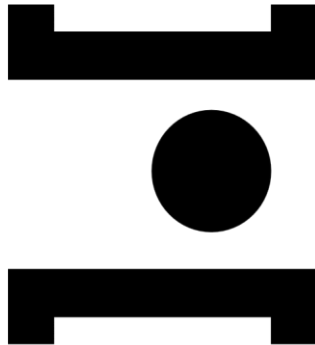


**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM MULHERES
MASTECTOMIZADAS, PROMOTORAS DA IMAGEM-CORPORAL**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Joana Filipa Gonzaga Caseiro Inácio Coelho Valadas Machado

Orientação:

Professora Sara Elisabete Cavaco Palma

janeiro, 2026

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui foi mais do que cumprir um objetivo académico, foi um percurso de crescimento, resiliência e descoberta. É o reflexo de um caminho vivido com intensidade, onde cada desafio se transformou numa aprendizagem e cada pessoa deixou a sua marca.

À Professora Sara Palma, o meu mais profundo e sentido agradecimento pela orientação, pela disponibilidade constante e pelo entusiasmo contagiante. Foi incansável no apoio e inspiradora na forma como conduziu cada etapa deste percurso. A sua exigência aliada à empatia foram fundamentais para que nunca perdesse o rumo, mesmo nos momentos mais frágeis. Agradeço, especialmente, o facto de, não sendo da área, me ter acolhido com mente aberta e um olhar sensível, valorizando e acreditando no meu potencial ao longo destes dois anos de Mestrado. A sua marca ficará para sempre gravada neste relatório e no meu crescimento enquanto enfermeira e pessoa.

Às minhas colegas de curso, o meu agradecimento por tornarem este percurso mais leve e rico. Pelo espírito de entreajuda, pela partilha de saberes, pelas conversas motivadoras e pelos momentos de descontração que tanto contribuíram para a superação dos desafios. Levo comigo amizades e memórias que guardarei com muito carinho.

Às mulheres que se disponibilizaram em participar neste estudo, o meu sincero agradecimento. A vossa generosidade e coragem em partilhar as vossas histórias deram um sentido a este trabalho e tocaram-me profundamente.

À minha melhor amiga Nádia, por estares sempre presente, mesmo nos dias em que eu me esquecia de cuidar de mim. Pela escuta, pelas palavras certas e por nunca me deixares desistir. Obrigada por seres um apoio incondicional e uma presença constante na minha vida.

Às minhas irmãs, obrigada por serem parte integral da minha vida. Cada palavra de incentivo e cada demonstração de orgulho deram-me alento nos momentos difíceis.

A minha mãe e ao meu padrasto, por me incentivarem a ambicionar a ser mais e melhor. O vosso amor incondicional, a confiança constante que depositaram em mim e o exemplo vivo de força, trabalho e dedicação foram e continuam a ser, a base sobre a qual construo os meus sonhos. Obrigada por cada palavra de encorajamento, por cada gesto silencioso de cuidado, por cada sacrifício feito sem nunca o dizerem em voz alta. O vosso apoio foi um conforto nas horas difíceis e a inspiração diária para nunca desistir. Esta conquista também é vossa.

Ao meu noivo Pedro, companheiro incansável e porto seguro desta caminhada, o meu mais profundo agradecimento por estares sempre ao meu lado com amor, paciência e compreensão. Por me apoiares em cada decisão, mesmo quando isso significava menos tempo para nós, por me ouvires nos momentos de maior frustração,

por celebrares comigo cada pequena vitória e, acima de tudo, por acreditares em mim sempre. A tua presença serena e constante foi âncora que me manteve firme perante os desafios. Sei que parte deste mérito é teu, e sinto-me imensamente grata por poder partilhar estes momentos contigo. Com todo o meu amor, obrigada por tudo.

Obrigada a todas as pessoas que indireta ou diretamente fizeram me ajudaram no percurso.

Espero ter contribuído para o conhecimento e para comunidade científica, com a vontade de continuar a fazer diferença.

“[...] Um dia tentei tirar a minha própria vida. E eu hoje penso assim: Se tu tinhas tudo. Tinhas saúde, tinhas uma boa casa, tinhas carro, tinhas os filhos com saúde, tinhas comida, tinhas trabalho, tinhas tudo [...] Não deixe que o outro te tire o bem mais precioso que tinhas, que era a tua vida. Então agora eu vou-te dar a oportunidade de seres tu a lutar por algo [...]”

(Mulher mastectomizada de 50 anos de idade e participante no estudo)

RESUMO

Pretende-se, com a elaboração deste documento, espelhar o percurso formativo realizado, evidenciando a aquisição de saberes, experiências e competências enquanto Enfermeira-Especialista-Em-Enfermagem-de-Saúde-Materna-e-Obstétrica.

O cancro da mama e a mastectomia representam experiências transformadoras, que ultrapassam as alterações físicas, afetando a identidade, autoestima e imagem corporal da mulher. A ausência da mama, símbolo de feminilidade, maternidade e sexualidade, pode comprometer a percepção de si mesma, influenciando negativamente o equilíbrio emocional e a qualidade de vida. Assim, a imagem corporal torna-se central no processo de transição saúde-doença, influenciando o modo como a mulher reconstrói a sua identidade e reconfigura a relação com a sua própria autoimagem.

À luz da Teoria de Transições de Meleis, destacam-se as intervenções do Enfermeiro - Especialista -em - Enfermagem - de - Saúde - Materna - e - Obstétrica como facilitadores da transição vivenciada pela mulher mastectomizada, promovendo a adaptação, o fortalecimento da relação consigo e com os outros, e o uso de estratégias de *coping*. A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau reforça a importância da relação terapêutica, baseada na empatia, escuta ativa e confiança, como promotora da reconstrução da autoimagem e da adaptação emocional.

A metodologia incluiu uma *Scoping Review*, segundo os pressupostos do *Joanna Briggs Institute*, com o objetivo de mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras da imagem corporal das mulheres mastectomizadas e um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, para identificar intervenções promotoras de uma imagem corporal positiva após a mastectomia, com base nas percepções das mulheres. Os resultados evidenciam a necessidade de cuidados individualizados, empáticos e centrados na pessoa. Entre as intervenções eficazes destacam-se o apoio emocional e psicossocial, a valorização da sexualidade e da imagem corporal, a educação-para-a-saúde e o acesso a materiais educativos e estéticos. A atuação do enfermeiro deve ser holística, promovendo o bem-estar físico e emocional, facilitando a reconstrução da autoimagem e o controlo sobre o corpo e a vida.

Palavras-chave: Enfermeiro-Obstetra; Imagem-Corporal; Mastectomia; Neoplasias da Mama.

ABSTRACT

This document aims to reflect the educational journey undertaken, highlighting the acquisition of knowledge, experiences, and competencies developed in the role of a Nurse Midwife.

Breast cancer and mastectomy represent transformative experiences that go beyond physical changes, impacting a woman's identity, self-esteem, and body image. The absence of the breast, a culturally symbolic organ associated with femininity, motherhood, and sexuality can undermine a woman's self-perception, negatively affecting emotional balance and quality of life. In this context, body image becomes central to the health-illness transition process, shaping how women reconstruct their identity and redefine their relationship with their own self-image.

Considering Meleis' Transitions Theory, the interventions carried out by the Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing are emphasized as key to facilitating the transition experienced by women who have undergone mastectomy. This role involves promoting adaptation, strengthening the connection with oneself and others, and mobilizing coping strategies. Similarly, Peplau's Theory of Interpersonal Relations underscores the importance of the therapeutic relationship—based on empathy, active listening, and mutual trust—in supporting the reconstruction of self-image and fostering emotional adaptation.

The methodology employed included a Scoping Review, following the guidelines of the Joanna Briggs Institute, with the aim of mapping the scientific evidence on nursing interventions that promote body image in women post-mastectomy. Additionally, a qualitative, descriptive, and exploratory study was conducted to identify interventions that foster a positive body image after mastectomy, based on women's own perceptions. The findings highlight the need for individualized, empathetic, and person-centered care. Effective interventions include emotional and psychosocial support, the promotion of sexuality and positive body image, health education, and access to educational and aesthetic resources. The Nurse Midwife's role should be holistic, focusing on both physical and emotional well-being, facilitating the reconstruction of self-image, and empowering women to regain control over their bodies and lives.

Keywords: Nurse Midwife; Body Image; Mastectomy; Breast Neoplasms; Self-Image.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACEESMO – Assembleia do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ACS - *American Cancer Society*

ACOG – *The American College of Obstetricians and Gynecologists*

BSG - Boletim Saúde de Grávida

CTG - Cardiotocografia

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

DPP – Data Provável do Parto

DGS – Direção-Geral de Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

GCO - *Global Cancer Observatory*

GIG - Grande para Idade Gestacional

IMG - Interrupções Médicas da Gravidez

IVG - Interrupções Voluntárias da Gravidez

INE – Instituto Nacional de Estatística

ITP - Indução de Trabalho de Parto

ICM - *International Confederation of Midwives*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

LIG - Leve para a Idade Gestacional

LPCC – Liga Portuguesa Contra o Cancro

NICE - *National Institute for Health and Clinical Excellence*

OSF - *Open Science Framework Register*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PIE - Projeto Individual de Estágio

PQCEESMO - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

PPNP - Programa de Preparação para o Parto, Nascimento e Parentalidade

RN - Recém-Nascido

SP – Sala de Partos

SMO – Saúde Materna e Obstétrica

ScR – *Scoping Review*

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPC – Sociedade Portuguesa da Contraceção

TP – Trabalho de Parto

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCPS – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UPGO - Unidade Polivalente Ginecologia e Obstetrícia

ULS – Unidade Saúde Local

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	14
1.1 CANCRO DA MAMA OU NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA.....	14
1.2 SENTIMENTOS DA MULHER MASTECTOMIZADA.....	15
1.3 TRANSIÇÃO DA MULHER MASTECTOMIZADA À NOVA IMAGEM CORPORAL: TEORIA DE AFAF MELEIS	17
1.4 RELAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E MULHER MASTECTOMIZADA: MODELO DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU.....	18
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	21
2.1 SCOPING REVIEW	21
2.2 TRABALHO DE CAMPO	23
2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	26
2.4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	27
3 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	40
3.1 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE.....	43
3.2 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA.....	48
3.3 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA EM GINECOLOGIA	51
3.4 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO	53
3.5 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS	58
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
APÊNDICES	78
APÊNDICE I - PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	79
APÊNDICE II - <i>SCOPING REVIEW</i> : INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM MULHERES MASTECTOMIZADAS, PROMOTORAS DA IMAGEM-CORPORAL: UMA <i>SCOPING REVIEW</i>	109
APÊNDICE III – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	112
APÊNDICE IV– MINUTA DO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO.....	115
APÊNDICE V – MATRIZ DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	118
APÊNDICE VI – JORNAIS DE APRENDIZAGEM.....	127
APÊNDICE VII – REVISÃO DA LITERATURA “CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DE UMA AUTOIMAGEM POSITIVA NA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO”	156
APÊNDICE VIII– CALENDÁRIO “CADA DIA, UMA FORÇA”	166

APÊNDICE IX– REVISÃO DA LITERATURA” INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTORA DA IMAGEM CORPORAL NO PUERPÉRIO”	168
APÊNDICE X– CARTÃO “ESPELHO MEU, ESPELHO MEU, COMO ACOLHER O CORPO QUE A MATERNIDADE ME DEU?”	184
APÊNDICE XI– SCOPING REVIEW “O PAPEL DO ACOMPANHANTE NA SALA DE PARTOS E O SEU CONTRIBUTO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS: UMA SCOPING REVIEW”	186
APÊNDICE XII– FLYER “RESPIRAR JUNTOS”	188
APÊNDICE XIII – FORMAÇÃO NO SERVIÇO MATERNO-FETAL.....	190
APÊNDICE XIV – FORMAÇÃO NO SERVIÇO PUERPÉRIO.....	196
APÊNDICE XV – E-BOOK “ENQUANTO TE ESPERO: ORIENTAÇÕES PARA UMA MATERNIDADE SAUDÁVEL”	203
ANEXOS	205
ANEXO I – 1º PRÉMIO NA COMUNICAÇÃO LIVRE E CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL	206
ANEXO II – PARECER E AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO POR PARTE DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL ONDE SE REALIZOU O ESTUDO	208
ANEXO III – SÍNTESE E REGISTO DAS ATIVIDADES	210
ANEXO IV – PARTICIPAÇÃO NA MESA REDONDA “PARA ALÉM DO PARTO” E PARTICIPAÇÃO COM O PÓSTER NO 4º ENCONTRO DE EESMO DA ULS ALMADA-SEIXAL.....	212

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Categorias e Subcategorias Emergentes das Entrevistas às Mulheres Incluídas no Estudo	28
Tabela 2 – Exames Pré-Natais e grávidas assistidas	49
Tabela 3 – Nº de prestação de cuidados a Puérperas e RN	55
Tabela 4 – Nº de Parturientes Assistidas e Partos Efetuados	59

INTRODUÇÃO

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), da Escola Superior de Saúde de Santarém, a Unidade Curricular de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (UCERESMO) que visa promover a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas e de nível de mestre, no domínio dos cuidados à mulher e família ao longo do seu ciclo sexual e reprodutivo. Este percurso formativo decorreu entre 18 de setembro de 2024 e 25 de junho de 2025, totalizando 1000 horas de prática clínica, distribuídas por diferentes contextos clínicos como cuidados de saúde primários, cuidados diferenciados à grávida com gravidez patológica, ginecologia, puerpério e sala de partos (SP).

A diversidade dos contextos de estágio proporcionou a articulação consistente entre os conhecimentos teóricos adquiridos e a sua aplicação na prática clínica, potenciando a consolidação de saberes essenciais à prestação de cuidados especializados em Saúde Materna e Obstétrica. Este processo possibilitou o aperfeiçoamento da destreza técnica, o pensamento crítico-reflexivo, a capacidade de tomada de decisão autónoma e de implementar cuidados seguros, individualizados, alicerçada na melhor evidência científica disponível.

