realizadas e definir objetivos como futura EEESMO e deste modo conseguir acompanhar e atender a mulher, inserida na família/comunidade, nas várias fases da sua vida, como no planeamento familiar, período pré-concepcional, gravidez, gravidez patológica, processos de aborto, parto, puerpério, processos de saúde/doença ginecológica, e seus grupos-alvo, e climatério, assim como o acompanhamento do casal/família e do RN.

Todos os momentos de Estágio proporcionaram uma visão mais criteriosa relativamente à prestação de cuidados baseada na evidência e, para além da aquisição de competências, todo o percurso permitiu um crescimento, não só a nível profissional, como também a nível pessoal, transcendendo aquelas que eram as expectativas. Muitas foram as situações que marcaram, a estudante, nem sempre positivas, mas todas imprescindíveis ao desempenho enquanto profissional de saúde.

Os objetivos curriculares inicialmente propostos consideram-se alcançados com sucesso, obtendo as competências precisas à prática de enfermagem na área da saúde materna e obstétrica, contudo há que ter em consideração que a aprendizagem, a obtenção de conhecimento e o desenvolvimento da prática clínica são progressivos, contínuos e constantes, sendo esta uma área que necessita de uma aprendizagem contínua e atualizada ao longo de todo o percurso.

Para além das competências específicas do EEESMO, ao longo de todo o percurso desenvolveram-se outras como, trabalhar em equipa, gerir e a organizar o tempo disponível e liderar, capacidade que a mestranda foi adquirindo no decurso das experiências vividas, pois a liderança é um ponto crucial porque as intervenções do EEESMO são autónomas.

Em relação à capacidade de resposta, valorização e atenção aos pequenos sinais e a intervenção mais rápida e segura, permitiram uma abordagem à mulher de forma mais competente e eficaz.

Foram também adquiridas competências de escrita, pesquisa bibliográfica científica e, capacidade de reflexão, em complemento à temática de interesse. Sobre os resultados obtidos, estes, permitiram aprofundar os conhecimentos acerca da temática Aleitamento Materno, no

entanto, ainda há muito a fazer para se melhorarem os índices da amamentação, sendo necessário educar profissionais de saúde e famílias para o sucesso das intervenções no que respeita à promoção do início precoce da amamentação, sendo uma estratégia muito importante na influência da tomada de decisão esclarecida e informada das mães no que respeita o AM e evitar o desmame precoce.

Para além disso e, durante a pesquisa bibliográfica atualizada, verificou-se que decorrem vários estudos, traduzindo a relevância desta temática e a necessidade de se aprofundar mais esta área que é o AM, com vista a melhoria das práticas e dos resultados.

Em suma, o ENP, proporcionou diversas experiências que contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional. Assim, considera-se que, todo este caminho superou as expectativas e capacitando a mestranda para um dia, iniciar a prática nesta grande área que é a saúde materna e obstétrica, com o objetivo, pessoal e profissional, da prestação de cuidados de excelência.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdala, L., & Cunha, M. (2018). *Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida*. <https://doi.org/10.4322/2357-9730.82178>
- ACOG. (2009). American College of Obstetricians and Gynecologists. *Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles* (106). Obtido de http://obgyn.med.sc.edu/documents/antepartum_fetal_2.pdf
- Agostinho, C., & Frias, A. (2021). Duas Dádivas e um dilema: amamentação durante a gravidez. Em *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida* (pp. 15-30). Guarujá: São Paulo: Editora Científica Digital. <http://doi.org/10.37885/211106664>
- Alligood, M., & Tomey, A. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. Lusodidacta.
- Almeida, E., & Filho, J. (2004). *O contacto precoce mãe-filho e a sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno*.
- Antunes, M., Demitto, M., Soares, L., Radovanovic, C., Higarashi, I., Ichisato, S., & Pelloso, S. (2017). *Breastfeeding within the first hour after birth: knowledge and practice of multidisciplinary team*. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.43682>
- APA. (2020). Em *Publication Manual of the American Psychological Association* (7.^a ed. ed.).
- Araújo, K. (2011). *A presença do acompanhante no trabalho de parto e parto: uma contribuição para a melhoria da assistência*. Obtido de https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9DNG4E/1/monografia_keila_santiago.pdf
- Araújo, K. E., Santos, C., Caminha, M. d., Silva, S., Pereira, J., & Filho, M. (2021). Contacto Pele a Pele e Amamentação na Primeira Hora de Vida: Estudo Transversal. p. 14. Obtido de <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0621>
- Arruda, G., Barreto, S., Morin, V., Petter, G., Braz, M., & Pivetta, H. (2018). Revista Brasileira: Promoção da Saúde. *Existe relação da via de parto com a amamentação na primeira hora de vida?* <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7321>
- Azevedo, A., Belcavello, T., Sardinha, R., & Tones, P. (2021). Assistência de enfermagem no parto humanizado. *Revista Científica Universo Académico*, 32, 103-118. Obtido de

<https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2022/04/revista-universo-academico-v32-n01-completa.pdf#page=104>

Batista, L., & Matumoto, S. (2019). Validação de roteiro de sistematização da assistência de enfermagem à gestante na atenção primária. *Revista Eletrônica Acervo Científico*. <https://doi.org/10.25248/reac.eXX.2019>

Boaviagem, A., Coutinho, T., Oliveira, L., & Moretti, E. (2019). Comportamento biomecânico da pelve nas diferentes posturas adotadas durante o segundo período do trabalho de parto. *Revista Eletrônica Estácio Recife*, 5. Obtido de <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/222#:~:text=Assim%2C%20diversas%20posturas%20podem%20ser%20adotadas%20durante%20o,m%C3%BAsculo%20ligamentares%2C%20podendo%20assim%20facilitar%20ou%20limitar%20movimentos>.

Borsa, J., Feil, C., & Paniágua, R. (2007). *A Relação da Mãe-Bebé em casos de Depressão pós-parto*. Obtido de https://www.researchgate.net/profile/Juliane-Borsa/publication/242249703_A_RELACAO_MAE-BEBE_EM_CASOS_DE_DEPRESSAO_POS-PARTO/links/0c96051d039a21797b000000/A-RELACAO-MAE-BEBE-EM-CASOS-DE-DEPRESSAO-POS-PARTO.pdf

Bowlby, J. (2002). *Apego e Perda: A natureza do vínculo* (Vol. 1). (M. Fontes, Ed.)

Brandão, A., Oliveira, D., Silva, S., Júnior, A., Cunha, F., Spindola, P., Sousa, Y., Azevedo, B., Gomes, R., & Castro, S. (2020). Atuação do enfermeiro no puerpério imediato em um hospital maternidade no Pará. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. <https://doi.org/10.25248/reas.e2508.2020>

Bullingham, A., Liang, S., Edmonds, E., Mathur, S., & Sharma, S. (2018). Continuous epidural infusion vs programmed intermittent epidural bolus for labour analgesia: a prospective, controlled, before-and-after cohort study of labour outcomes. *British Journal of Anaesthesia*, 121, 432-437. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.03.038>

Cabral, K. (2020). *Histerectomia e os seus fatores de risco: Revisão de Literatura*. Obtido de <http://104.207.146.252:8080/xmlui/handle/123456789/191>

Cadwell, K., Brimdyr, K., & Phillips, R. (2018). *Mapping, Measuring, and Analyzing the Process of Skin-to-Skin Contact and Early Breastfeeding in the First Hour After Birth*. <https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0048>