Desta forma, o desenvolvimento académico e profissional decorreu em consonância com os referenciais normativos e legais que orientam o exercício profissional, nomeadamente com Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [PQCEESMO], o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros [OE]), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e os *Essential Competencies of Midwifery Practice da International Confederation of Midwives* (International Confederation of Midwives [ICM], 2019).

O presente documento representa o rumo percorrido durante este período formativo, com o intuito de dar resposta aos seguintes objetivos gerais delineados: desenvolver competências na área da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, conforme orientações da OE e ICM; adquirir competências inerentes ao grau de mestre, nomeadamente a vertente investigativa; prestar cuidados especializados à mulher nas diferentes fases do ciclo vital e descrever as atividades propostas, tendo em conta os objetivos delineados no Projeto Individual de Estágio (Apêndice I).

A elaboração, apresentação e discussão pública deste Relatório de Estágio, enquanto elemento integrante no 2º ciclo de estudos, encontra-se enquadrada no disposto no Decreto-Lei nº 76/2006, de 24 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 agosto, que regula os graus académicos e diplomas do

ensino superior em Portugal. Adicionalmente, este documento visa responder aos descritores de *Dublin* para o nível de qualificação correspondente ao grau de mestre, demonstrando a integração do conhecimento, o pensamento crítico e reflexivo, a capacidade de resolução de problemas complexos e a autonomia profissional e científica (Joint Quality Initiative, 2015).

A escolha do tema resultou de motivações pessoais e profissionais, nomeadamente pela experiência na área de oncologia num hospital que se dedica ao tratamento de doentes oncológicos em Portugal e pela vivência familiar da investigadora.

No plano de investigação, foram concretizados projetos distintos e complementares. O primeiro consistiu na realização de uma *Scoping Review*, orientada pelas diretrizes metodológicas do *Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis* (JBI), partindo da questão de revisão estabelecida: “*Quais as intervenções de enfermagem em mulheres mastectomizadas, promotoras da imagem corporal?*”. Entendendo-se a mastectomia, como intervenção terapêutica, que representa frequentemente uma rutura profunda na perceção da feminilidade e identidade da mulher, afetando negativamente a sua imagem corporal, autoestima e qualidade de vida (Dias et al., 2021; Ferreira, 2012). A par disso, foi desenvolvido um estudo, primário, qualitativo, exploratório e descritivo com a temática “*Intervenções De Enfermagem Em Mulheres Mastectomizadas, Promotoras Da Imagem Corporal*”, com o intuito de compreender, a partir das falas das mulheres mastectomizadas, quais as intervenções de enfermagem percebidas como promotoras da sua autoimagem após a mastectomia.

A pertinência desta investigação prende-se com a elevada prevalência do cancro da mama em Portugal, e pelo impacto biopsicossocial da mastectomia na vida das mulheres, sendo esta uma das neoplasias mais frequentes entre as mulheres e uma das principais causas de morte (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020).

Neste contexto, reconhece-se a importância das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na prestação de cuidados integrados, humanizados e emocionalmente sensíveis, sobretudo em processos de transição como o vivenciado pela mulher mastectomizada. Através de intervenções baseadas na evidência, o EEESMO detém a competências de promoção de uma imagem corporal positiva e da recuperação da autoestima. Assim, considera-se essencial desenvolver conhecimento que permita aprofundar o impacto da mastectomia, identificar as estratégias de *coping* mobilizadas e delinear intervenções de enfermagem promotoras da reconstrução da autoimagem.

Importa referir que, apesar do interesse e da relevância clínica e pessoal desta temática, apenas surgiu uma situação de contacto direto com mulheres mastectomizadas durante o estágio. Perante esta limitação, e numa atitude de

resiliência e adaptação, optou-se por aprofundar a temática da autoimagem enquanto fenómeno transversal à vivência de diferentes fases do ciclo reprodutivo da mulher. Esta abordagem permitiu, por um lado, manter a coerência com os objetivos traçados inicialmente e, por outro, enriquecer a compreensão sobre as intervenções de enfermagem especializadas na promoção da imagem corporal, autoimagem e autoestima positivas, quer em contexto de doença oncológica, quer em situações de transição como a gravidez, o puerpério ou gravidez de alto risco.

O presente relatório encontra-se estruturado em três partes fundamentais. A primeira corresponde ao Enquadramento Teórico e Conceptual, sustentado pelas teorias de enfermagem de Afaf Meleis (Teoria das Transições) e de Hildegard Peplau (Teoria das Relações Interpessoais), que fundamentam a abordagem ao fenómeno da imagem corporal após mastectomia. Segue-se a metodologia, com descrição das etapas da *Scoping Review* e do estudo qualitativo primário, incluindo os critérios de inclusão e exclusão, os procedimentos de recolha e análise dos dados, nas quais se articulam os dados empíricos com a evidência científica, comprovando recomendações para a prática especializada. Por fim, é apresentada uma reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas e as competências adquiridas enquanto EEESMO ao longo dos diferentes contextos de estágio, avaliando o cumprimento dos objetivos delineados no Projeto Individual de Estágio (PIE) e culminando com as considerações finais.

Os termos EEESMO e enfermeiro-obstetra (EO) podem ser entendidos como equivalentes. Embora EO seja um descritor de saúde, no presente relatório, opta-se pela utilização da designação EEESMO, por ser a descrita pela Ordem dos Enfermeiros.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O conhecimento em Enfermagem é o pilar que sustenta a prática profissional, configurando-se como um saber integrado, reflexivo e em constante evolução. Sendo uma disciplina científica e prática social, a enfermagem desenvolve o seu corpo de conhecimento através da articulação entre teoria, investigação e experiência clínica. Na área da Saúde Materna e Obstétrica, a prática especializada exige uma base teórica sólida, ancorada em conceitos fundamentais que orientam a tomada de decisão e a prestação de cuidados centrados na pessoa. A construção e aplicação do conhecimento em Enfermagem implica, portanto, a compreensão e operacionalização de conceitos estruturantes, os quais conferem sentido às intervenções clínicas e às relações estabelecidas com a pessoa cuidada (Mendes & Bastos, 2021).

Desta forma, neste capítulo procede-se à contextualização da temática em estudo, abordando-se a patologia da mama e a mastectomia, bem como os sentimentos e emoções relativamente à autoimagem da mulher e à aceitação da sua mudança corporal.

1.1 CANCRO DA MAMA OU NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA

O cancro da mama é uma patologia maligna que se desenvolve a partir da proliferação descontrolada de células mamárias, maioritariamente, nos ductos ou lóbulos, detetável por exames complementares ou palpação clínica, com capacidade para invadir tecidos adjacentes e disseminar-se para outras partes do corpo (metástases) (*American Cancer Society* [ACS], 2021; Liga Portuguesa Contra o Cancro [LPCC], 2025). Em Portugal, segundo os dados do *European Cancer Information System* (2023), a taxa de incidência padronizada por idades foi de 116,9 casos por 100000 mulheres em 2020. A par disso, de acordo com os dados mais recentes da LPCC (2023), esta neoplasia representa cerca de 25% de todos os cancros diagnosticados nas mulheres, e é responsável por, aproximadamente, 1800 mortes por ano. Apesar da elevada incidência, os avanços tecnológicos, aliados à sensibilização e à deteção precoce, têm contribuído para a diminuição da taxa de mortalidade por este diagnóstico (Ferlay et al., 2024).

O desenvolvimento desta doença está associado múltiplos fatores de risco, que podem ser classificados como não modificáveis e modificáveis. Entre os fatores não modificáveis incluem-se o sexo feminino, a idade avançada, a história familiar, predisposição genética (como mutações nos genes BRCA 1 e BRCA 2), a menarca precoce, a menopausa tardia e a história pessoal de patologias mamárias benignas ou malignas (ACS, 2021; LPCC, 2025). Por outro lado, os fatores de risco modificáveis relacionam-se com estilos de vida e comportamentos de saúde. O

sedentarismo, o excesso de peso ou obesidade, essencialmente, após a menopausa, o consumo excessivo de álcool, a alimentação desequilibrada e exposição prolongada a terapias hormonais de substituição são exemplos que têm sido amplamente estudados (Ferlay et al., 2024). A não adesão à amamentação e a gravidez em idade tardia também surgem como fatores contributivos para esta patologia, particularmente quando analisados com o historial reprodutivo e hormonal da mulher. Além disso, a exposição a radiações ionizantes e a substâncias químicas potencialmente cancerígenas pode aumentar o risco de desenvolvimento da doença, sobretudo em contextos ocupacionais ou ambientais de risco (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2021). A compreensão integrada desses fatores é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de prevenção primárias e de educação para a saúde, com vista à redução da incidência da patologia.

Perante este diagnóstico, uma das principais estratégias terapêuticas utilizadas no tratamento do cancro da mama é a mastectomia, sendo este um procedimento cirúrgico que consiste na remoção total ou parcial do tecido mamário afetado, podendo ser realizada de forma unilateral ou bilateral, consoante a localização, extensão da doença e/ou preferência da mulher após esclarecimento multidisciplinar (ACS, 2023).

Esta opção cirúrgica é, frequentemente, acompanhada por um procedimento de reconstrução mamária, que tem como objetivo restaurar a forma e a aparência da mama, contribuindo para o bem-estar físico, emocional e psicossocial da mulher. No entanto, em algumas circunstâncias, atendendo à condição clínica, ao estágio da doença, à necessidade de tratamentos complementares (como radioterapia e quimioterapia) ou à vontade expressa pela própria mulher, esta reconstrução pode ser adiada ou até mesmo rejeitada (Gallagher et al., 2010; Silva et al., 2021).

A decisão deve ser partilhada e respeitada, com base numa abordagem centrada na pessoa, que valoriza não só o controlo da doença, mas também os significados subjetivos que cada mulher atribui à mama, ao seu corpo e à sua identidade. Com efeito, esta vivência é marcada por perdas físicas, emocionais e simbólicas, pelo que pode desencadear um conjunto complexo de sentimentos e reações, afetando profundamente a autoestima, a autoimagem e o sentido de feminilidade da mulher (Fingeret et al., 2014; Gallagher et al., 2010; Silva et al., 2021).

1.2 SENTIMENTOS DA MULHER MASTECTOMIZADA

Uma das inquietações mais significativas manifestadas pelas mulheres submetidas a uma mastectomia prende-se com as alterações na sua imagem corporal, entendida como a perceção de cada pessoa tem do seu corpo, influenciada por fatores fisiológicos psicológicos e sociais. Trata-se de um conceito multidimensional, em constante evolução, que se constrói a partir das experiências de vida, como é o caso da

vivência de uma doença oncológica (Peixoto, Silva & Abreu, 2018). Por outras palavras, a imagem corporal expressa a opinião, perceção e sentimento da pessoa acerca do seu corpo, sendo também influenciada pelos padrões socioculturais.

Neste enquadramento, é oportuno distinguir dois conceitos interligados. A autoimagem, que corresponde à forma como a pessoa se vê e se descreve a si própria, englobando as dimensões físicas, psicológicas e comportamentais (Bluth & Blanton, 2015; Peixoto, Silva & Abreu, 2018). Já a autoestima refere-se à valorização e apreço que a pessoa atribui a si mesma, influenciada pela perceção das metas e expectativas e pela aceitação da sua aparência (Santos, 2008; Santos & Maia, 2003). Ambos conceitos estão intrinsecamente relacionados com a imagem corporal e podem ser profundamente afetados pela experiência da mastectomia. Assim, a perda parcial ou total de uma mama pode afetar profundamente a perceção que a mulher tem de si própria, desencadeando sentimentos de insegurança, diminuição da autoestima e conflitos com a própria identidade e, conseqüentemente uma autoimagem negativa (Lorenz et al. 2019). Este impacto emocional está, em grande parte, relacionado com o simbolismo atribuído às mamas, frequentemente à feminilidade, sensualidade e maternidade. A sua ausência pode, assim, representar uma rutura com a autoimagem anteriormente construída, dando origem a sintomas de ansiedade, depressão e dificuldades na aceitação da nova aparência (ACS, 2023; Lima et al., 2020; Salgado et al., 2021).

Neste contexto, a mastectomia implica também um confronto com a redefinição da feminilidade e da sexualidade que, muitas vezes, é vivida com dor e sofrimento. De acordo com o estudo de Costa (2017), as mulheres portuguesas que experienciaram este processo, relatam sentimentos de perda de identidade, tristeza profunda e angústia, maioritariamente associados à alteração da imagem corporal e à perceção social da sua nova condição de saúde.

Face a estas mudanças, é comum que as mulheres procurem estratégias que as ajudem a reencontrar o equilíbrio emocional e a reconstruir a sua autoestima, como a reconstrução mamária, o uso de próteses externas e/ou acompanhamento psicológico. Neste sentido, importa salientar o contributo do Decreto-Lei nº 80/2023, de 27 de dezembro, que, no âmbito das Estratégias Nacionais de Luta Contra o Cancro – Horizonte 2030, estabelece a priorização dos procedimentos cirúrgicos essenciais no tratamento das neoplasias malignas, em conformidade com os critérios estabelecidos na Portaria nº 153/2017, de 4 de março (pág.73). O mesmo documento reforça, ainda, a necessidade de disponibilizar recursos humanos e materiais adequados ao apoio psicológico de pessoas com doença oncológica, incluindo adultos, crianças e adolescentes.

Neste enquadramento, torna-se essencial uma resposta, por parte do EEESMO,

adequada às vivências emocionais e psicológicas das mulheres mastectomizadas. Sendo profissionais dotados de competências específicas, estão aptos a apoiar a mulher ao longo do processo saúde-doença, promovendo a adaptação à nova condição de saúde e desenvolvendo intervenções centradas na valorização e reforço de uma imagem corporal positiva.

Para assegurar cuidados de qualidade e verdadeiramente humanizados, a prática de enfermagem deve estar sustentada por modelos teóricos que orientem uma abordagem centrada na pessoa. Esta abordagem considera a imagem corporal positiva como a capacidade de a pessoa aceitar, respeitar e valorizar o seu corpo, mesmo perante alterações significativas ao longo do ciclo de vida.

1.3 TRANSIÇÃO DA MULHER MASTECTOMIZADA À NOVA IMAGEM CORPORAL: TEORIA DE AFAF MELEIS

A mastectomia representa um evento marcante e disruptivo na vida da mulher, configurando-se como um processo de transição significativa que envolve alterações físicas, emocionais e sociais. Este percurso de mudança pode ser compreendido à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, que se apresenta como um referencial teórico orientador do cuidado de enfermagem em contextos de mudança no processo de saúde-doença.

Segundo Meleis (2010), as transições são fenómenos inerentes ao ciclo vital, entendidos como períodos de instabilidade que exigem da pessoa um processo de adaptação a novas circunstâncias. Estas transições podem ser classificadas como de desenvolvimento, situacionais, organizacionais ou de saúde-doença, sendo esta última a mais adequada no contexto da mulher mastectomizada, por decorrer de uma intervenção cirúrgica após diagnóstico oncológico, que impacta profundamente a sua imagem corporal. Importa salientar que, de acordo com a autora, a transição não se limita à mudança física visível. Envolve, igualmente, transformações na identidade, nos papéis sociais, nas relações interpessoais e na forma como a pessoa se autoperceciona e se posiciona no mundo. No caso da mulher pós-mastectomia, trata-se de uma vivência complexa e sensível, que exige a reconstrução da autoestima, da feminilidade e da perceção do próprio corpo. A perda de um órgão com forte carga simbólica, a mama, pode desencadear sentimentos de perda, insegurança, tristeza e ansiedade (ACS, 2023).

Não obstante, tal como é referido por Meleis (2010), este processo é condicionado por vários fatores que podem atuar como facilitadores ou inibidores, tais como o suporte social e emocional, os recursos disponíveis, a preparação para a mudança e as experiências prévias da mulher. Por isso, é imprescindível considerar não apenas os aspetos biomédicos, mas também as dimensões emocionais, culturais e

sociais envolvidas neste processo. A valorização destas esferas permite que o cuidado seja orientado para uma abordagem centrada na pessoa (Fernandes et al., 2012).

Assim, para que se dê uma transição saudável, a pessoa deve desenvolver respostas adaptativas e conseguir integrar a mudança de forma positiva. Neste sentido, acredita-se que esta teoria é particularmente pertinente para fundamentar intervenções que visem a promoção da imagem corporal positiva em mulheres mastectomizadas, ajudando-as a reconstruir a sua identidade e uma relação mais harmoniosa com o seu corpo (Meleis, 2010).

Neste enquadramento, os EEESMO, detentores de competências específicas para acompanhar a mulher nos diferentes momentos do ciclo de vida e nos processos de saúde doença (OE, 2019), constituem uma referência central na intervenção eficaz neste processo de transição. Através da criação de uma relação terapêutica, com base na empatia, na comunicação eficaz e no apoio contínuo, o EEESMO pode contribuir significativamente e ativamente para a adaptação emocional da mulher e reconstrução positiva da sua autoimagem. Importa ainda destacar que o apoio emocional, a educação para a saúde, o incentivo à expressão de sentimentos e a validação das experiências subjetivas da mulher são estratégias essenciais para a construção de um ambiente seguro, onde esta se sinta acolhida e compreendida (Lundberg & Phoosuwan, 2022). Ao proporcionar um espaço acolhedor e com condições favoráveis para a expressão emocional, o enfermeiro contribui para a elaboração do luto simbólico pela perda da mama e favorece o reajuste à nova realidade (Tyner & Freysteinson, 2023).

Desta forma, a aplicação da Teoria de Transições na prática profissional da enfermagem obstétrica, possibilita cuidados sensíveis, individualizados e eficazes, promovendo um acompanhamento holístico e humanizado.

1.4 RELAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E MULHER MASTECTOMIZADA: MODELO DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU

O Modelo de Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (1992) constitui um dos principais marcos teóricos da enfermagem moderna, ao colocar a relação terapêutica no centro do processo de cuidar. Segundo Peplau (1992), a relação entre enfermeiro e doente é um processo dinâmico, intencional e orientado para a promoção da saúde, no qual a comunicação, empatia e escuta ativa são elementos fundamentais para o desenvolvimento de uma relação eficaz.

Neste contexto de acompanhamento à mulher mastectomizada, a aplicação deste modelo revelou-se particularmente pertinente, uma vez que a mastectomia representa uma rutura na continuidade da identidade corporal e feminina, provocando, frequentemente, sentimentos de perda, medo, insegurança e rejeição do próprio corpo (Fingeret et al., 2014; Gallagher et al., 2010; Silva et al., 2021). A mulher vê-se

confrontada com uma nova realidade que desafia a sua autoestima, o seu papel social e a percepção da sua feminilidade. Assim, o relacionamento estabelecido com o enfermeiro pode tornar-se um recurso terapêutico essencial no ajuste emocional a essa vivência.

A teoria proposta por Peplau (1992) descreve quatro fases sucessivas da relação interpessoal: orientação, identificação, exploração e resolução, que visam promover a compreensão mútua, o apoio emocional e o *empowerment* da pessoa cuidada. Cada uma destas fases oferece ao enfermeiro uma estrutura para intervir de forma empática e centrada na pessoa, especialmente em situações de sofrimento emocional ou de crise de identidade, como sucede frequentemente após mastectomia. Assim, de acordo com as orientações do presente modelo, propõem-se as seguintes intervenções (1992):

- Na fase de orientação, o EEESMO tem como principal objetivo estabelecer uma relação de confiança com a mulher mastectomizada, criando um ambiente seguro, acolhedor e livre de julgamentos, onde esta se sinta respeitada, ouvida e compreendida. Neste momento inicial, a mulher tende a expressar os seus medos, dúvidas e sentimentos relativamente a este evento. A escuta ativa e a comunicação empática assumem-se como fulcrais na validação das emoções, no alívio da angústia e no fortalecimento do vínculo terapêutico (Lundberg & Phoosuwan, 2022).
- Na fase de identificação, a mulher começa a tomar consciência das suas necessidades emocionais e das adaptações impostas pela nova realidade corporal. Desta forma, o EEESMO deve ajudar a mulher a compreender os seus sentimentos, identificar fatores que afetam a sua autoestima e explorar o impacto da mastectomia na percepção da sua imagem corporal e feminilidade. Esta fase considera-se determinante para que a mulher perceba que não está sozinha no processo e que a sua identidade não se resume à aparência física. O enfermeiro atua como facilitador do autoconhecimento, da reflexão crítica e da reformulação de crenças limitadoras sobre si própria (Mageed et al., 2024).
- Durante a fase de exploração, a relação terapêutica intensifica-se, permitindo uma colaboração mais ativa na identificação de estratégias de *coping* e de recursos de suporte disponíveis, sejam familiares, comunitários ou institucionais. Nesta fase, o EEESMO incentiva a mulher a assumir um papel mais participativo no seu processo de recuperação, promovendo a literacia em saúde, disponibilizando informação clara e acessível e apoiando no processo de tomada de decisão, nomeadamente no que respeita à reconstrução mamária e ao uso de próteses externas, de acordo com as preferências e expectativas individuais (Morales-Sánchez et al., 2021; Tyner & Freysteinson, 2023).
- Por fim, na fase de resolução, a mulher encontra-se num estágio mais avançado

de adaptação à sua nova condição de saúde. Embora a dor simbólica da perda da mama possa ainda estar presente, é neste momento que se observa um maior equilíbrio emocional e uma reconstrução progressiva da identidade. O EEESMO atua como parceiro de cuidados, oferecendo *feedback* positivo, reforçando as conquistas e promovendo a aceitação do novo corpo como parte da sua trajetória de superação. Esta fase representa a consolidação do processo terapêutico, permitindo à mulher reintegrar-se na sua vida pessoal, familiar e social com um novo sentido de autoestima (Seara, 2012).

Deste modo, a integração do Modelo de Relações Interpessoais de Peplau na prática clínica do EEESMO permite oferecer cuidados que ultrapassam a dimensão técnica, promovendo uma abordagem centrada na pessoa, humanizada e transformadora. Ao valorizar a relação interpessoal como instrumento terapêutico, o enfermeiro contribui significativamente para a recuperação emocional da mulher mastectomizada, favorecendo a aceitação da nova imagem corporal e a reconstrução de um sentido positivo de identidade, dignidade e autonomia.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A prestação de cuidados de excelência deve ser um compromisso constante para os EEESMO, em todas as áreas da sua atuação. Para garantir decisões clínicas, informadas e seguras, a Prática Baseada na Evidência (PBE) revela-se uma ferramenta fundamental na tomada de decisões clínicas, ajudando a responder a questões concretas da prática, através da procura, análise crítica e aplicação da melhor evidência disponível (Vilelas, 2022). Para tal, é fundamental recorrer a uma metodologia de investigação clara, que oriente cada etapa do estudo e possibilite a recolha e interpretação rigorosa da informação (Polit & Beck, 2018).

Neste sentido, a metodologia é entendida como um processo de escolha e avaliação dos caminhos mais adequados para investigar uma realidade, orientando o pensamento e prática. É uma ferramenta essencial para a produção de conhecimento científico, pois permite estruturar e dar sentido ao percurso investigativo (Vilelas, 2022). Na área da enfermagem, este processo permite que os cuidados prestados estejam sustentados em evidência atualizada, promovendo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2019a).

Assim, este percurso formativo integrou duas etapas complementares: a Revisão da Literatura, uma *Scoping Review* (ScR) e um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, que possibilitou uma maior proximidade à realidade das mulheres mastectomizadas. As estratégias contribuíram para o desenvolvimento de competências na área da investigação e para consolidação de uma prática mais reflexiva, crítica e centrada na pessoa.

2.1 SCOPING REVIEW

A ScR é uma abordagem metodológica que visa, de maneira sistemática e organizada, explorar a extensão e variedade das evidências científicas existentes sobre um determinado tema, área, conceito e/ou problema, independentemente da sua origem. Para além de permitir identificar lacunas na literatura, pode servir como base para a realização de revisões sistemáticas subsequentes (JBI, 2020; Pollock et al., 2023).

Desta forma, foi realizada uma ScR, orientada pelos princípios metodológicos do JBI (The Joanna Briggs Institute, 2021), com o objetivo de mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras da imagem corporal das mulheres mastectomizadas (Apêndice II). Definiu-se como questão de pesquisa “Quais as intervenções de enfermagem em mulheres mastectomizadas, promotoras da imagem corporal?”, estabelecendo-se como critérios de inclusão, baseados na mnemónica PCC: População – Enfermeiros; Conceitos – Imagem-corporal, Cuidados de Enfermagem,

Transição no Processo de Saúde Doença, Neoplasia Maligna da Mama e Promoção do Cuidar; Contexto – Todos os cuidados de enfermagem prestados à mulher com neoplasia maligna da mama.

Foram incluídos estudos publicados em português, inglês e espanhol, sem limite temporal, que abordassem mulheres e/ou casais que experienciaram a mastectomia e apresentassem alterações na imagem corporal, bem como os cuidados de enfermagem associados. Por outro lado, foram excluídos os estudos com idiomas diferentes dos referidos, neoplasia benigna da mama em ambos os sexos, neoplasia maligna da mama diagnosticada no sexo masculino e outro tipo de neoplasias.

O protocolo da revisão foi registado a 3 de novembro de 2024, na *Open Science Framework Register* (OSF), com a identificação: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/9H6SD>. A pesquisa foi realizada entre abril de 2024 e outubro de 2024, nas plataformas *PubMed* e *EBSCOhost* e nas bases dados *MEDLINE Complete*, *CINAHL Complete*, *MedicLatina*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* via *EBSCO* e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Utilizou-se a seguinte expressão de pesquisa: (“breast cancer” OR “breast neoplasms” OR “mastectomy”) AND (“body image” OR “self-image” OR “self-concept”) AND (“coping strategies” OR “coping skills” OR “support strategies”) AND (“nurs*” OR “attitude of health personnel” OR “healthcare”).

A seleção dos estudos foi conduzida com base no diagrama de fluxo PRISMA 2020 (*PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews*) e compreendeu as três etapas principais para a ScR. Na primeira etapa, procedeu-se à identificação dos estudos existentes nas bases de dados selecionadas, através da expressão de pesquisa definida previamente, tendo sido encontrados 2812 artigos. Desses, 23 foram excluídos por se encontrarem duplicados. Na segunda etapa, realizou-se a triagem dos títulos e resumos, com base nos critérios de inclusão previamente estabelecidos, resultando na exclusão de 2719 artigos por não cumprirem os referidos critérios. Na terceira e última etapa, 70 artigos foram selecionados para leitura integral e destes, 21 foram excluídos por não apresentarem uma metodologia explícita, objetivos claros e/ou discussão de resultados, e 46 foram excluídos por não responderem diretamente à questão de revisão proposta. Foram, assim, incluídos 3 artigos internacionais publicados entre os anos de 2021 e 2023, sendo 1 estudo qualitativo e 2 revisões sistemáticas da literatura, com amostras entre 33 e 502 mulheres com mais de 18 anos.

No que se refere aos resultados, evidenciam-se as principais intervenções de enfermagem com impacto positivo na promoção da imagem corporal das mulheres mastectomizadas, agrupadas em cinco categorias principais:

1. Fornecer apoio emocional e psicossocial (Lundberg & Phoosuwan, 2022; Tyner & Freysteinson, 2023);

2. Promover a sexualidade (Lundberg & Phoosuwan, 2022);
3. Promover uma imagem corporal positiva (Tyner & Freysteinson, 2023);
4. Educar e oferecer informações (Morales- Sánchez et al., 2021; Lundberg & Phoosuwan, 2022; Tyner & Freysteinson, 2023);
5. Fornecer materiais educativos e estéticos (Morales-Sánchez et al., 2021; Tyner & Freysteinson, 2023).