- Camacho, R., Cantinelli, F., Ribeiro, C., Cantilino, A., Gonsales, B., Braguittoni, É., & Jr., J. (2006). *Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento*. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rpc/a/thPtpV468Ff9sQSqd7VcxRt/?format=pdf&lang=pt>
- Castiglioni, C., Cremonese, L., Prates, L., Schimith, M., Sehnem, G., & Wilhelm, L. (2020). Práticas de cuidado no puerpério desenvolvidas por enfermeiras em Estratégias de Saúde da Família. *Revista de Enfermagem UFSM - REUFSM*, 10, 1-19. <https://doi.org/10.5902/2179769237087>
- Castro, R., Correia, S., & Salgueiro, T. (2021). A influência do Aleitamento Materno no Quociente de Inteligência (QI) e Neurodesenvolvimento das Crianças: Revisão da Literatura. Em M. O. Zangão, *Pesquisa em Aleitamento Materno: Empoderar o Enfermeiro*. Brasil: Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.2282119082>
- Castro, R., Salgueiro, T., Correia, S., & Manjate, C. (2021). Os Benefícios do Exercício Físico na Gravidez: Revisão da Literatura. Em A. M. Frias, *A Enfermagem a partir de uma visão crítica: Excelência das práticas do cuidado*. Brasil: Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.6172116091>
- Coutinho, E., Dias, H., Santos, M., Leitão, A., Pires, A., Feliciano, A., Pereira, C., Loureiro, M., Rasteiro, R., & Machado, V. (2021). *Promoção da saúde da mulher: Desafios e Tendências*. (E. d. Escola Superior de Saúde de Viseu/Politécnico de Viseu, Ed.) Portugal. <https://doi.org/10.34633/978-989-54712-6-3>
- DGS. (2014). Direção Geral de Saúde. *Registo do Aleitamento Materno, Relatório Janeiro a Dezembro de 2013*.
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*.
- DGS. (2020). *Norma 018/2020: Plano Nacional de Vacinação*. Obtido de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- DR, Diário da República. (2018). Despacho 11049/2018, Série II de 2018-11-26.
- DRE, Diário da República Eletrónico. (2021). Lei n.º 9/2009. *Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais - Capítulo III*. Obtido de

https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2009-107094734-107092237?_ts=1661299200034

Dudeja, S., Sikka, P., Jain, K., Suri, V., & Kumar, P. (2018). *Improving First-hour Breastfeeding Initiation Rate After Cesarean Deliveries: A Quality Improvement Study*.

Ekubay, M., Berhe, A., & Yisma, E. (2018). *Initiation of breastfeeding within one hour of birth among mothers with infants younger than or equal to 6 months of age attending public health institutions in Addis Ababa, Ethiopia*. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0146-0>

Estrela, C. (2018). *Metodologia Científica: Ciência, ensino, pesquisa*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ferreira, M., Gonçalves, C., Campos, S., Duarte, J., & Nelas, P. (2021). Participação do Pai no Nascimento: Vinculação e Satisfação em Áreas da Vida Conjugal. Em APEO, *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras* (Vol. 21, pp. 26-44). Portugal. <https://doi.org/10.53795/rapeo.v21.2021.20>

França, G., Brunken, G., Silva, S., Escuder, M., & Venancio, S. (2007). *Breast feeding determinants on the first year of life of children in a city of Midwestern Brazil*.

Galvão, D. G. (2008). *Promoção da amamentação na primeira hora após o parto*. Obtido de <http://repositorio.esenfc.pt/?url=vuGEdj>

Gartner, L., Morton, J., Lawrence, R., Naylor, A., O'Hare, D., Schanler, R., & Eidelman, A. (2005). *Breastfeeding and the use of human milk*. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2491>

Gomes, R., Cavalcanti, L., Marinho, A., & Silva, L. (2001). *Os sentidos do risco na gravidez segundo a Obstetrícia: Um estudo bibliográfico*.

Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5.ª ed.). LIDEL.

GRUPO ANIMA EDUCAÇÃO. (2014). *Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências*. Belo Horizonte: GRUPO ANIMA EDUCAÇÃO.

HGO. (2022). *Hospital Garcia de Orta, E.P.E.* Obtido de <https://www.hgo.min-saude.pt/2020/09/17/hgo/>

INE, I. N. (2022). *Censos 2021*. Obtido de https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html

- Karimi, F., Miri, H., Khadivzadeh, T., & Saghooni, N. (2019). *The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis*. <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0138>
- Lima, A., Nascimento, D., & Martins, M. (2018). A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. *Revista de Saúde e Ciências Biológicas*. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i2.1633.p189-196.2018>
- Lucchese, I., Góes, F., Santos, N., Ávila, F., Silva, A., & Terra, N. (2021). *Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida em tempos de COVID-19*. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.61623>
- Luong, K., Nguyen, T., Thi, D., Carrara, H., & Bergman, N. (2016). *Newborn babies with low birth weight stabilize better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomized controlled trial*. <https://doi.org/10.1111/apa.13164>
- Martins, V., Ribeiro, D., Teixeira, P., Dumarde, L., Santos, W., & Koeppe, G. (2021). Percepção de mães de prematuro acerca da prematuridade: subsídio para o cuidado de enfermagem em neonatologia. *Global Academic Nursing Journal*. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200190>
- Medeiros, A., & Frias, A. (2021). Intervenções de Enfermagem frente à melhoria de cuidados no aleitamento materno: revisão integrativa. Em *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida* (pp. 189-207). <https://doi.org/10.37885/210906173>
- Melo, A., Silva, E., & Giotto, A. (2019). Assistência da enfermagem à mulher no climatério na atenção básica de saúde. *Revista de iniciação científica e extensão*, 213-218. Obtido de <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/260>
- Nascimento, G., Santos, S., Freitas, F., & Lobo, R. (2021). A influência do aleitamento materno no desenvolvimento infantil. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22184>
- Nilsen, E., Sabatino, H., & Lopes, M. (2010). *Dor e comportamento das mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições*. Obtido de <http://www.scielo.br/reeusp>

- Nogueira, A., Araújo, C., & Correia, L. (2020). A percepção das mulheres sobre a participação do acompanhante no trabalho de parto. *Brazilian Journal of health review*, 11316-11327. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-377>
- OE. (2006). Ordem dos Enfermeiros. *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- OE. (2013). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de Projeto Maternidade com Qualidade: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>
- OE. (2015). Ordem dos Enfermeiros. *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- OE. (2019a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- OE. (2019b). Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem*. *Diário da República, 2.ª Série, n.º 26, 4744 - 4750*.
- OE. (2019c). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Parecer N.º 43/2019: Cálculo de Dotações seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf
- OE. (2019d). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*.
- Oliveira, M., Sousa, N., Silva, S., & Cunha, K. (2019). Avaliação do primeiro período clínico do trabalho de parto. *Revista Eletrónica Acervo Saúde*. <https://doi.org/10.25248/reas.e378.2019>
- OMS. (2016). Organização Mundial de Saúde. *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*. Obtido de <http://www.who.int/reproductivehealth>

- OMS. (2020). *Clinical management of COVID-19: Interim Guidance*. Obtido de <https://cdn1.redemc.net/campus/wp-content/uploads/2020/04/2020-WHO-Clinical-Management-of-covid19-Interim-Guidance-May-18.pdf>
- OMS. (2022). Organização Mundial de Saúde. *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva*.
- OPAS, & OMS. (2017). Obtido de Bebês e mães em todo o mundo sofrem efeitos da falta de investimentos em amamentação: https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5470:bebes-e-maes-em-todo-o-mundo-sofrem-efeitos-da-falta-de-investimentos-em-amamentacao&Itemid=820
- OPSS. (2022). *E agora? Relatório de Primavera 2022*. Portugal: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Obtido de <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6 ed.). Mosby.
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A., Welch, V., Whiting, P., & Moher, D. (29 de march de 2021). *BMJ. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Palmeira, P., & Sampaio, M. (2016). *Immunology of breast milk*. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.06.584>
- Paris, G., Montigny, F., & Pelloso, S. (2020). Prática profissional no cuidado ao luto materno diante o óbito fetal em dois países. *Revista Brasileira de enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0253>
- Pereira, C., Fonseca, V., Oliveira, M., Souza, I., & Mello, R. (2013). *Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida*. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200026>
- Pinhão, C. (2012). *Mapear o cuidado para regressar a casa*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.

- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Ramalho, A. (2005). *Manual para a redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise*. Coimbra: Formasau.
- Ramiro, N., Pereira, M., Souza, R., Chaparin, B., Navarro, B., & Aver, L. (2021). *Os benefícios do aleitamento materno na primeira hora de vida*. <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210007>
- Righard, L., & Alade, M. O. (1990). Effect of delivery room routines on succes of first breastfeed . *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)92579-7](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)92579-7)
- Santos, R., Araújo, R., Teixeira, M., Ribeiro, V., Lopes, A., & Araújo, V. (2017). Importância do colostro para a saúde do recém-nascido: Percepção da Puérperas. *Revista de Enfermagem, UFPE On Line*. <https://doi.org/10.5205/reuol.10620-94529-1-SM.1109sup201703>
- Sena, R. P., Souza, G. N., Monteiro, L. A., Souza, Y. P., Santos, Y. d., Araújo, M. R., Silva, S., & Silva, R. M. (2020). Ação educativa para as gestantes na promoção da “Golden hour”: Relato de Experiência. p. 6.
- Silva, J., Linhares, F., Barros, A., Souza, A., Alves, D., & Andrade, P. (2018). *Factors associated with breastfeeding in the first hour of life in a Baby Friendly Hospital*. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>
- Singh, K., Khan, S., Aguirre, L., Brodish, P., Amouzou, A., & Moran, A. (2017). *The importance of skin-to-skin contact for early initiation of breastfeeding in Nigeria and Bangladesh*. <https://doi.org/10.7189/jogh.07.020505>
- SNS. (2022a). *Sistema Nacional de Saúde*. Obtido de Preparação para o Parto e Parentalidade: <https://www.ulsm.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-primarios/preparacao-para-o-parto-e-parentalidade/>
- SNS. (2022b). *Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-norte-alentejano-epe/>
- SNS. (2022c). *SNS - Transparência*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/analyze/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&q=Unidad>

e+Local+Saude+Norte+&refine.instituicao=Unidade+Local+de+Sa%C3%BAde+de+Mato
sinhos,+EPE&refine.instituicao=Unidade+L

SNS. (2022d). *Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE*. Obtido de Sistema Nacional de Saúde:
<https://www.hevora.min-saude.pt/2021/08/02/o-hospital-2/>

Sousa, A., Assis, H., Ceresa, J., Rodrigues, J., Viana, L., Simões, A., . . . Galão, A. (2022). *Promoção e Proteção da Saúde da Mulher*. Porto Alegre. Obtido de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/236837/001137327.pdf?sequence=1>

Terra, N., Góes, F., Souza, A., Ledo, B., Campos, B., & Barcellos, T. (2020). *Fatores intervenientes na adesão à amamentação na primeira hora de vida: revisão integrativa*. <https://doi.org/10.5216/ree.v22.62254>

UNICEF. (2021). *Aleitamento Materno*. Obtido de <https://www.unicef.org/brazil/aleitamento-materno>

UNICEF, & OMS. (2017). *Bebés e mães em todo o mundo são vítimas da falta de investimento no aleitamento materno*. Obtido de UNICEF: <https://www.unicef.org/angola/comunicados-de-imprensa/bebes-e-maes-todo-o-mundo-sao-vitimas-da-falta-de-investimento-no>

UNICEF, & OMS. (2018). Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés. *Dez medidas para ser considerado/a Hospital Amigo dos Bebés: Maternidade Amigas dos Bebés*, p. 1. Obtido de <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>

Victora, C., Bahl, R., Barros, A., França, G., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M., Walker, N., & Rollins, N. (2016). *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanism and lifelong effect*. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01024-7)

World Health Organization and United Nations Children's Fund. (2018). Obtido de Implementation guidance - Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>

APÊNDICES

| | |
|--|---|
| 10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação) | |
| Nome: <u>Ana Maria Aguiar Frias</u> | |
| Universidade/Instituição: <u>Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u> | |
| N.º Identificação Civil: <u>96583219 -1ZY0</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Telef.: <u>966 640 111</u> E-mail: <u>anafrias@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-9038-8576</u> | |
| Nome: _____ | |
| Universidade/Instituição: _____ | |
| N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____ | |
| Nome: _____ | |
| Universidade/Instituição: _____ | |
| N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____ | |
| 11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO | |
| Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.djpec.nsc.pt/np428</small> | |
| Palavras-chave (5 palavras, separadas por ";"): <u>Aleitamento Materno; Golden Hour; Recém-Nascido; Benefícios; Enferma</u> | |
| 12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/ TEMA | |
| Assistência à mulher e ao recém-nascido no Aleitamento Materno durante a primeira hora de vida. | |
| 13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso] | |
| Submetido em anexo a este impresso. | |
| 14. DOCUMENTOS ANEXOS | 15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE |
| <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade IAD de acolhimento (deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação do Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</p> |