Estas categorias orientam o plano de cuidados e a prática de enfermagem, evidenciando a importância de intervenções integradas que promovam o bem-estar físico e emocional das mulheres mastectomizadas. Para além de representar um contributo relevante para a prática dos profissionais deste contexto específico, a ScR já demonstrou impacto concreto ao nível da disseminação científica e valorização profissional, tendo resultado na apresentação de um póster científico no Seminário Internacional sobre Educação para a Sexualidade (EdSex), onde foi distinguida com 1º Prémio de Comunicação Livre (Anexo I). Estes reconhecimentos reforçam a pertinência da temática, a importância da intervenção proposta e o potencial de transformação da prática clínica, tanto ao nível do apoio emocional como na reconstrução da imagem corporal após mastectomia.

2.2 TRABALHO DE CAMPO

Em complemento à *Scoping Review*, propôs-se a realização de um trabalho de campo com o objetivo de aprofundar e aplicar de forma concisa os resultados obtidos sobre a temática estudada. Pretende-se, através deste trabalho, integrar as experiências e as perceções das mulheres mastectomizadas num paradigma indutivo, método qualitativo do tipo descritivo, através de entrevistas semiestruturadas. A abordagem qualitativa é especialmente adequada para investigar temas sensíveis e complexos (Streubert & Carpenter, 2013), como as alterações da imagem corporal, que envolvem dimensões emocionais, sociais e culturais. Deste modo, possibilita explorar a vivências destas mulheres relativamente à reconstrução da sua identidade após mastectomia, às estratégias de *coping* que adotam e aos impactos físicos e psicológicos associados a essa transição.

Tendo em consideração a natureza qualitativa da investigação, os objetivos delineados, a questão de investigação formulada (“*Quais as intervenções de enfermagem em mulheres mastectomizadas, promotoras da imagem corporal?*”) e os critérios de inclusão e de exclusão definidos, os participantes deste estudo são mulheres:

- Submetidas a uma mastectomia radical, independentemente da realização ou não de uma reconstrução mamária;
- Submetidas a mastectomia nos últimos 6 meses;

- Acompanhadas na consulta externa da instituição hospitalar;
- Que falem e compreendam português;
- Que aceitem em participar no estudo;
- Que possuam capacidade cognitiva e psíquica para compreender o propósito da investigação e participar de forma consciente;
- Na faixa etária de adulto jovem ou adulto, uma vez que esta faixa etária tende a experienciar alterações na imagem corporal com maior impacto sobre a identidade pessoal e social (Novaes et al., 2024).

A seleção das participantes seguiu uma amostragem não probabilística, do tipo intencional e por conveniência, uma vez que é orientada pela acessibilidade da investigadora ao campo de estudo e pela adequação dos sujeitos aos critérios definidos (Arias, 2016; Fortin, 2009). Este tipo de amostragem é comum em estudos qualitativos, pois permite a seleção de participantes que possuam conhecimentos, vivências ou experiências significativas sobre o fenómeno em estudo (Vilelas, 2022).

O processo de recolha de dados foi desenvolvido no Serviço de Consulta Externa de Senologia de um Hospital terciário da região de Lisboa e Vale do Tejo, com mulheres que preencheram os critérios inclusão estabelecidos. A escolha da instituição justifica-se por diversas razões relevantes. Trata-se de uma unidade hospitalar de referência, que presta cuidados diferenciados na área da oncologia, nomeadamente no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de mulheres com cancro da mama.

Segundo os dados da instituição (2021, 2023), esta unidade realiza cerca de 5000 consultas anuais, com média de 300 cirurgias mamárias por ano, possibilitando uma abordagem holística, articulada e centrada na pessoa. Em 2024, a unidade conseguiu reduzir o tempo médio de espera para a cirurgia de 120 para 60 dias, assegurando maior acessibilidade e eficiência na resposta assistencial. Destacam-se, ainda, as consultas de enfermagem autónomas, conduzidas pela Enfermeira Especialista com competências avançadas em saúde da mulher, particularmente na abordagem da patologia mamária. Estas consultas constituem um espaço acolhedor e promotor da escuta, do acompanhamento e da intervenção nas dimensões física, emocional e psicossocial, contribuindo para a promoção da adaptação e da autoimagem positiva das mulheres com cancro da mama.

Deste modo, esta instituição apresenta-se como um contexto privilegiado para a recolha de dados e desenvolvimento da investigação, reunindo as condições clínicas, humanas e organizacionais que favorecem uma compreensão mais profunda da experiência da mulher mastectomizada.

A investigação teve um avanço, após parecer favorável da Comissão de Ética e autorização do conselho de administração da instituição (Anexo II).

A colheita de dados decorreu através de um grupo focal (*focus group*), no dia 27

de junho de 2025, num total de 5 participantes. Foram incluídas, no grupo focal, todas as mulheres que tiveram consulta no período de colheita de dados e que pretenderam participar no estudo. A evidencia consultada diz-nos que o número de participante a integral um grupo focal deve estar entre 3 e 12, embora sem consenso entre autores (Souza, 2020).

O recurso a grupos focais favoreceu a partilha de experiências individuais num ambiente seguro e acolhedor, promovendo a reflexão coletiva sobre vivências comuns (Minayo & Costa, 2018; 2019). As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante autorização expressa, com o objetivo de garantir o rigor na transcrição e posterior análise dos dados.

O guião de entrevista (Apêndice III) foi construído a partir dos achados da revisão da literatura previamente realizada. Para assegurar a validade do instrumento de recolha de dados, o guião foi submetido a uma avaliação por dois peritos na área, que não integraram o estudo e que não identificaram necessidade de proceder alterações ao seu conteúdo.

O guião utilizado nos *focus group* não possui perguntas fechadas, podendo sofrer pequenas alterações e ajustamentos decorrentes da dinâmica do grupo (Minayo & Costa, 2018), pelo que contempla, por um lado, um grupo de perguntas destinadas à caracterização sociodemográfica das participantes e, por outro, sete questões orientadoras, elaboradas com o objetivo de explorar as experiências, perceções e vivências relacionadas com a imagem corporal após mastectomia.

Após a aprovação do conselho de ética da instituição onde se realizou o estudo, iniciou-se o contato com as participantes. Para tal, solicitou-se a colaboração da enfermeira responsável pela consulta de senologia. Foram fornecidas as informações sobre o estudo, detalhados os objetivos da pesquisa e assegurado o sigilo das informações que seriam fornecidas.

De acordo com a disponibilidade das participantes foi agendada uma data para a realização do *focus group*. Tendo em conta que se trata de um assunto sensível, foi indagado, junto das participantes, o local onde desejavam realizar as entrevistas, pelo que a escolha recaiu no ambiente hospitalar por ser um local familiar para todas.

No dia agendado, realizou-se nova explicação dos objetivos e finalidades do estudo e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice IV). A participação foi formalizada mediante a sua assinatura.

A colheita de dados foi realizada numa sala própria, fornecida para o efeito, livre de interferências externas, assegurando o direito à privacidade, confidencialidade, respeito, segurança e não excedendo a duração de 75 minutos.

Após a colheita de dados, procedeu-se à transcrição integral das gravações, seguida de uma análise de conteúdo temática, orientada pelos princípios de Bardin

(2016), constituindo-se num conjunto de procedimentos metodológicos rigorosos utilizados para o tratamento e a interpretação das falas das participantes, visando a inferência de significados. Este processo desenvolveu-se em três etapas fundamentais: a pré-análise, que envolveu a organização do corpus, a escolha dos documentos e a formulação de hipóteses; a exploração do material, fase em que se realizou a codificação, segmentação e categorização das unidades de registro e de contexto; e o tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação, momento dedicado à síntese dos dados, com inferências teóricas que possibilitam a compreensão dos conteúdos latentes e manifestos das verbalizações das mulheres mastectomizadas (Bardin, 2016). Para cumprir o anonimato, cada participante foi identificada por um código alfanumérico (E1, E2, E3, E4 e E5), sendo todas as entrevistas gravadas mediante a autorização expressa. Após a transcrição integral e fidedigna dos dados, os ficheiros áudio foram eliminados permanentemente, conforme previsto no protocolo de proteção de dados. A informação recolhida no grupo focal estava guardada em ficheiro codificado no computador pessoal da investigadora a que só ela tinha acesso.

2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Enfermagem, enquanto profissão comprometida com o cuidado humano, é regida por princípios éticos e deontológicos consagrados no Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro e no Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015). Tais princípios orientam não apenas a prática clínica, mas também a produção científica nesta área. No âmbito das competências do Enfermeiro Especialista, destaca-se a responsabilidade profissional, ética e legal, que implica atuar “de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, garantindo, simultaneamente, o respeito pelos direitos humanos (OE, 2019, p.4745).

Sendo a investigação em saúde um campo que envolve diretamente a participação de seres racionais, é imperativo que as considerações éticas sejam integradas desde a fase inicial do estudo e ser seguido ao longo do processo (Fortin, 2009; Vilelas, 2022). O presente trabalho pautou-se pelo cumprimento rigoroso dos princípios bioéticos fundamentais como: autonomia, que respeita o direito das participantes de decidirem livremente sobre a sua participação, sustentada pelo consentimento informado, no qual se explicita a finalidade do estudo, as suas implicações e é garantida a proteção dos dados pessoais; beneficência, uma vez que o estudo visa promover o bem-estar das participantes, contribuindo para a valorização do seu cuidado; não maleficência, com foco na minimização de riscos e desconfortos, através da criação de condições seguras e éticas durante toda a investigação e, por fim, justiça, que preconiza a equidade na seleção das participantes e na distribuição dos benefícios resultantes da investigação (Vilelas, 2022).

Para além dos referidos, foram considerados os princípios complementares que reforçam a conduta ética do investigador: o princípio da fidelidade, materializado na construção de uma relação de confiança com as participantes; o princípio da veracidade, que exige transparência quanto aos objetivos, métodos e implicações do estudo; e o princípio da confidencialidade, que pressupõe a proteção rigorosa dos dados pessoais e declarações (ICN, 2021; Haddad & Geiger, 2022).

Desta forma, o presente estudo procurou salvaguardar, em todas as suas fases, os valores fundamentais da dignidade humana, nomeadamente o direito à autodeterminação, à privacidade, à proteção contra danos, bem como a justiça e equidade no tratamento das participantes, antes durante e após a participação das entrevistadas (Vilelas, 2022).

2.4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A análise dos dados recolhidos por meio de entrevistas, foi conduzida com base na análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), respeitando as suas três etapas fundamentais. Os resultados encontram-se integralmente sistematizados em tabelas (Apêndice V). Numa primeira fase, correspondente à pré-análise, procedeu-se a uma leitura minuciosa e reiterada das transcrições, com intuito de organizar o material de forma a garantir critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. De seguida, na segunda fase, referente à exploração do material, foram selecionados os segmentos textuais relevantes à luz do fenómeno em estudo. Esta etapa permitiu a definição de categorias a posteriori, agrupadas por temáticas a partir das quais se procedeu à classificação do conteúdo. Por fim, na terceira fase, relativa ao tratamento dos resultados e à interpretação, os dados foram analisados de modo a torná-los significativos, fiáveis e válidos, permitindo, assim, sustentar inferências, recomendações e decisões fundamentadas no âmbito da temática abordada (Bardin, 2016; Vilelas, 2022).

A recolha de dados não foi realizada até à saturação teórica, tal como preconizado por Bardin (2016), tendo sido entrevistadas a totalidade das mulheres que satisfizeram os critérios de inclusão estabelecidos no período definido para a recolha de dados. O estudo decorreu numa Instituição Hospitalar com um número reduzido de mastectomias registadas – num total de 12 intervenções no período analisado, das quais 10 correspondiam a mulheres e 2 a homens. Entre as 10 mulheres, apenas 2 realizaram reconstrução mamária. Considerando a disponibilidade das utentes e os critérios de elegibilidade definidos, foi possível entrevistar cinco mulheres, que constituíram integralmente o grupo de participantes do estudo.

De modo a caracterizar as participantes do estudo, antes da realização das entrevistas procedeu-se à recolha de alguns dados sociodemográficos, habilitações

literárias, meio de residência, tempo pós-cirúrgico, profissão, estado civil, número e idade dos filhos e redes de apoio.

Caraterização Dos Participantes

A inquiridas apresentavam idades compreendidas entre os 50 e os 73 anos, o que corresponde a uma média de idades de 62,6 e possuem nacionalidade portuguesa. Relativamente à situação profissional, três das cinco mulheres encontraram-se reformadas (60%), o que é compatível com a média da faixa etária da amostra apresentada. No que respeita ao estado civil, o mais predominante foi o de divorciada (60%), com três das cinco participantes, seguindo-se uma participante casada (20%) e uma viúva (20%). Importa ainda referir que todas as mulheres inquiridas são mães, três têm dois filhos, e duas um, cujas idades que variam entre os 22 e os 27 anos.

Em termos do meio em que estão inseridas, as participantes residem no contexto urbano, o que lhes confere um acesso mais facilitado a recursos de saúde e apoio social.

Da análise das narrativas das 5 participantes do grupo focal, emergiram 2 temas, 3 categorias, 7 subcategorias e 22 unidades de registo (Tabela 1).

Tabela 1 – Categorias e Subcategorias Emergentes das Entrevistas às Mulheres Incluídas no Estudo

Tema	Categorias	Subcategorias
O impacto da perda da mama e a nova imagem corporal	Confronto com a imagem corporal	Impacto da nova imagem corporal
		Alterações na identidade e autoestima
Mecanismos de adaptação e de enfrentamento facilitadores da aceitação da autoimagem pós-mastectomia	Enfermeiro enquanto elemento facilitador da aceitação da imagem corporal	Aceitação da nova imagem corporal
		Promoção do autoconhecimento e autoaceitação
	Estratégias facilitadoras e dificultadoras da aceitação a nova autoimagem	Estratégias de promoção da autoimagem
		Facilitadores na adaptação à nova imagem corporal
		Barreiras na adaptação à nova imagem corporal

De acordo com Vilelas (2009, p.351), “analisar significa decompor um todo em partes constituintes”, pelo que se pretende exemplificar em formato de narrativa, com um discurso simples e claro.

O Impacto da Perda da Mama e a Nova Imagem Corporal

A mastectomia, enquanto intervenção terapêutica no tratamento do cancro da mama, representa uma vivência profundamente transformadora para muitas mulheres, não apenas ao nível físico, mas também psicológico e emocional. A remoção de uma parte tão simbólica do corpo feminino pode desencadear um processo de reconstrução identitário complexo, marcado por sentimentos de perda, luto e redefinição da autoimagem (SAO, 2023). Neste contexto, torna-se fundamental compreender o confronto com a imagem corporal, nomeadamente o impacto com a nova imagem corporal e as alterações na identidade e autoestima, aspetos que serão explorados nas alíneas seguintes.

O primeiro confronto com a imagem corporal após a mastectomia é frequentemente descrito pelas mulheres como um momento devastador, marcado por sentimentos de tristeza, incredulidade e sensação de perda. Várias participantes relataram não terem enfrentado imediatamente o impacto da nova imagem enquanto usavam pensos e drenos, o que funcionou como uma barreira física e emocional. Contudo, quando se viram ao espelho, geralmente sozinhas, foi descrito como profundamente impactante, provocando um choque emocional e um sentimento de tristeza profunda, como é relatado por E2 *“Acho que ainda não passou essa tristeza”*. Cerca de 80% das mulheres expressaram a preferência por evitar o confronto direto com o corpo durante os primeiros dias, adiando o momento de visualizarem a cicatriz ou usando estratégias indiretas como tirar uma fotografia. Esse gesto, descrito por E4, ficou *“gravado na memória”*, o que reflete uma tentativa de controlo sobre uma realidade de aceitação. O olhar direto, entretanto, foi, em alguns casos, um momento de viragem emocional, marcado por medo e resistência, tal como foi vivenciado por E5, ao ver-se com *“olhos de verdade”* (E5). Estes relatos estão em consonância com a literatura científica, que descreve o primeiro olhar sobre o corpo mastectomizado como um evento crítico associado a um sofrimento psicológico, perda de identidade e sentimentos de luto pelo corpo anterior (Sociedade Americana de Oncologia [SAO], 2023). Além disso, outras revisões demonstram que o momento do espelho é frequentemente vivido de forma solitária e intensa, representando não apenas um confronto físico, mas também um embate profundo com a feminilidade, integridade corporal e autoestima (Silva et al., 2021; Morales-Sánchez et al., 2021; Tyner & Freyteinson, 2023).

Associado a esse impacto inicial, emergem expressões como mutilação e sensação de ser incompleta. A perda de uma mama foi descrita como algo profundamente violento, não apenas por se tratar de uma parte visível e exterior do corpo, mas por carregar um simbolismo identitário e feminino. Algumas mulheres referiram-se a si mesmo como *“incompletas”* (E2) ou descreveram a sensação de como se fosse um jornal, *“metade sou eu e outra metade não sou eu”* (E1). O facto de uma parte do corpo tão visível ter sido retirado e, sendo este um elemento associado à

feminilidade, foi vivida como algo muito diferente de outras experiências cirúrgicas anteriores (como o exemplo da histerectomia), manifestando uma dor física e emocional difícil de expressar. Segundo Oliveira et al. (2022), a mama representa não apenas uma estrutura anatômica, mas também um símbolo da sexualidade, maternidade e feminilidade, sendo a sua perda experienciada como uma ameaça à identidade pessoal (Barr & Nuehring, 1980; Costa, 2017).

A ambivalência quanto ao futuro relacionado, sobretudo, com possibilidade de reconstrução mamária, também é notória nos discursos. A grande maioria das inquiridas ainda não tinha decidido se pretendiam ser submetidas à reconstrução, expressando insegurança, medo da dor, desconfiança e uma sensação de que a mama “*nunca mais será igual*” (E5). Este dilema, comumente referido na literatura (Lundberg & Phoosuwan, 2022; Macedo et al., 2021), é acompanhado por sentimentos de frustração e incerteza, ampliados pela imprevisibilidade do processo de recuperação e falta de informação como relatado por E5: “*Esta falta de informação, a incerteza de quando é que irei melhorar...*”.

Com efeito, a experiência da mastectomia desencadeia, em muitas mulheres, uma redescoberta da identidade, obrigando-as a reconstruir a percepção que têm de si mesmas. Os testemunhos evidenciam um percurso emocional complexo, permeado por ambivalência, sofrimento e, simultaneamente, resiliência. A necessidade de aprender a viver com um corpo alterado emerge como um processo de autodescoberta, onde a aceitação é construída de forma gradual e, maioritariamente, solitária. O relato da E1 exemplifica esta trajetória: “*Percebi que precisava de me mimar mais, aprender a gostar de mim assim (...)*”. Esta procura por novas formas de cuidar de si e de resgatar a autoestima, através de pequenos gestos do quotidiano, como arranjar-se, vestir-se com outro impacto ou valorizar os momentos de introspeção, demonstra a tentativa constante de retomar o controlo sobre a própria imagem e identidade. Este processo é corroborado por estudos que apontam para a importância das estratégias de *coping* centradas no autocuidado como meio de enfrentamento das alterações corporais (Chow, K. & Chan, N., 2023; Silva et al., 2021). De acordo com Koçan & Güsoy (2016), o modo como a mulher lida com as alterações corporais influencia significativamente o nível emocional e qualidade de vida após a cirurgia. Assim, a valorização da aparência externa surge, não como um ato de vaidade, mas como uma ferramenta simbólica de reconstrução interna, tal como referido por E2: “*Comecei a arranjar-me mais (...) porque me queria sentir eu outra vez*”.

Todavia, o medo da reação dos outros e da exposição pública da nova imagem corporal constituem desafios significativos no processo de adaptação. Os discursos refletem uma tensão entre o desejo de proteção e a necessidade de aceitação social, sendo a exposição, ainda que apenas no seio familiar, vivida com intensidade

emocional. O testemunho de E1, ao recordar a reação do filho ao retirar o lenço, revela a dificuldade em gerir o confronto dos outros com a nova realidade corporal: *“Foi um choque para ele (...). As pessoas reconheciam-me pela voz, não pela expressão”*. Esta tensão manifesta-se de diversas formas: por um lado, algumas mulheres adotam uma postura de retraimento e de evitamento exposição, como é dito por E4: *“Tenho dias em que penso que nunca mais vou voltar a mostrar-me como era antes.”*, o que revela um sentimento de insegurança duradouro, refletindo o impacto que a alteração da imagem pode ter na autoestima e na sexualidade, frequentemente acompanhada pelo medo do julgamento e da rejeição. De acordo com Bao & Zhang (2023), Male, Fergus & Cullen (2016) e Costa (2017), o receio de se expor traduz-se numa rutura com a espontaneidade social e numa limitação da vida íntima e pública.

Por lado, outras participantes revelam estratégias de *coping* mais proativas, procurando controlar a narrativa junto dos seus familiares para reduzir o impacto psicológico da exposição. Como sucedeu com a E2, ao afirmar que *“Fiz questão de explicar aos meus netos para não haver mistérios, porque fazer mistérios é muito mau para a cabeça das crianças”*. Esta atitude evidencia a tentativa de transformar a experiência em algo mais compreensível e menos assustadora para os outros e, ao mesmo tempo, uma forma de proteção emocional da própria mulher. Segundo Barr & Nuehring (1980), a clareza na comunicação com os familiares, essencialmente com crianças, pode funcionar como um fator de empoderamento e de alívio do estigma associado à doença. Outros estudos apontam que as alterações visíveis como a ausência de mama, perda de cabelo ou alteração da simetria corporal, são experienciadas ameaçadoras à feminilidade e à identidade social da mulher (Alhusban, 2019, Morales-Sánchez, et al, 2021). A vergonha e o desconforto perante o olhar do outro geram frequentemente estratégias ambivalentes: ocultar ou expor de forma controlada, refletindo uma luta contínua entre a preservação da intimidade e a necessidade de normalizar a nova aparência (Silva et al, 2021; Bao & Zhang, 2023).

Deste modo, torna-se evidente a importância do apoio psicossocial e de intervenções de enfermagem que valorizem a escuta ativa, o suporte emocional e a promoção da autoestima. Tal como evidenciado por Silva et al. (2021) e Lundberg & Phoosuman (2022), o suporte dos profissionais de saúde é determinante para ajudar a mulher a construir um novo sentido para o corpo e reintegrar-se socialmente de forma segura e confiante.

Mecanismos de Adaptação e de Enfrentamento Facilitadores da Aceitação da Autoimagem Pós-Mastectomia

Como foi referido anteriormente, a aceitação da imagem corporal é um processo complexo, fortemente influenciado por diversos mecanismos de adaptação e estratégias

de *coping* individuais, sociais e institucionais. Neste percurso as intervenções de enfermagem destacam-se como elemento-chave na facilitação da aceitação da autoimagem, não apenas através dos cuidados técnicos, mas sobretudo pela capacidade de escuta e empatia para estabelecer uma relação terapêutica. Em complementaridade, a manutenção das rotinas, o suporte familiar, social, o autoconhecimento e a espiritualidade emergem como recursos internos e externos que sustentam a mulher no processo de reconstrução identitária. As experiências partilhadas pelas participantes deste estudo ilustram de forma clara como a conjugação entre o cuidado profissional, os recursos pessoais e a rede de apoio constituem pilares fundamentais na vivência da autoimagem pós-mastectomia, promovendo uma maior aceitação, adaptação e dignidade perante a nova realidade corporal.

A presença e atuação dos enfermeiros surgem como elementos fulcrais no processo de aceitação da nova imagem corporal pelas mulheres submetidas a mastectomia (Gómez et al., 2005). Esta experiência foi marcada por vivências ambivalentes, oscilando entre um apoio emocional e técnico, e por momentos de ausência de suporte ou desumanização dos cuidados.

Relativamente às vivências positivas, todas as participantes reconheceram o enfermeiro como um verdadeiro pilar emocional nos momentos de maior vulnerabilidade. A presença física constante ao lado da mulher, nomeadamente nos primeiros levantes e higiene no WC, foi descrita como um gesto de conforto e protetor: “(...) *quando me levantei, tinha a enfermeira ao meu lado (...) ajudou-me a vestir*” (E1). Este tipo de atenção traduz-se numa presença cuidadora e não apenas prática, favorecendo a aceitação do corpo modificado. A proximidade, a escuta ativa e a empatia revelaram-se igualmente dimensões amplamente valorizadas, destacando-se “*a escuta (...) o estar presente (...) a abertura constante para a expressão de sentimentos e emoções (...)*” (E5). Tais elementos, corroborados pela literatura analisada, evidenciam a relevância de acontecimentos simbólicos de elevado impacto emocional e psicológico, como o acompanhamento no momento de observação do próprio corpo ao espelho após a cirurgia, ou a possibilidade de realizar registos fotográficos. Apesar de se configurarem como ações aparentemente simples, assumem um papel significativo no processo de aceitação da nova imagem corporal (Lundberg & Phoosuwan, 2022; Morales-Sánchez et al., 2021; Tyner & Freysteinson, 2023; Vieira & Santos, 2011).

Em muitos dos testemunhos, é visível uma relação afetiva e de gratidão profunda por alguns profissionais em particular, como a enfermeira referida pelas participantes: “*A Enfermeira XXX é cinco estrelas (...). Levanta o ânimo, é disso que precisamos*” (E4) e “*Enfermeira XXX é uma pessoa de coração, que nasceu para estas coisas e quem escolhe certos empregos, certas especialidades, só pode ter um coração muito bom*” (E3). Este tipo de vínculo humano, no qual o cuidado requer autenticidade e dedicação

por parte dos profissionais, facilita não só a adaptação emocional, mas também a construção da confiança no processo de recuperação (Araújo et al., 2010; Lundberg & Phoosuwan, 2022).

Para além do apoio emocional e técnico, a atuação do enfermeiro revelou-se determinante na promoção do autoconhecimento e da autoaceitação, abrindo espaço para a mulher refletir sobre si mesma e reorganizar a sua identidade. A forma como se dirigem às mulheres, as perguntas que fazem e o tempo dedicado à escuta podem funcionar como catalisadores internos de reconstrução do “eu”. O testemunho de E1 ilustra este processo, “*A XXXX [referindo-se à enfermeira responsável pela consulta de senologia] fez-me uma pergunta, uma das primeiras vezes que eu estive ali sentada (...) quem é a E1? Quem é a mulher que eu tenho à frente? (...)*”. Esta interpelação, aparentemente simples, mobilizou a participante para um olhar mais profundo sobre si, impulsionando de introspeção e aceitação gradual: “*Hoje aqueles momentos em que eu estou sozinha são meus (...). Aprendi a aceitar que é assim que eu estou (...). Se eu me sinto triste, eu estou triste, se me apetece chorar, eu choro*” (E1). Estes momentos de introspeção, mediados pelo olhar e escuta do profissional, permitiram que a participante desenvolvesse novas formas de encarar a dor, a estética e a vida, dando um novo significado à doença. Outra participante demonstrou um elevado grau de autoconhecimento, verbalizando as aprendizagens emocionais decorrentes da doença e exigindo um equilíbrio entre a aceitação de si e a rejeição (Sorensen & Luckmann, 1998): “*Para mim foi uma autêntica aprendizagem (...) com a doença, apercebi-me que nós não queremos morrer (...) queremos matar a dor*” (E2). Reconheceram fragilidades, oscilações de humor e a necessidade de pedir ajuda quando necessário, mas também destacaram a capacidade de reinterpretar a experiência e redescobrir forças antes desconhecidas: “*Percebi que não quero parar. Não quero cair na rotina da dor. Quero continuar com a minha vida (...)*” (E5). Por sua vez, a aceitação, ainda que experienciada de forma singular por cada mulher, foi descrita por várias participantes como um caminho possível, sobretudo quando apoiado pelas relações significativas com os profissionais e por uma rede emocional contínua: “*Foi o autoconhecimento, depois a aceitação (...). Também foi um processo rápido*” (E2), partilhou uma das participantes, referindo que o amor familiar e a reflexão agiram como alicerces nesse processo. A fé e a serenidade, perante a sucessão de acontecimentos, e a reorganização das rotinas foram igualmente destacadas como facilitadoras dessa aceitação, que não nega a dor, mas integra uma forma distinta de estar e de viver: “*Tenho um horário para almoçar (...). Às vezes digo assim: olha, eu estou em casa, vou beber um cafezinho. Ah, espera aí que eu vou contigo*” (E1) e “*(...) Eu passei por muito, mas hoje quero viver*” (E2) (Silva et al., 2021; Bao & Zhang, 2023).