| 13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA | | | |
|---|---|---|--|
| <p>O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Universidade de Évora (UE), registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A – Ef 1783/2011/AL03), com parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros (OE) (SAI – OE/2017/9022 e SAI – OE/2019/5981), confere o conhecimento e competências para a solicitação do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). As Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) estão definidas em documentos legais (OE, Reg. n.º 140/2109 de 6 de fevereiro; OE, Reg. n.º 391/2019 de 3 de maio). Estas competências abrangem a vigilância de saúde da mulher durante todo o seu ciclo reprodutivo, no âmbito do Planeamento Familiar e durante o período Pré-concepcional, durante o período Pré-Natal, Trabalho de Parto e Pós-Natal, durante o período do Climatério e em processos de saúde/doença ginecológica, assim como os cuidados ao recém-nascido, Educação Sexual e Saúde Pública, tendo por base as competências comuns do Enfermeiro Especialista, demonstrando responsabilidade profissional, ética e legal e, ainda, competências de gestão e liderança.</p> <p>De modo a se atingir essas competências, faz parte do plano de estudos da UE (Aviso n.º 15812/2019; DR 771072019), a Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), que pressupõe a apresentação de um projeto, onde se enuncie as competências a adquirir ao longo de todo o estágio, assim como de uma temática que deverá ser aprofundada pelo mestrando, de modo a aprofundar o seu conhecimento e dar título ao projeto.</p> <p>O ENPRF, tem 60 créditos ECTS, com início a 13/09/2021 e término a 25/06/2022, que decorrerá em Cuidados de Saúde Primários/Consultas Externas, Internamento Grávidas Patológicas e Ginecologia, Sala de Partos e Internamento de Puerpério, que no âmbito clínico oferece competências instrumentais e relacionais ao mestrando.</p> <p>Os objetivos de Estágio enquadrados nas competências do EESMO dirigem-se a: 1) Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; 2) Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência e 3) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional. Assim, o mestrando escolhe uma área temática que irá aprofundar ao longo da experiência prática e aplicar os conhecimentos, sabendo evidenciar conhecimentos nas vertentes de cuidados especializados, exibindo capacidade de reflexão crítica sobre as práticas, fundamentação de escolhas com base na teorização, capacidade para utilizar evidência científica e capacidade de comunicar conclusões e conhecimento subjacentes, quer a especialistas e a não especialistas, de forma clara. A temática escolhida a desenvolver debruça-se sobre a Hora Dourada: Aleitamento Materno (AM) exclusivo durante a 1.ª hora de vida do recém-nascido. Escolhi debruçar-me sobre esta temática porque atualmente há muita desinformação acerca da amamentação, pois a influência cultural e negativa das famílias em afirmar que o leite é insuficiente, e a falta de conhecimento e incentivo dos profissionais de saúde no pré-natal, parto e puerpério, acabam por se repercutir num desmame precoce (Lima, Nascimento, & Martins, 2018). Por isto, decidi então aprofundar conhecimento nesta temática, de modo a conseguir dar resposta em contexto clínico, apoiando e incentivando a amamentação. É na 1.ª hora de vida do recém-nascido, a <i>Golden Hour</i>, marcada pela relevância para o crescimento e desenvolvimento da criança, que são proporcionados benefícios imediatos e a longo prazo na sua saúde (Araújo, et al., 2021). O AM na 1.ª hora de vida é uma prática simples que desempenha um papel importante durante o período de adaptação neonatal, fortalecendo o vínculo entre a mãe e o bebé, evitando complicações neonatais precoces, para além de ser imprescindível para a saúde da criança, apresenta inúmeras vantagens para a saúde da mãe, promovendo a recuperação pós-parto (Araújo, et al., 2021). É aqui que o enfermeiro tem um papel fundamental, tendo como função, orientar, promover e apoiar a amamentação, com o objetivo de incentivar e sensibilizar o desmame tardio (Sena, et al., 2020). Inúmeros são os benefícios verificados com a prática da amamentação na hora dourada, como duração prolongada da lactação, facilidade em o recém-nascido eliminar o meconio e redução da morbimortalidade infantil (Rodrigues, et al., 2020).</p> <p>De acordo com os objetivos específicos: a) Aprofundar o conhecimento na vertente clínica; b) Desenvolver conhecimento na investigação, seguem-se as atividades planeadas. Considerando-se que, os resultados esperados, coincidem com o fundamento das competências (Ordem dos Enfermeiros, 2019). As unidades de competência definidas pela Ordem dos Enfermeiros, correspondem assim aos <i>outcomes</i> ou resultados esperados para o desenvolvimento e aquisição de grau académico.</p> | | | |
| PLANO DE ATIVIDADES – PREPARAÇÃO DO PROJETO | | | |
| CAMPO | OBJETIVOS | ATIVIDADES | RESULTADOS ESPERADOS |
| Vertente clínica para Competências Instrumentais e Relacionais nas Consultas Externas – Diagnóstico Pré-Natal | Objetivo 01: Cuidar a mulher/casal no período pré-natal | Orientação e assistência à mulher/casal durante a consulta pré-natal. | H2.1. Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento. |
| | | Realização de procedimentos de diagnóstico, minimizando complicações à saúde mãe-bebé no período pré-natal. | H2.2. Diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento. |
| | | Planear e adequar cuidados à mulher durante o período pré-natal. | H2.3. Providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento. |

| | | | |
|--|---|---|--|
| Vertente clínica para Competências Instrumentais e Relacionais no período Pré-Natal e Patologia Ginecológica – Internamento de Grávidas e Ginecologia | Objetivo 02: Cuidar a mulher/casal no período Pré-Natal | Prestação de Cuidados de Enfermagem a grávidas patológicas. | H2.1. Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento. |
| | | Prestação de Cuidados de Enfermagem a grávidas de termo. | H2.2. Diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento. |
| | | Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas com feto morto ou em processo de ILG. | H2.3. Providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento. |
| | Objetivo 03: Cuidar a mulher a vivenciar processos de Saúde/Patologia Ginecológica | Prestação de cuidados de Enfermagem a mulheres sujeitas a cirurgia gênito-urinária e da mama. | H6.1. Promover a saúde ginecológica da mulher. |
| | | | H6.2. Diagnosticar precocemente e prevenir complicações relacionadas com afeções do aparelho gênito-urinário e/ou mama. |
| | | | H6.3. Providenciar cuidados à mulher com afeções do aparelho gênito-urinário e/ou mama e facilitar a sua adaptação à nova situação. |
| Vertente clínica para Competências Instrumentais e Relacionais no Trabalho de Parto – Bloco de Partos | Objetivo 04: Cuidar a mulher/casal no Trabalho de Parto | Admissão da mulher no serviço de saúde e prestação de cuidados de saúde durante os estádios do Trabalho de Parto. | H3.1. Promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. |
| | | Identificação e atuação em situações de risco para a mulher e/ou feto/recém-nascido. | H3.2. Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido. |
| | | H3.3. Providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto. | |
| | Objetivo 05: Cuidar a mulher e recém-nascido durante o período do Puerpério imediato. | Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas e recém-nascidos, no período do puerpério imediato. | H4.1. Promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal. |
| | | | H4.2. Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal. |
| | | | H4.3. Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal. |
| Vertente clínica para Competências Instrumentais e Relacionais no Puerpério | Objetivo 06: Cuidar a mulher/casal e recém-nascido durante o período Pós-natal | Prestação de cuidados de enfermagem e educação para a saúde à puérpera e/ou recém-nascido, no puerpério. | H4.1. Promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal. |
| | | Reconhecimento de situações de risco para a mulher e recém-nascido, durante o puerpério. | H4.2. Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal. |
| | | H4.3. Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal. | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Vertente clínica para Competências Instrumentais e Relacionais no Período Pós-Concepcional e Climatério | Objetivo 07: Cuidar a mulher/casal no período Pós-Concepcional e Climatério | Participação em consultas e educação para a saúde à mulher em fase peri-menopausa. | H5.1. Promover a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa. |
| | | Reconhecimento de situações de risco na Saúde da Mulher no climatério. | H5.2. Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério. |
| | | Reconhecimento de desvios da Saúde da Mulher no climatério. | H5.3. Providenciar cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa. |
| Visão Global do Exercício Profissional: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista | Objetivo 08: Qualidade dos cuidados; Liderança e Gestão dos cuidados; Desenvolvimento de aprendizagens profissionais. | Prestação de Cuidados de Enfermagem ao longo de todo o ensino clínico, nos diversos campos de estágio. | Artigos 5.º, 6.º, 7.º e 8.º do Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019). |

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

| Tarefas | Ano 2021 | | | | Ano 2022 | | | | | | | | | | | |
|---|----------|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | Set | Out | Nov | Dez | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |
| Reuniões para elaboração do projeto | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisão de Bibliografia | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração do Projeto | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Submissão do Projeto | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vertente Clínica Consultas Externas – Hospital de Portalegre | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vertente Clínica Grávidas Patológicas e Ginecologia – Hospital de Portalegre | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vertente Clínica Bloco de Partos – Hospital de Portalegre e Hospital Garcia de Orta de Almada | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vertente Clínica Puerpério – Hospital de Portalegre | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega do Relatório final | | | | | | | | | | | | | | | | |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, K. E., Santos, C., Caminha, M. d., Silva, S., Pereira, J., & Filho, M. (2021). Contacto Pele a Pele e Amamentação na Primeira Hora de Vida: Estudo Transversal. p. 14. Obtido de <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0621>

Lima, A. P., Nascimento, D. d., & Martins, M. M. (2018). A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: Uma Revisão Integrativa. p. 8. doi:doi:10.12662/2317-3076jhbs.v6i2.1633.p.189-196.2018

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*, p. 9. Obtido em 2021

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. *Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 2021

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Diário da República, 2.ª série - N.º 85 - 3 de maio de 2019. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, p. 6. Obtido em 2021

Rodrigues, C., Santos, B., Lipinski, J., Costenaro, R., & Zamberlan, C. (2020). Aleitamento materno exclusivo na primeira hora de vida: uma revisão integrativa. p. 21. Obtido de <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4799>

Sena, R. P., Souza, G. N., Monteiro, L. A., Souza, Y. P., Santos, Y. d., Araújo, M. R., . . . Silva, R. M. (2020). Ação educativa para as gestantes na promoção da "Golden hour": Relato de Experiência. p. 6.