Contudo, apesar experiências positivas, também relataram situações de

ausência de contacto e/ou acompanhamento adequado, particularmente em momentos sensíveis como o primeiro contacto com o corpo mutilado. Uma parte das mulheres relataram ter sido deixadas sozinhas para fazer a sua higiene, o que levou a episódios traumáticos como depararem-se com o penso solto ou terem de lidar sozinhas com os drenos: “*O penso caiu (...) levantei-o sozinha e ainda tinha drenos (...) Não falei com o meu enfermeiro, não disse nada*” (E2). Estas situações de solidão involuntária são descritas na literatura como potenciadoras de sofrimento psicoemocional, desamparo e inibidor na comunicação com os profissionais de saúde (Bulhosa et al., 2006; Morales-Sánchez et al., 2021). A ausência de apoio presencial e emocional nestes momentos-chave compromete o princípio do cuidado centrado na pessoa, delineado pela OMS (2015), que defende a necessidade de respostas empáticas, individualizadas e contínuas ao longo do processo saúde-doença. Em vez disso, algumas participantes relataram ter experienciado uma prestação de cuidados despersonalizada, centrada nas tarefas rotineiras e nas normas institucionais, desprovida de escuta ou sensibilidade: “*há aquelas que passam e andam (...) que não perguntam nada*” (E2). A variabilidade no cuidado, por vezes descrita como uma “sorte”, evidencia a ausência de um padrão consistente dos cuidados. Uma das participantes sentiu a responsabilidade pelo próprio cuidado técnico, como no caso dos drenos, explicando o desafio de terem de “*aprender sozinhas*” (E2).

Em suma, o EEESMO apresenta intervenções preponderantes ao facilitar ou prejudicar o processo de adaptação à nova imagem corporal. Quando presente com empatia, escuta ativa e com toque terapêutico representa um apoio transformador. Por outro lado, quando ausente ou indiferente, pode intensificar sentimentos de vulnerabilidade, abandono e negação face à nova realidade. Esta ambivalência evidencia a importância do enfermeiro na recuperação emocional, mas também a urgência em consolidar uma prática com base nos cuidados humanizados, onde a técnica é aliada à empatia e escuta ativa, garantindo que cada mulher se sinta acompanhada na reconstrução de si mesma, tal como preconizado pela OMS (2018).

As mulheres entrevistadas revelaram diferentes formas de lidar com o confronto com a nova imagem corporal após mastectomia, recorrendo a um conjunto de estratégias *coping*, que traduzem esforços conscientes para manter o equilíbrio emocional, preservar a autoestima e reconstruir a identidade (Lundberg & Phoosuwan, 2022; Morales- Sánchez et al., 2021; Zamanian et al., 2021). Uma das formas mais valorizadas foi a manutenção das rotinas quotidianas, uma estratégia que permite à mulher dar continuidade à sua identidade anterior à cirurgia, criando um sentido de normalidade e controlo sobre a própria vida (Soares et al., 2000). O simples ato de sair de casa, tomar café, conviver com amigas ou manter alguma atividade profissional representou para muitas mulheres uma forma de dar continuidade à vida anterior à

cirurgia (Stumm, 2009), “*Saí de casa. Fui tomar café. Fui lá acima mudar de roupa, porque queria fazer uma caminhada*” (E1) e “*Tenho os meus filhos (...) Depois, eu frequento a Universidade Sénior e tenho muitas amigas*” (E2). A prática de atividade física, como caminhadas e zumba, foi também destacada enquanto estratégia de reconexão positiva com o corpo, distração e alívio emocional, “*Comecei a praticar zumba (...). É sobretudo caminhar, ajuda-me a libertar a mente*” (E5). Este tipo de atividade é apontado por Soares *et al.* (2000) como promotor do bem-estar físico e psicológico, contribuindo para o desenvolvimento de uma imagem corporal mais positiva.

Outro aspeto pertinente neste percurso foi a presença ativa de rede de apoio, nomeadamente familiares, amigos e colegas, sendo este mencionado como recurso indispensável para lidar com os momentos de maior fragilidade, “*Normalmente ligam-me a toda a hora*” (E1); “*A minha irmã liga-me mais vezes, para saber como estou*” (E4) e “*Receber chamada da minha melhor amiga todos os dias (...)*” (E5). Estes laços afetivos foram reconhecidos como mecanismos de suporte emocional, contribuindo para a resiliência e a valorização pessoal (Bao & Zhang, 2023; Lorenz, Lohmann & Pissaia, 2019). No entanto, grande parte das inquiridas recorreram ao evitamento consciente, procurando por não pensar demasiado nas alterações corporais ou na cirurgia: “*Deixei um bocado de pensar nisso*” (E1), “*Tentar abstrair. Pensar noutras coisas para não pensar nisso*” (E4), como refere o estudo de McCaul *et al.* (1999). Esta postura, que difere da negação dos acontecimentos, apresenta-se como uma forma funcional de autoproteção, permitindo à mulher gerir o impacto emocional da experiência de forma gradual.

Para além dessas estratégias, revelou-se oportuno perspetivar o futuro, projetando objetivos e mantendo a esperança. Esta projeção temporal, mesmo que construída em torno de pequenos gestos ou desejos, representou um método de esperança e de continuidade da vida para além da doença. As participantes descreveram a importância de manter planos, alimentar desejos e não se deixar consumir pela dor, “*Percebi que não quero parar. Não quero cair na rotina da dor. Quero continuar com a minha vida (...)*” (E5), afirmou uma das entrevistadas, evidenciando o desejo de retomar a autonomia e o controlo sobre o seu próprio caminho. Esta atitude de projeção futura reflete-se, também na vontade de estar presente para os filhos e netos, acompanhando-os ao longo das suas vidas: “*Quero viver mais uns tempinhos. Quero ver os meus filhos.*” (E1). Tal como é referido por Resende (2023), a construção de um sentido de continuidade temporal, facilita a adaptação à nova imagem corporal, reforçando a autoestima e a identidade feminina. Nesta lógica, o futuro é representado não como um espaço de incerteza, mas como um território onde ainda é possível sonhar, amar e ser mulher.

E, por último, a espiritualidade enquanto apoio na aceitação da imagem corporal surge como estratégia facilitadora da promoção da autoimagem. A gratidão expressa a Deus, os rituais de agradecimento e a crença numa força maior ofereceram conforto, esperança e sentido ao sofrimento vivenciado: *“Eu agradeço sempre a Deus por este dia (...) Acredito numa força maior (...) que é Deus”* (E2); *“A cirurgia foi no dia em que faria 45 anos de casada (...) acho que isto não são coincidências (refere emocionada)”* (E2). Estas demonstrações espirituais foram descritas como fundamentais para suportar a dor emocional e física. De acordo com Al-Azri, Al-Awisi & Al-Moundhri (2009), a espiritualidade e a religiosidade ajudam as mulheres com cancro da mama a encontrar sentido para a sua experiência de doença e a desenvolver esperança, mesmo perante incertezas clínicas. Do mesmo modo, Alhusban (2019) identificou a fé como uma estratégia central de enfrentamento entre as mulheres mastectomizadas, permitindo-lhes reinterpretar a dor e a perda corporal à luz de uma dimensão transcendente com maior serenidade, aceitação e reconciliação com ‘eu’ interior.

Para além da espiritualidade, que ofereceu sentido à experiência vivida, as mulheres identificaram vários elementos facilitadores que contribuíram para um processo de aceitação e adaptação à nova imagem corporal positivo. Entre eles, as relações interpessoais como um apoio crucial, uma vez que, para muitas participantes, o suporte prestado pela rede de apoio próxima assumiu um papel central no processo de reconstrução pessoal. As relações familiares, de amizade e até de profissionais serviram como um refúgio emocional e fonte de encorajamento (Bao & Zhang, 2023). Como partilhou uma das mulheres, *“tive um grande apoio do meu ex-marido, mesmo à distância”* (E1), refletindo a importância da presença ativa, mesmo que não física. O mesmo se aplica ao ambiente laboral *“tive muito apoio desde a minha empresa, aos meus colegas (...) às vezes dizia assim Eh pá, que chatos! Larguem-me lá da mão”* (E1), demonstrando um carinho que, apesar de exaustivo, era valorizado. A constante preocupação da família também surgiu como reforço emocional, como referiu uma das mulheres: *“Tive sempre apoio da família. Normalmente ligam-me toda a hora (...)”* (E1). Outras participantes evidenciaram a importância de *“ter por perto as pessoas certas”* (E5), dando ênfase a figuras familiares específicas como *“a minha mãe e a minha filha são o meu motor”* (E5), *“a minha afilhada foi logo para me ajudar (...) a minha cunhada pronta para me ajudar (...)”* (E3) ou ainda *“Tenho grande apoio da minha filha”* (E4). A convivência com amigas e integração em grupos sociais como a Universidade Sénior, também contribuíram para o sentimento de pertença e para o afastamento dos sentimentos de isolamento *“Não me deixavam estar sozinha (...)”* (E2). Este apoio foi, em muitos casos, complementado pelo acompanhamento psicológico, reconhecido como fundamental na adaptação. Algumas participantes mencionaram um encaminhamento precoce, tal como é referido pela E1 *“Aconselharam-me logo a ir para*

um psicólogo”, e vivenciaram essa ajuda de forma positiva, com reconhecimento do próprio profissional: *“Ela muitas vezes me dizia (...) quem me dera que 75% das pessoas que acompanho encarassem assim a doença”* (E1). Outras participantes procuraram ajuda psiquiátrica, face ao sofrimento emocional intenso: *“Eu tive de procurar ajuda psiquiátrica (...) senão eu não sei o que teria acontecido. Porque eu fui muito abaixo”* (E2), demonstrando que, para além das suas estratégias de *coping* pessoal e relacional, foi essencial reconhecer os seus próprios limites e pedir ajuda. O apoio psicológico continuado foi, assim, um recurso determinante para aquelas que o experienciaram: *“Estou a ser acompanhada pela psicológica”* (E1 e E5), facilitando a integração emocional da experiência e promovendo o caminho da aceitação.

Outro aspeto facilitador identificado foi o acesso à informação visual e realista antes da cirurgia. A visualização de imagens de outras mulheres, com o devido consentimento, foi apontada como uma estratégia que deveria ter sido seguida, uma vez que teria permitido antecipar o impacto estético para se preparem emocionalmente: *“Deviam elucidar-se mais antes da cirurgia (...) E visualizar imagens”* (E4); *“Ver, saber o que esperar, ajuda a preparar o coração”* (E5). Estas sugestões apontam para a importância de uma comunicação mais transparente, empática e orientada para o empoderamento da mulher. Esta necessidade é corroborada por Tyner & Freysteinson (2023), que defendem que o acesso a imagens realistas e a informação clara sobre os resultados da cirurgia pode reduzir a ansiedade e facilitar o processo de aceitação. Simultaneamente, os grupos de apoio e *follow-up* contínuo foram realçados pelas participantes, essencialmente pela partilha de experiência entre pares e pelo sentimento de pertença que proporcionam: testemunhos entre pares, na partilha de experiências e no sentimento de pertença que daí advém: *“Se tiverem um conjunto de mulheres que ouvissem outros relatos (...) conseguem perceber: ok, é aquilo que eu sinto”* (E1); *“Podia existir uma linha de apoio ou chamadas mensais (...)”* (E5). Estas propostas reforçam a importância de espaços de expressão coletiva e de seguimento pós-operatório, onde as mulheres se sintam acolhidas, validadas e compreendidas.

Contudo, o processo de adaptação à nova imagem corporal não é isento de barreiras significativas. Uma das mais referidas foi a falta de preparação para o impacto pós-cirúrgico, resultando em reações de choque, angústia e sofrimento no momento de exposição do próprio (Tyner & Freysteinson, 2023). Várias mulheres descreveram o primeiro contacto visual com o corpo após a cirurgia como um momento altamente impactante, vivido com dor e choque: *“Foi um choque. Foi um choque mesmo. Foi. E ainda hoje, a falar sobre isto, ainda vem as emoções ao de cima (...)”* (E2). A ausência de informações prévias sobre o aspeto da mama após mastectomia agravou este confronto, levando a sentimentos de confusão e de frustração: *“Não me disseram como ia ficar (...)”* (E4), *“Ninguém me explicou o que poderia acontecer”* (E5), tendo que a

própria descrição da cicatriz como “Grande” (E3) ou “Tudo horrível” (E4) mostra o desconhecimento, o que contribui para uma percepção negativa do próprio corpo, dificultando a aceitação. De acordo com Morales-Sánchez et al. (2021), a omissão de informações detalhadas sobre a cirurgia e seus resultados pode aumentar a ansiedade, o medo e a rejeição da nova imagem corporal, sublinhando a necessidade de uma comunicação empática e individualizada por parte dos profissionais de saúde. A antecipação do impacto visual da cirurgia deve, por isso, ser integrada no plano terapêutico, prevenindo que a mulher enfrente esta experiência de forma abrupta e solitária.

Outro obstáculo amplamente identificado foi o medo de se ver ao espelho, que traduz a dificuldade em enfrentar visualmente o novo corpo. Algumas mulheres evitaram ou adiaram este contacto com a imagem refletida ou o fizeram em isolamento, sem apoio: “Não me pus lá ao espelho da casa de banho a olhar para nada (...) fui fazer a minha higiene” (E3); “Acho que vai ser um bocadinho horrível olhar para isso novamente” (E4). Estes relatos apontam para o reforço da presença do enfermeiro neste momento-chave pode ser decisiva para a forma como a mulher interioriza a sua imagem corporal. Através da adoção dos princípios de uma comunicação terapêutica, como a empatia, a escuta ativa e a validação das emoções, o EEESMO pode facilitar um encontro mais seguro e menos traumático, transformando-o num espaço de cuidado e de reconstrução da identidade.

A ausência dessa preparação refletiu-se também no reconhecimento da falta de formação dos profissionais de saúde, sobretudo no serviço de internamento. Algumas participantes sentiram-se desamparadas, referindo a carência de gestos simples de empatia e escuta como profundamente marcantes: “Acho que foi uma grande falha do internamento” (E2), “Durante o internamento, ninguém sabe o que vai cá dentro (...) Só uma palavra de conforto, um ‘como está hoje?’, podia fazer toda a diferença” (E5). Estes testemunhos constituem um contributo valioso para a prática clínica, comprovando o potencial das mulheres enquanto parceiras ativas na construção de cuidados individualizados e holísticos. Tanto os estudos de Lundberg & Phoosuwan (2022) e Tyner & Freysteinson (2023), consideram imprescindível o suporte contínuo e individualizado, a par da necessidade de implementar intervenções educativas direcionadas para a imagem corporal e autoestima. Neste sentido, o EEESMO assume como interveniente fulcral na criação de uma relação terapêutica com base na confiança, escuta ativa e na valorização da narrativa individual da mulher, permitindo uma reconstrução da autoimagem e uma vivência mais positiva deste processo saúde-doença.

Em suma, a adaptação à nova imagem corporal após mastectomia é um processo marcado por estratégias promotoras da autoestima e do equilíbrio emocional,

como a manutenção de rotinas, o apoio interpessoal, a espiritualidade e a projeção para o futuro. No entanto, a falta de preparação adequada e o apoio escasso dificultam esta adaptação. O EEESMO oferece suporte emocional, comunicação empática e cuidados individualizados, promovendo uma imagem corporal positiva e, conseqüentemente, o bem-estar físico e emocional da mulher mastectomizada.

3 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O percurso formativo na área de ESMO representa uma vivência complexa, exigente e profundamente transformadora, tanto a nível pessoal como profissional. A aquisição de competências especializadas ao longo dos estágios visa assegurar a prestação de cuidados diferenciados, humanizados e baseados na evidência, centrados na mulher, grávida, no recém-nascido, família e comunidade, estando em consonância com os princípios éticos, legais e científicos que regem a profissão de Enfermagem. De acordo com o Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), o EEESMO deve mobilizar um conjunto de competências específicas organizadas em cinco domínios essenciais: investigação, formação, gestão de cuidados, desenvolvimento profissional e clínico (OE, 2019a). Cada um destes domínios foi vivenciado e progressivamente consolidado ao longo dos estágios, permitindo uma investigação reflexiva e crítica do conhecimento teórico na prática assistencial.

Com este capítulo, pretende-se refletir o trajeto desenvolvido nos diversos contextos de estágios, seguindo uma ordem cronológica e descrevendo-se as atividades desenvolvidas com vista à consecução dos objetivos delineados no Projeto Individual de Estágio e à aquisição de competências comuns (OE, 2019a) e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019b). Para tal, adotou-se uma estratégia descritiva e reflexiva, que agrupa, inicialmente, as atividades desenvolvidas de forma transversal em todos os contextos de estágio, sendo posteriormente, apresentadas as aprendizagens adquiridas especificamente em cada módulo, atendendo à sua singularidade e exigências próprias (Anexo III).

Em todos os contextos, foi possível concretizar o primeiro objetivo específico delineado: integrar a estrutura física, bem como a dinâmica organizacional e funcional dos serviços. Este processo de integração requereu o estabelecimento de uma relação profissional com as enfermeiras cooperantes, chefias de serviço, enfermeiras coordenadoras e restante equipa multidisciplinar. Para além disso, procedeu-se à leitura e análise crítica dos documentos orientadores de cada contexto, desde protocolos, regulamentos a projetos institucionais, à exploração dos espaços físicos e recursos materiais disponíveis, assim como à definição criteriosa da distribuição dos utentes entre os EEESMO. Assim, ao integrar as equipas, de acordo com as suas metodologias de trabalho, permitiu identificar áreas de intervenção e projetos que contribuem para a melhoria da qualidade de cuidados prestados nos diversos serviços.

De seguida, definiu-se como objetivo específico 2: “Desenvolver um exercício profissional especializado, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos”. Como é referido do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015) e reforçado no

Regulamento nº 140/2019, o exercício profissional do EEESMO deve, de forma contínua e consistente, salvaguardar os direitos da pessoa à privacidade, confidencialidade, dignidade e autodeterminação, respeitando os valores, crenças e práticas culturais e espirituais. Desta forma, ao longo do estágio, promoveu-se uma atuação de acordo com os princípios éticos e deontológicos, refletida em comportamentos como o respeito pelo sigilo profissional, a garantia da segurança dos cuidados prestados, a avaliação criteriosa de situações de risco ou de vulnerabilidade experienciadas pela mulher, casal e família, com uma postura empática e respeitosa. Foram, igualmente, implementadas intervenções que garantissem não só o bem-estar físico, mas também o conforto emocional e o reconhecimento da pessoa como um ser único e autónomo. Desta forma, este processo implicou uma constante reflexão crítica sobre as situações vivenciadas em estágio, fomentando a prática reflexiva, quer forma individual, quer em conjunto com os Enfermeiros, Docente Orientador e equipas multidisciplinares. A par disso, considerou-se pertinente desenvolver Jornais de Aprendizagem (Apêndice VI), permitindo uma reflexão ética, crítica, com base na melhor evidência disponível, reforçando a segurança e a qualidade dos cuidados especializados prestados.

Posteriormente, tendo em conta o terceiro objetivo delineado no PIE: Desenvolver intervenções de enfermagem de saúde materna e obstétrica na promoção da autoimagem nas mulheres, com base na melhor evidência científica, foi realizada uma revisão narrativa sobre os conceitos da autoimagem na mulher mastectomizada e uma *Scoping Review*, cujo foco incidiu no mapeamento das intervenções de enfermagem realizadas à mulher mastectomizada, promotoras da autoimagem. Ainda que estas mulheres, felizmente, não constituíssem a maioria da população inserida nos contextos clínicos, esta pesquisa permitiu aprofundar o conhecimento teórico sobre a autoimagem feminina, numa perspetiva holística e humanizada, facilitando a sua adaptação às diversas realidades observadas ao longo dos estágios. Considerando a especificidade de cada serviço e a reduzida presença de mulheres submetidas a mastectomia, foi necessário adaptar as intervenções e reflexões à realidade de cada local de estágio, alargando o foco da promoção da autoimagem nas outras fases do ciclo reprodutivo da mulher, como a gravidez, pós-parto e puerpério, que são momentos frequentemente marcados por alterações significativas na perceção corporal e emocional. Com o intuito de identificar o que existia sobre a autoimagem em cada uma das fases do ciclo reprodutivo da mulher, realizaram-se revisões da literatura, o que permitiu não só a construção de uma base teórica sustentada para a compreensão das alterações na autoimagem feminina, como também um instrumento de suporte à prática reflexiva, permitindo integrar a investigação na prestação de cuidados. Esta abordagem fomentou uma cultura sensível e consciente por parte dos profissionais de saúde, promovendo a valorização da autoestima, da identidade e da dignidade da mulher ao

longo das diversas etapas da sua vivência reprodutiva e pessoal.

No seguimento do terceiro objetivo, o quarto objetivo visou estruturar, implementar e reformular atividades e intervenções individualizadas que contribuíssem para a compreensão do impacto das alterações corporais vivenciadas pelas mulheres, com o intuito de promover uma autoimagem positiva e, por consequência, melhorar a qualidade de vida. Apesar deste domínio de intervenção não constitua, tradicionalmente, o foco central da prática do EEESMO, reconheceu-se a sua relevância transversal ao ciclo reprodutivo feminino, sendo possível desenvolver gestos simples e impactantes, com o intuito de reforçar o empoderamento e bem-estar das mulheres nos diversos contextos clínicos. Neste sentido, e em coerência com os dados emergentes das revisões realizadas, foram idealizadas e concretizadas ações como a divulgação de podcasts temáticos, a organização de sessões de educação para a saúde direcionadas para a aceitação corporal e o autocuidado, bem como a colocação estratégica de frases motivacionais e promotoras de uma imagem corporal positiva em locais de passagem e permanência, como espelhos, casa de banho, entre outros. Estas intervenções revelaram-se facilitadoras de momentos de reflexão, valorização pessoal e aceitação da imagem corporal, especialmente em fases da vida marcadas por mudanças físicas e emocionais profundas, como a gravidez, o pós-parto ou o puerpério, bem como fomentaram um vínculo de confiança entre o profissional e a mulher, valorizando a escuta ativa, a empatia e o apoio emocional como ferramentas essenciais à promoção da saúde.

O antepenúltimo objetivo visou promover oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento/crescimento profissional, permitindo consolidar o papel da estudante enquanto futura EEESMO. Esta dimensão formativa transversal sustentou-se na identificação de necessidades, não só manifestadas pelas mulheres, casais e famílias acompanhadas, mas também sinalizadas pelas enfermeiras cooperantes, docente orientadora e pelos demais elementos pertencentes à equipa multidisciplinar. Com isto, adotou-se uma atitude de proatividade, iniciativa e abertura à crítica construtiva, que se traduz na aceitação e integração de feedbacks recebidos e na adoção de estratégias com vista à melhoria contínua dos cuidados. Através da prática reflexiva, foi possível reconhecer limitações pessoais e profissionais e, simultaneamente, identificar os progressos realizados ao longo do percurso clínico, sempre em articulação com os objetivos definidos no PIE e com as competências comuns estabelecidas no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (2019a). A consulta e análise de protocolos institucionais, bem como a participação ativa em atividades e formações internas promovidas pelas equipas dos diferentes contextos, possibilitaram reforçar a ligação entre a teoria e a prática e promover uma maior capacitação para adaptar às novas realidades organizacionais e assistenciais. Esta tipologia foi essencial para

consolidação da identidade profissional como futura EEESMO, orientada pela ética, pelo rigor científico e pela humanização dos cuidados.

Por fim, procurou-se, com o penúltimo objetivo, adquirir e desenvolver competências no âmbito na gestão de recursos humanos e coordenação dos cuidados, reconhecendo a importância de uma atuação qualificada e responsável pela melhoria contínua e qualidade da prática profissional. Esta dimensão foi explorada de forma transversal em todos os estágios, ainda que com diferentes níveis de profundidade, consoante a especificidade dos serviços e a autonomia permitida enquanto Estudante da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. A integração nas equipas permitiu a observação e participação em processo de organização, planeamento e articulação de intervenções de enfermagem, assim como a análise das metodologias de distribuição de cuidados. A partir da colaboração com as enfermeiras chefes, coordenadoras e cooperantes, foi possível compreender os mecanismos de alocação de recursos humanos, apoio na gestão de transferências, encaminhamento das utentes, articulação com diferentes serviços intra e extra-hospitalares, reposição *de stock*. Esta aprendizagem contribuiu para o fortalecimento de uma visão mais ampla e crítica sobre a eficiência dos cuidados e a racionalização dos recursos, sempre com o objetivo de garantir a segurança, continuidade e humanização da assistência prestada à mulher, recém-nascido e família.

Em síntese, o cumprimento dos objetivos delineados reforça o compromisso de continuar a evoluir enquanto profissional de saúde, de modo a prestar cuidados de excelência e no respeito pelos princípios fundamentais da Enfermagem. Neste percurso, destaca-se ainda o contributo do objetivo 7: “Elaborar o Relatório Final do Estágio e desenvolver competências investigativas enquanto EESMO”, que permitiu aprofundar o espírito crítico e investigativo através da consecução da ScR e um estudo primário qualitativo do tipo descritivo que pretendeu responder à seguinte questão de investigação: “*Quais as intervenções de enfermagem em mulheres mastectomizadas, promotoras da imagem corporal?*”. Aliado a estes aspetos, pretendemos sistematizar e refletir sobre a prática desenvolvida. Este processo de investigação e análise crítica foi crucial na consolidação de aprendizagens, integração do conhecimento científico na prática clínica e no contributo com propostas inovadas e fundamentadas para a melhoria contínua dos cuidados de SMO. A elaboração do presente relatório constitui, assim, não apenas um exercício académico, mas também uma oportunidade de crescimento profissional e científico.

3.1 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE

A gravidez é um processo inigualável na vida de uma mulher. De acordo com a Direção-Geral de Saúde (DGS) (2015), este conceito é definido como um processo fisiológico e emocional no decurso da vida da mulher e da sua família e não como um estado de doença que requer tratamento. Trata-se da adaptação a uma nova condição de vida que culmina no nascimento de uma ou mais crianças, sendo por isso uma experiência multidimensional marcada por transformações físicas, psicológicas e sociais. Estas mudanças constituem estímulos internos e externos que desafiam a mulher e o casal a adaptarem-se a uma nova realidade (Cardoso et al., 2023).

Assim, a gravidez deve ser compreendida não apenas como um evento biológico, mas como uma experiência psicossocial complexa que exige um acompanhamento sensível e individualizado (Burchert, 2018, Cardoso et al., 2023). Cabe ao EEESMO apoiar este processo de transição, promovendo o *empowerment* da mulher e casal através da escuta ativa, educação para a saúde e da criação de um vínculo terapêutico seguro.