UNICEF. (2021). *Aleitamento Materno*. Obtido de <https://www.unicef.org/brazil/aleitamento-materno>

Apêndice B. Apresentação em serviço com a temática: “Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”



PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Aprovado na 2.ª Assembleia Ordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 28 de maio de 2021

*Enf.ª Maria José Ferreira
AEESMO Telma Salgueiro
2022*



www.ulsna.min-saude.pt



INTRODUÇÃO

- Os Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem, visam promover a reflexão crítica sobre o exercício profissional dos enfermeiros e contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem;
- Para o Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, os PQCEESMO, assumem uma estratégia relevante para enquadrar a missão e o sentido dos cuidados especializados;
- O presente documento pretende constituir-se como uma matriz orientadora da qualidade do exercício profissional dos EESMO.





VISÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ESMO

A visão dos cuidados especializados em ESMO assenta em três pilares:

- Competência Profissional;
- Prática baseada na evidência;
- Respeito pela(o) cliente dos cuidados, naquilo que são os seus processos corporais e psicológicos, ações e projetos de saúde.

Esta visão contribui para a preferência e reconhecimento de cada ESMO.



www.ulsna.min-saude.pt



MISSÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ESMO

A missão dos cuidados especializados centra-se na promoção da saúde e de transições saudáveis no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, no âmbito:

1. Planeamento Familiar;
2. Gravidez;
3. Adaptação à Parentalidade;
4. Preparação para o Parto (Plano de Parto);
5. Trabalho de Parto;
6. Pós-Parto;
7. Recém-Nascido, normal;
8. Climatério;
9. Situações de saúde/doença ginecológica;
10. Saúde das meninas e das mulheres, em geral.



www.ulsna.min-saude.pt

ENQUADRAMENTO CONCETUAL

No âmbito do PQCEESMO, importa detalhar dois conceitos:

Pessoa Cliente

Cuidados de
Enfermagem
Especializados em
ESMO



www.ulsna.min-saude.pt

ENQUADRAMENTO CONCETUAL

PESSOA CLIENTE



www.ulsna.min-saude.pt

ENQUADRAMENTO CONCETUAL

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS EM SMO



www.ulsna.min-saude.pt

CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM EM SMO

ENUNCIADOS DESCRITIVOS

- A satisfação da/o(s) cliente(s);
- A promoção da saúde;
- A prevenção de complicações;
- O autocuidado, o autocontrolo e a mestria;
- A readaptação funcional às novas condições de saúde;
- A organização dos cuidados especializados em enfermagem de SMO.

www.ulsna.min-saude.pt

ENUNCIADOS DESCRITIVOS

A SATISFAÇÃO DA/O(S) CLIENTE(S)

A *satisfação do cliente* com os cuidados de enfermagem, guarda estreita relação com as expectativas que leva para a interação e com os resultados obtidos.

Neste âmbito temos como elementos relevantes face à satisfação:

- Respeito pela individualidade da(o) cliente;
- Estabelecimento de uma relação empática;
- Capacitação da(o) cliente e pessoa(s) significativa(s);
- Envolvimento da(s) pessoa(s) significativa(s) nos processo de cuidados;
- Criação de condições seguras e acolhedoras.



ENUNCIADOS DESCRITIVOS

A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A *promoção da saúde* visa a capacitação e o controlo de cada pessoa para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde.

Neste âmbito temos como elementos relevantes face à promoção da saúde:

- Avaliação e identificação das necessidades da cliente e dos recursos de saúde disponíveis;
- Promoção de estilos de vida saudáveis;
- Promoção do potencial máximo de saúde (programas de saúde);
 - Viabilização do Plano de Parto da mulher/casal, em ambiente seguro.
- Promoção de modelos de informo terapia.



ENUNCIADOS DESCRITIVOS

A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

Corresponde a um conjunto de *atitudes e ações* que se adotam por antecipação, de modo a evitar ou diminuir a probabilidade de eventos/processos adversos ocorrerem.

São elementos importantes, face à *prevenção de complicações*:

- Identificação dos problemas potenciais da(o) cliente;
- Prescrição, implementação e avaliação das intervenções;
- Implementação de intervenções, baseadas na evidência;
- Referenciação para outros profissionais;
- Supervisão e responsabilização das atividades praticadas e/ou delegadas.



ENUNCIADOS DESCRITIVOS

Autocuidado, autocontrolo e mestria

Diagnosticar as principais *necessidades em cuidados e implementar as intervenções* apropriadas para a promoção do autocuidado, promoção do autocontrolo e promoção da mestria.

São elementos importantes face à *promoção do autocuidado, promoção do autocontrolo e promoção da mestria*:

- Identificação das necessidades em cuidados;
- Prescrição, implementação e avaliação das intervenções;
- Referenciação para outros profissionais;
- Supervisão e responsabilização das atividades praticadas e/ou delegadas.



ENUNCIADOS DESCRITIVOS

A readaptação funcional às novas condições de saúde

A *parceria entre o ESMO e o cliente* visa promover processos eficazes de adaptação às novas condições de saúde. Tendo como objetivo, a excelência no exercício profissional.

São elementos importantes face à *readaptação funcional às novas condições de saúde*:

- Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem;
- Preparação do regresso a casa da(o) cliente;
- Máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade;
- Otimização das capacidades do cliente para gerir regimes terapêuticos;
- Informoterapia, com vista a promover os processos de adaptação da(o) cliente.



ENUNCIADOS DESCRITIVOS

Organização dos cuidados de enfermagem especializados em SMO

O ESMO contribui para a máxima *efetividade na organização dos cuidados* especializados, em enfermagem. Com o objetivo da excelência no exercício profissional.

São elementos importantes face à *organização dos cuidados de enfermagem especializados em SMO*:

- Existência de um modelo de referência para o exercício profissional, no âmbito da SMO;
- Existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade;
- Utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem, promotores da qualidade;
- Satisfação do ESMO face à qualidade do exercício profissional;
- Política de formação contínua;
- Dotações seguras.



CONTRIBUTOS PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS EESMO

A qualidade não é um atributo abstrato, mas algo com atributos comuns que assenta em pilares de eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

São exemplos de indicadores que poderão ajudar a monitorizar as diversas de diagnóstico e de intervenção dos EESMO:

| Domínio | Indicador |
|-------------------------|---|
| Gravidez | Ganhos em conhecimento sobre autocuidado durante a gravidez |
| | Ganhos em conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da gravidez |
| | Ganhos em conhecimento sobre medidas de segurança durante a gravidez |
| | Ganhos em conhecimento sobre sinais de complicações durante a gravidez |
| | Satisfação com a assistência pré-natal por EEESMO |
| Preparação para o parto | Ganhos em conhecimento sobre sinais de trabalho de parto |
| | Taxa de grávidas que realizaram o programa de preparação para o parto prescrito |
| | Taxa de pai/pessoa significativa que realizaram o programa de preparação para o parto prescrito |
| | Ganhos em capacidades sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto |
| | Ganhos em capacidades sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto |
| | Satisfação com a assistência pré-natal por EEESMO (vertente preparação para o parto) |
| | ... |

CONTRIBUTOS PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS EESMO

| | |
|---|--|
| Adaptação à parentalidade (pré e pós-natal) | Ganhos em conhecimento sobre preparação do enxoval e da casa |
| | Ganhos em conhecimento sobre amamentação |
| | Ganhos em conhecimento sobre alimentar recém-nascido com biberão |
| | Ganhos em conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido; dormir |
| | Ganhos em capacidade para transportar o recém-nascido em segurança |
| | Ganhos em capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido |
| | Ganhos em capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido |
| | Satisfação com a assistência pré-natal por EEESMO (vertente promoção da adaptação à parentalidade) |
| Ligação mãe/pai-filho | Ganhos em auto-eficácia nas competências parentais (especificar) |
| | Ganhos em conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho |
| Trabalho de parto | Frequência relativa de Contacto pele com pele |
| | Taxa de parturientes admitidas em fase activa |
| | Taxa de episiotomia em parto eutócico assistido por EEESMO |
| | Taxa de períneos íntegros após o parto eutócico assistido por EEESMO |
| | Taxa de lacerações perineais após o parto eutócico assistido por EEESMO |
| | Taxa de recurso a estratégias não farmacológicas |
| | Taxa de recurso a estratégias facilitadoras do trabalho de parto |
| | Taxa de posições de parto |
| Satisfação com a experiência do parto | |

CONTRIBUTOS PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS EESMO

| | |
|--------------------------|---|
| Amamentação | Taxa de mães que iniciam a amamentação na primeira hora pós-parto |
| | Ganhos em capacidade para amamentar |
| | Taxa de aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses |
| | Taxa de efectividade na prevenção de ingurgitamento mamário |
| | Taxa de efectividade na prevenção de fissura do mamilo |
| Pós-parto | Ganhos em conhecimento sobre autocuidado pós-parto |
| | Ganhos em conhecimento sobre complicações pós-parto |
| | Ganhos em capacidade para executar exercícios de recuperação no pós-parto |
| Planeamento familiar | Ganhos em conhecimento sobre uso de contraceptivos |
| | Ganhos em conhecimento sobre fertilidade |
| Ginecologia e Climatério | Ganhos em capacidades sobre autovigilância da mama |
| | Taxa de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero |
| | Ganhos em conhecimento sobre autocuidado durante o climatério |



**OBRIGADO PELA VOSSA
PRESENÇA E ATENÇÃO !**



Apêndice C. Protótipo de “Folha de Registo de dados do TP e Satisfação da Parturiente durante o mesmo”

Folha de Registo de dados do TP e Satisfação da Parturiente durante o mesmo

| | | |
|---|---|---------------------|
| 1. Idade Materna: _____ | 2. IO: _____ | 3. IG: _____ |
| 4. Motivo de Internamento: 4.1. Fase Latente TP <input type="checkbox"/> 4.2. Fase Ativa TP <input type="checkbox"/> 4.3. Indução TP <input type="checkbox"/> 4.4. BAR <input type="checkbox"/> 4.5. Outro: _____ | 5. Preparação para o Parto: 5.1. Sim <input type="checkbox"/> 5.2. Não <input type="checkbox"/> | |
| 6. Plano de Parto: 6.1. Sim <input type="checkbox"/> 6.2. Não <input type="checkbox"/> | 7. Ingesta durante o TP: 7.1. Sim <input type="checkbox"/> 7.2. Não <input type="checkbox"/> 7.3. Se sim, quais? _____ | |
| 8. Analgesia Epidural: 8.1. Sim <input type="checkbox"/> 8.2. Não <input type="checkbox"/> | 9. Permitida a mobilidade durante o TP? 9.1. Sim <input type="checkbox"/> 9.2. Não <input type="checkbox"/> | |
| 10. Medidas não farmacológicas de alívio da dor: 10.1. Envolvimento do acompanhante <input type="checkbox"/> 10.2. Duche <input type="checkbox"/> 10.3. Deambulação/Liberdade de movimentos <input type="checkbox"/> 10.4. Massagem <input type="checkbox"/> 10.5. Bola de Pilates <input type="checkbox"/> 10.6 Técnica Respiratória <input type="checkbox"/> | 11. Posição do Parto: 11.1. Litotomia <input type="checkbox"/> 11.2. Reclinada/Sentada <input type="checkbox"/> 11.3. Gaskin (quatro apoios) <input type="checkbox"/> 11.4. Lateral <input type="checkbox"/> 11.5. Côcoras <input type="checkbox"/> 11.6. De pé <input type="checkbox"/> 11.7. Banco de Parto <input type="checkbox"/> 11.8. Outra: _____ <input type="checkbox"/> | |
| 12. Condição Perineal após o Parto: 12.1. Períneo íntegro <input type="checkbox"/> 12.2. Laceração (Grau:) _____ <input type="checkbox"/> 12.3. Episiotomia <input type="checkbox"/> | 13. Sutura Perineal? 13.1. Sim <input type="checkbox"/> 13.2. Não <input type="checkbox"/> | |
| 14. Contacto Pele a Pele na 1.ª hora de vida do RN? 14.1. Sim <input type="checkbox"/> 14.2. Não <input type="checkbox"/> | 15. Amamentação na 1.ª hora de vida do RN? 15.1. Sim <input type="checkbox"/> 15.2. Não <input type="checkbox"/> | |
| 16. Tipo de Parto: 16.1. Eutócico <input type="checkbox"/> 16.2. Distócico por Ventosa <input type="checkbox"/> 16.3. Distócico por Fórceps <input type="checkbox"/> 16.4. Distócico por Cesariana <input type="checkbox"/> | 17. Assistido por: 17.1. Enfermeiro ESMO <input type="checkbox"/> 17.2. Médico Obstetra <input type="checkbox"/> Nome: _____ | |
| 18. Grau de satisfação quanto ao decorrer do TP? 18.1. Muito insatisfeita <input type="checkbox"/> 18.2. Insatisfeita <input type="checkbox"/> 18.3. Satisfeita <input type="checkbox"/> 18.4. Muito satisfeita <input type="checkbox"/> | 19. Grau de satisfação quanto à posição do Parto? 19.1. Muito insatisfeita <input type="checkbox"/> 19.2. Insatisfeita <input type="checkbox"/> 19.3. Satisfeita <input type="checkbox"/> 19.4. Muito satisfeita <input type="checkbox"/> | |
| 20. Grau de satisfação quanto aos cuidados prestados? 20.1. Muito insatisfeita <input type="checkbox"/> 20.2. Insatisfeita <input type="checkbox"/> 20.3. Satisfeita <input type="checkbox"/> 20.4. Muito satisfeita <input type="checkbox"/> | | |

Apêndice D. Aula de Preparação para o Parto e Parentalidade: Amamentação



TIPOS DE LEITE MATERNO



BENEFÍCIOS PARA A MÃE



Involução uterina mais rápida

Menor probabilidade de cancro da mama

Estimula e promove o vínculo afetivo mãe-filho (díade)

Melhora o estado nutricional



E A NUTRIÇÃO?

ALIMENTOS
PROIBIDOS?



ALIMENTOS ACONSELHADOS...



SINAIS DE PRONTIDÃO

1. "ONDE ESTÁ A MAMA?"



COMEÇA A MEXER



ABRE A BOCA



TENTA SUGAR

2. "TENHO FOME!"



ESTICA-SE E
ESPREGUIÇA-SE



MOVIMENTA-SE
CADA VEZ MAIS



LEVA AS MÃOS À
BOCA

3. "TENHO MUITA FOME!!"



CHORA



MOVIMENTOS
AGITADOS



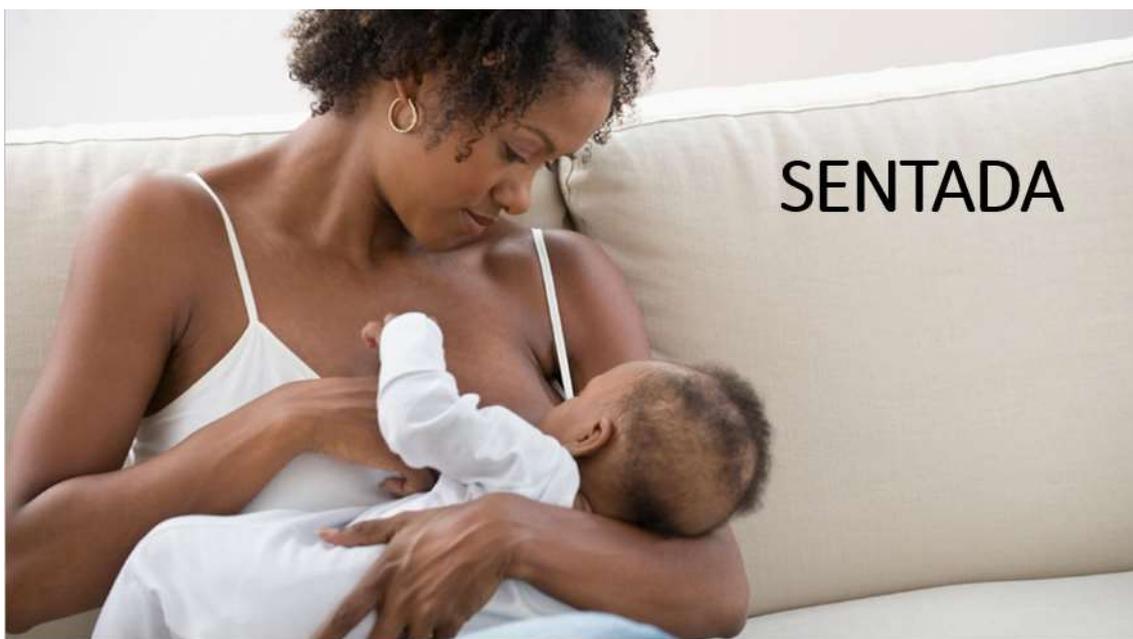
FICA VERMELHO

SINAIS DE PRONTIDÃO



AMAMENTAÇÃO POSIÇÕES





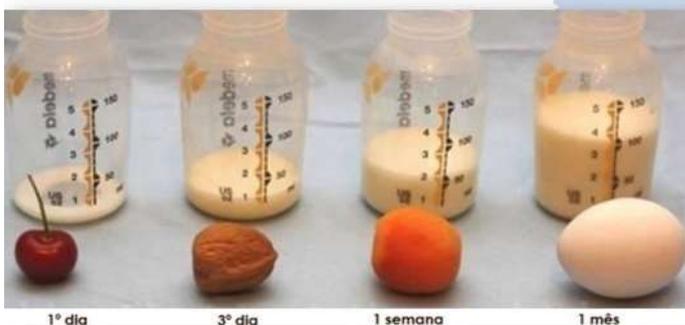


PEGA CORRETA DA MAMA



E AGORA?

SERÁ QUE O MEU BEBÉ
FICOU SATISFEITO?





Apêndice E. Panfleto “Liberdade de movimentos no 1.º estágio do TP”



“A energia flui para onde o foco vai!”

Segundo dados de estudos científicos, a ação física e fisiológica aliada à posição vertical, comparativamente com a posição de litotomia dorsal, confere um conjunto de benefícios na progressão do trabalho de parto, na diminuição da dor e aumento da satisfação materna, na qualidade das contrações uterinas e na circulação materno-fetal (Mamede, Almeida, & Clapis, 2008).



A *liberdade de movimentos* encoraja a mulher na adoção de posições verticais, como práticas vantajosas na dinâmica do primeiro estágio do trabalho de parto (Ferrão & Zagão, 2017).

Deambular, caminhar ou mover-se e mudar de posição, facilita a primeira etapa do trabalho de parto e são uma excelente forma de distração dos desconfortos que estão inerentes a todo o processo, permitindo melhorar o conforto da mulher, bem como a sensação de controlo sobre o próprio corpo e a interação com a pessoa significativa, tornando todo o momento mais satisfatório (Ferrão & Zagão, 2017).

A mulher deve poder assumir qualquer posição que deseje e que lhe seja confortável (Pereira & Delgado, 2011).

Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Teima Filipa Palma Saigüeiro

Orientador Pedagógico: Prof.ª Dr.ª Ana Aguiar Frias

Supervisor Clínico: Enf.ª Flora Monteiro



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



BIBLIOGRAFIA

- Beira, L., & Shannon, P. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7 ed.). Lusodidacta.
- Ferrão, A. C., & Zagão, M. D. (2017). Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto. <http://hdl.handle.net/10174/22704>
- Mamede, F. V., Almeida, A. M., & Clapis, M. J. (2008). *Movimentação/Deambulação no Trabalho de Parto: Uma Revisão*. DOI:<https://doi.org/10.4025/actascienciatecn.v26i2.15811>
- Pereira, S. M., & Delgado, M. J. (2011). A Liberdade de Movimentos e Posturas da Mulher em Trabalho de Parto.
- Sousa, P. A. (2013). Promoção das posições verticais durante o Trabalho de Parto: O Papel do Enfermeiro Obstetra. <http://hdl.handle.net/10400126/16196>

LIBERDADE DE MOVIMENTOS NO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO

“Quanto maior for o seu esforço, maior será o sucesso!”



POSIÇÃO DECÚBITO LATERAL

Promove o fluxo sanguíneo uteroplacentário e renal, aumenta os níveis de oxigénio fetal, alivia a dor lombar, possibilitando a realização de massagens na região lombar, alivia também a pressão a nível do períneo reduzindo o risco de trauma.



POSIÇÃO “QUATRO APOIOS”

Promove a perfusão uteroplacentária, ajuda no movimento pélvico, facilita a rotação interna do feto, aumenta a mobilidade do cóccix e os diâmetros pélvicos e utiliza a gravidade para virar o dorso do feto e rodar a cabeça para a frente.

POSIÇÃO DE PÉ



Ajuda na descida da cabeça fetal, diminui o 2.º estágio do trabalho de parto e a necessidade de episiotomia, e o risco de se ter que recorrer ao fórceps ou ventosa.

POSIÇÃO DE CÓCORAS

Das mais eficazes, facilita a descida fetal e o nascimento. Nesta posição a mulher necessita de auxílio, pode utilizar uma cadeira ou a barra lateral da cama de partos.



POSIÇÃO SEMI-FOWLER

Nesta posição os músculos abdominais encontram-se em sincronia com as contrações, trabalhando em conjunto.



BOLA DE PILATES

Promove a postura vertical e proporciona liberdade de mudança de posição, contribuindo para a sua participação ativa durante o processo de nascimento. A realização de exercícios com a bola na posição vertical (sentada) trabalha a musculatura do assoalho pélvico.



Apêndice F. Cartaz “Aleitamento Materno exclusivo na 1.ª hora de vida do bebê”



ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA 1.ª HORA DE VIDA DO BEBÉ

A primeira hora de vida, também chamada de “**Hora Dourada**”, é marcada pela relevância para o crescimento e desenvolvimento do bebê, proporcionando benefícios imediatos e a longo prazo na sua saúde (Araújo, et al., 2021).

O Leite Materno é o alimento mais completo e ideal para o bebê nos seus primeiros meses de vida. Contém muitos nutrientes e anticorpos essenciais para o recém-nascido, necessários à sua proteção e prevenção de doenças, promovendo um crescimento e desenvolvimento adequados (Ferreira, et al., 2021).



PORQUÊ AMAMENTAR O BEBÉ NA SUA 1.ª HORA DE VIDA?

- A Ocitocina, hormona produzida durante o contacto pele a pele e na amamentação, auxilia a involução do útero materno, prevenindo futuras hemorragias (Medeiros & Frias, 2021);
- A Endorfina, hormona produzida na amamentação, diminui as dores do parto, diminui o stress e estimula o instinto de proteção materno (Ferreira, et al., 2021);
- Há estimulação do reflexo de sucção, aumentando a produção de leite (Medeiros & Frias, 2021);
- Estimula o vínculo afetivo entre a mãe e o filho (Medeiros & Frias, 2021);
- Durante a primeira hora de vida é quando o bebê está mais alerta e desperto, sendo uma excelente oportunidade de interação (Medeiros & Frias, 2021);
- O contacto precoce com a mãe previne situações de hipotermia (Araújo, et al., 2021).

BIBLIOGRAFIA

- Araújo, K. E., Santos, C., Caminha, M. d., Silva, S., Pereira, J., & Filho, M. (2021). Contacto Pele a Pele e Amamentação na Primeira Hora de Vida: Estudo Transversal. p. 14. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0621>
- Ferreira, F., Silva, M., Costa, T., Araújo, L., Araújo, B., Oliveira, R., ... Rolim, A. (2021). Capítulo 8: Amamentação no Puerpério Imediato: Relato de Experiência de Residentes Multiprofissionais. *Residências em Saúde: Experiências, pesquisa e produção do conhecimento para SUS*. Paraná, Brasil: Atena. <https://archive.org/details/residencias-em-saude-experiencias-pesquisa-e-producao-do-conhecimento-para-o-sus>
- Medeiros, A. C., & Frias, A. M. (2021). Intervenções de Enfermagem frente à melhoria de cuidados no aleitamento materno: revisão integrativa. *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida*. Cap. 15 (pp. 188-207). Guarujá, São Paulo: Editora Científica Digital. DOI:10.37885/210906173. ISBN: 978-65-5360-021-8.

Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Telma Filipa Palma Salgueiro

Orientador Pedagógico: Professora Doutora Ana Frias
Supervisor Clínico: Enfermeira M.ª José Ferreira

Apêndice G. Panfleto “Como conservar o leite materno”

COMO CONSERVAR O LEITE MATERNO?

No frigorífico:

- Em **frascos** para leite materno ou em **sacos** próprios para conservação;
- Colocar na zona mais fria do frigorífico, **não colocar na porta**.

No congelador:

- Em **sacos** próprios de conservação, porque são os mais adequados para o congelador, visto que frascos podem estalar a baixas temperaturas;
- Coloque na parte de trás do congelador e longe das paredes laterais e portas.

COMO DESCONGELAR E AQUECER LEITE MATERNO?

- **Não** descongele à temperatura ambiente;
- Descongele no **frigorífico**, em 12 horas, ou coloque o saco do leite num recipiente com **água morna** (máximo a 37 °C);
- Não aquecer **nunca** no **micro-ondas** nem em água a ferver, destrói as suas propriedades;
- **Para aquecer**, coloque o frasco ou saco num recipiente com água morna durante alguns minutos até estar à temperatura corporal (37 °C).

BIBLIOGRAFIA

Modela. (2021). Como conservar, congelar e descongelar leite materno. <https://www.modelo.pt/amentacao/comada-da-mae/conservar-e-descongelar-leite-materno>

OMS. (2021). *World Health Organization*. <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=1>

UNICEF. (2021). *Aleitamento Materno*. <https://www.unicef.org/pt/aleitamento-materno>

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
RUA DO COLÓQUIO

ULSNA+

Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Temla Filipa Palma Salgueiro

Orientador Pedagógico: Prof.ª Dr.ª Ana Aguiar Frias
Supervisor Clínico: Enf.ª Mª José Ferreira



CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

ALEITAMENTO MATERNO

O Aleitamento Materno, é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021) a forma de fornecimento de nutrientes mais adequada aos bebés, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento saudável.

Segundo a UNICEF (2010), crianças até aos 6 meses de vida, devem alimentar-se exclusivamente de leite materno. Após essa idade, é indicada a introdução de outros alimentos, mas com recomendação para manter a complementaridade da alimentação com leite materno, pelo menos até aos 2 anos de idade.

Sabendo que o Leite materno é o melhor alimento para o seu bebé, como pode oferecer-lho se estiver longe dele?



Extraindo-o e conservando-o em segurança!

QUAL O MELHOR MÉTODO DE CONSERVAÇÃO?

O Leite Materno acabado de extrair é preferível ao refrigerado, e o refrigerado é melhor do que o congelado.

O leite recém extraído tem melhores propriedades para combater às bactérias e um teor mais elevado em nutrientes.



DURANTE QUANTO TEMPO SE PODE CONSERVAR O LEITE MATERNO EXTRAÍDO?

Se extraiu Leite Materno de forma higiénica e segura, pode conservá-lo à temperatura ambiente, no frigorífico ou no congelador, dependendo de quando pretende utilizá-lo.

- **Temperatura Ambiente (16-25 °C)** – Até 4 horas;
- **Frigorífico (4 °C)** – Até 3 dias;
- **Congelador (-18 °C)** – Até 6 meses;
- **Leite Materno descongelado** – Até 2h à temperatura ambiente, até 24h no frigorífico. **Não voltar a congelar.**



ANEXOS

Anexo I. “Dez passos para o sucesso do AM, OMS e UNICEF”

DEZ PASSOS para o SUCESSO do ALEITAMENTO MATERNO

- 1. POLÍTICAS DO HOSPITAL:** O estabelecimento de políticas de apoio ao aleitamento materno é essencial para o sucesso. Isso inclui a implementação de protocolos, a capacitação da equipe e a criação de um ambiente favorável à amamentação.
- 2. COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS:** Os profissionais de saúde devem ter habilidades e conhecimentos para apoiar as mães e os recém-nascidos. Isso envolve a educação, a formação e a atualização constante.
- 3. CUIDADOS PRÉ-NATAIS:** Os cuidados antes do parto são fundamentais para garantir o melhor resultado possível. Isso inclui a identificação de possíveis barreiras e a implementação de estratégias para superá-las.
- 4. CUIDADOS NO MOMENTO DO NASCIMENTO:** O momento do nascimento é crucial para estabelecer o aleitamento materno. Isso envolve a realização de procedimentos que favoreçam a amamentação, como o contato pele a pele e a sucção precoce.
- 5. APOIAR AS MÃES NA AMAMENTAÇÃO:** O apoio contínuo às mães é essencial para a manutenção da amamentação. Isso inclui a orientação, o incentivo e a resolução de problemas.
- 6. SUPLEMENTOS:** O uso de suplementos deve ser baseado em evidências e realizado de forma segura. Isso envolve a avaliação das necessidades individuais de cada recém-nascido.
- 7. ALOJAMENTO CONJUNTO:** O alojamento conjunto favorece a amamentação e o vínculo entre mãe e bebê. Isso implica na permanência da mãe e do recém-nascido na mesma unidade de cuidados.
- 8. ALIMENTAÇÃO ADEQUADA:** A alimentação adequada é fundamental para o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido. Isso envolve a oferta de leite materno em quantidade e frequência adequadas.
- 9. BIBERÕES, CHUPETAS E TETINAS:** O uso desses itens deve ser limitado e baseado em evidências. Isso envolve a avaliação das necessidades individuais e a orientação adequada.
- 10. ALTA HOSPITALAR:** A alta hospitalar deve ser planejada para garantir a continuidade do aleitamento materno. Isso envolve a orientação e o apoio às mães e aos recém-nascidos após a saída do hospital.

Organização Mundial da Saúde

unicef