Desta forma, a saúde da grávida pressupõe o equilíbrio entre fatores de proteção, como o apoio familiar, a informação adequada e o acesso a cuidados de saúde humanizados e centrados na mulher, e fatores de risco, que podem incluir condições clínicas pré-existentes, vulnerabilidades psicossociais ou contextos socioeconómicos desfavoráveis (Cardoso et al., 2023). O acompanhamento prestado no contexto de cuidados de saúde primários é fundamental para identificar precocemente essas necessidades e promover estratégias de adaptação saudáveis, nomeadamente intervenções educativas, preventivas e vigilância clínica (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [ACEESMO], 2021).

O estágio realizou-se entre os dias 18 de setembro e 25 de outubro de 2024, com uma carga horária de 150 horas de prática clínica acompanhada por uma EEESMO na Unidade Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e na Unidade de Cuidados na Comunidades (UCC), ambas localizadas na mesma região. A experiência foi enriquecida pelo contacto com diferentes perfis de profissionais, sobretudo na UCC, cuja equipa de enfermagem é constituída por diversos Enfermeiros Especialistas, incluindo 1 Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. No entanto, na UCSP, a realidade foi distinta, contando apenas com 2 EEESMO, sendo que uma delas integra a equipa da UCC, realizando horas extraordinárias para garantir a continuidade dos cuidados às mulheres grávidas na área de residência.

Foi pertinente conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional dentro das duas instituições inseridas numa Unidade de Saúde Local (ULS), pelo facto de terem dinâmicas diferentes (objetivo 1). Esta familiarização com os contextos institucionais e a sua realidade organizacional, permitiu um desenvolvimento de um exercício profissional especializado, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos, ao

ajustar a intervenção à diversidade de equipas, recursos disponíveis e especificidades culturais e sociais das utentes, essencialmente na UCSP (objetivo 2).

Por um lado, dentro da área da Saúde Materna e Obstétrica, destaca-se o Programa de Preparação para o Parto, Nascimento e Parentalidade (PPNP), no qual são fornecidas intervenções a serem implementadas durante a gravidez, parto e pós-parto, com o intuito de fornecer orientações e/ou ferramentas necessárias para o nascimento de um ou mais crianças e para a readaptação aos novos papéis (Cardoso et al., 2023; Tataj-Puzyna, 2023). Neste projeto, participa uma EEESMO em articulação com uma Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, uma vez que apresentam sessões de massagem ao recém-nascido e cuidados ao bebé nos primeiros dias de vida.

A participação no planeamento e dinamização destas sessões, permitiu promover oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento profissional (objetivo 5), nomeadamente na aplicação de conhecimentos teórico-práticos sobre educação para a saúde, empoderamento parental e comunicação terapêutica. Além disso, a observação da dinâmica de grupo entre grávidas e casais, favoreceu a compreensão do impacto das experiências partilhadas não só em relação a questões de aconselhamento para a sua gravidez, como também na aceitação das transformações físicas e emocionais decorrentes desta fase. Deste modo, considerou-se crucial desenvolver intervenções de enfermagem de saúde materna e obstétrica na promoção da autoimagem nas mulheres (objetivo 3), através de sessões de consciencialização das alterações corporais da gravidez interrelacionadas com as modificações no pós-parto e das estratégias a implementar para lidar com esta situação de uma forma positiva e a importância do autocuidado, indo de encontro ao objetivo 4 proposto “Estruturar, implementar e reformular atividades/programas/intervenções individualizadas, com o intuito de compreender o impacto das alterações corporais vivenciadas, de modo a promover uma autoimagem positiva e, conseqüente, melhoria da qualidade de vida”.

Não obstante, reconhece-se que o tempo disponível para a concretização destas sessões foi limitado, tanto em consulta como nas sessões de preparação para o parto, o que condicionou a possibilidade de aplicar de forma mais estruturada todas as intervenções inicialmente idealizadas. Ainda assim, procurou-se garantir que cada evento fosse uma oportunidade de partilha, escuta ativa e promoção do bem-estar físico e emocional das grávidas e dos casais. A resposta positiva das participantes reforçou a pertinência de abordar temas como a imagem corporal, o autocuidado e a valorização da mulher neste período de transição. Neste contexto, a promoção de uma autoimagem positiva não se restringiu apenas ao plano físico, mas também se estendeu à valorização da identidade materna em construção, reforçando a necessidade de cuidados que integrem a dimensão social, emocional, física e cultural da vivência da gravidez e do

pós-parto.

O programa decorre em regime hídrico (online e presencial) e no caso de sessões presenciais, os encontros eram realizados na UCC ou na Junta de Freguesia da área de residência, conforme a disponibilidade do serviço. Estas sessões são usualmente direcionadas a nulíparas no terceiro trimestre da gravidez e/ou a dois meses da data provável do parto (DPP). No entanto, também foram igualmente incluídas primíparas e múltiparas, reconhecendo-se que o nível de conhecimento e a experiência prévia variam consideravelmente entre as participantes. Tal diversidade reforça a importância de adaptar os conteúdos às necessidades individuais, promovendo uma atualização dos conhecimentos e o reforço de competências para a vivência do parto e da parentalidade de forma informada e segura. A seleção destas grávidas e/ou casais é feita por meio de um questionário com dados gerais, pessoais e sobre a gravidez, enviado por e-mail, sendo os participantes posteriormente contactados de acordo com a DPP e a disponibilidade de vagas. Apesar de direcionado preferencialmente a utentes inseridas nas ULS da sua área de residência, a participação de outras utentes não é excluída (DGS, 2020).

Por outro lado, a UCSP integra a Consulta de Saúde Materna, destinada à consulta pré-concepcional, planeamento familiar, vigilância de gravidez de baixo risco e pós-parto. Atualmente, esta área geográfica é marcada por um acentuado fluxo migratório, o que influencia diretamente o perfil sociocultural das utentes, estando inserida nos 5 concelhos com maior número de estrangeiros (Dados Institucionais, 2023). As situações migratórias têm vindo a ser associadas a uma maior morbimortalidade obstétrica, sobretudo devido à insuficiente vigilância pré-natal, frequentemente condicionada por fatores como vulnerabilidade socioeconómica, barreiras linguísticas e diferentes representações culturais sobre a gravidez (Radjack et al., 2023). Este cenário contribui para uma crescente sobrecarga das consultas, agravada pela elevada procura dos cuidados de saúde materna a nível nacional. Perante este facto, e tendo em conta o número elevado de mulheres sem médico de família, somente se incidiu na consulta de vigilância de baixo de risco com a necessidade constante de articulação com outros serviços para garantir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, como a referência para uma unidade hospitalar mais próxima. Neste contexto, observou-se e colaborou-se na gestão de recursos humanos e na coordenação de cuidados, competências essenciais para assegurar a qualidade e melhoria contínua da prática profissional (objetivo 6), essencialmente quando a escassez de profissionais impõe reajustes na agenda e na organização nas consultas.

No âmbito da consulta de vigilância de gravidez de baixo risco, foram efetuados diversos procedimentos, com o objetivo de monitorizar a saúde materno-fetal e detetar precocemente potenciais complicações. A avaliação por parte do EEESMO inclui a

avaliação dos sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura e dor), controlo do peso e cálculo do IMC. É também avaliada a altura do fundo uterino para acompanhar o crescimento fetal e a auscultação dos batimentos cardíacos fetais, com recurso ao Doppler, o que reforça o vínculo com a mãe. Após esta avaliação, segue-se a anamnese dirigida, procurando identificar eventuais sinais ou sintomas de alerta, confirmar os exames complementares efetuados e a leitura atualizada do Boletim de Saúde da Grávida (BGS). Esta etapa ainda é complementada pela promoção da educação para a saúde, incidindo em temas relevantes como a nutrição, alterações fisiológicas da gravidez, sinais de alarme, sexualidade, saúde mental, preparação para o parto e cuidados no pós-parto (OE, 2019b). Contudo, tendo em conta o tempo limitado de cada consulta e o elevado número de utentes, uma das estratégias adotadas no terreno, que se revelou útil, foi a concretização de um *flyer* informativo com os principais conteúdos de educação para a saúde abordados ao longo da gravidez (objetivo 4, 5 e 6). Esta ferramenta escrita permite reforçar mensagens-chave, servindo de apoio à literacia em saúde das grávidas e, simultaneamente, otimiza o tempo do profissional de saúde, uma vez que, por esta via, todas as mulheres têm acesso à informação visual e prática, mesmo que o tempo da consulta não permite aprofundar todas as temáticas (Couto, 2003).

Paralelamente às consultas de vigilância da gravidez, foi possível consolidar e aprofundar competências na área do planeamento familiar, através da participação ativa em consultas destinadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher. Estas consultas permitiram não só a aquisição de conhecimento teórico sobre os diferentes métodos contraceptivos, mas também o desenvolvimento de competências clínicas e relacionais fundamentais para a prática profissional em ESMO (OE, 2019b). Ao longo das consultas, procedeu-se: à avaliação do estado geral de saúde de mulheres em idade fértil; à realização da anamnese dirigida, com enfoque no histórico ginecológico e obstétrico; à discussão de forma individualizada as várias opções de contraceção disponíveis, tendo em conta as preferências, contraindicações e o contexto de vida de cada utente. Este processo de aconselhamento revelou-se essencial para promover a tomada de decisão informada e autónoma por parte das mulheres, respeitando os seus direitos sexuais e reprodutivos (Sociedade Portuguesa da Contraceção [SPC], 2009). Durante este período, houve a oportunidade de observar e participar na colocação de implantes hormonais subcutâneos, procedimentos de grande destreza manual, rigor técnico, que implicam uma comunicação empática, a par da criação de um ambiente de confiança e segurança para que a mulher se sinta confortável, acolhida e esclarecida durante os procedimentos.

A implementação deste tipo de estratégias permitiu o desenvolvimento e crescimento do exercício profissional (objetivo 2 e 5), ao exigir competências de seleção,

síntese e adaptação de conteúdos científicos às especificidades culturais e sociais da população cuidada. Este processo exigiu um domínio técnico-científico e uma sensibilidade comunicacional e ética na abordagem das diferentes realidades vividas pelas mulheres e casais. A elaboração contínua do Jornal de Aprendizagem revelou-se fundamental neste percurso, refletindo criticamente sobre experiências vividas, identificando-se necessidades formativas e reconhecendo-se os progressos alcançados ao longo do estágio. Tal crescimento só foi possível graças ao suporte contínuo, à preparação prévia e ao feedback construtivo disponibilizados pela por parte da EEESMO cooperante da UCC.

3.2 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA

Este contexto de estágio decorreu entre os dias 28 de outubro a 4 de dezembro de 2024, com duração de 150 horas, no âmbito dos cuidados especializados à mulher com gravidez de risco, seja por patologia materna, fetal ou situações que exigem monitorização e vigilância contínuas. Paralelamente, este serviço acolhe grávidas em fase latente de trabalho de parto (TP) ou em contexto de indução de TP, o que exige uma vigilância rigorosa e cuidados individualizados.

O serviço de Internamento Materno-Fetal, inserido num hospital de nível III na Região de Lisboa e Vale do Tejo, dispõe de 19 camas distribuídas por quartos duplos até quádruplos, estando as utentes organizadas conforme a natureza dos cuidados prestados. Por exemplo, o quarto situado em frente à sala de enfermagem é destinado a grávidas em indução de TP, enquanto os quartos situados nas alas inicial e final do serviço apresentam mulheres grávidas em vigilância. Existe ainda um quarto reservado para situações mais delicada como interrupções médicas da gravidez (IMG) e/ou interrupções voluntárias da gravidez (IVG) provenientes da consulta.

A equipa de enfermagem é composta por 22 elementos, dos quais 17 são EEESMO e 5 são enfermeiros de cuidados gerais. Esta equipa está distribuída de forma a garantir 3 EEESMO no turno da manhã e tarde, e 2 EEESMO no turno da noite, assegurando uma vigilância diferenciada e contínua, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados (objetivo 6). Este ambiente especializado proporcionou-me a integração numa equipa multidisciplinar e a aquisição de conhecimentos teórico-práticos e o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e de tomada de decisão no âmbito da vigilância da gravidez de alto risco (objetivo 1).

As gravidezes de alto risco representam um desafio relevante para a saúde pública, representando uma parcela significativa de mulheres em Portugal. Estas são frequentemente associadas a condições pré-existentes ou decorrentes da gravidez como hipertensão arterial, diabetes gestacional, gravidez múltipla e outras patologias

(Ferrey et al., 2021). Para além das implicações físicas, as grávidas de alto risco exigem um reajuste emocional e psicológico por parte da mulher, uma vez que se confrontam não apenas com as alterações fisiológicas inerentes à gestação, mas também com o processo de saúde-doença. Posto isto, o EEESMO assume uma importância acrescida, na medida em que é o profissional capacitado para avaliar, intervir e acompanhar estas mulheres de forma holística, promovendo estratégias de *coping* adaptativo e favorecendo a vivência positiva da gravidez, perante a complexidade do quadro clínico (Roy, 2001). Deste modo, foram prestados cuidados a 134 grávidas/famílias, de acordo com a tabela 2:

Tabela 2 – Exames Pré-Natais e grávidas assistidas

Grávidas em ITP	Grávidas de Risco	IMG e IVG	Total Exames Pré-Natais
76	54	4	134

Para o acolhimento no serviço e equipa, era realizada uma colheita sistemática e criteriosa de informação relevante para planear, diagnosticar e tomar decisões clínicas e fundamentadas, dirigidas aos cuidados de enfermagem especializados na grávida de alto risco. Esta fase inicial, muitas vezes subvalorizada, é crucial para estabelecer uma relação terapêutica e garantir um cuidado centrado na mulher. A partir de entrevistas, do BSG e da consulta processo clínico informatizado, era possível recolher um conjunto alargado de dados pessoais, familiares, obstétricos/ginecológicos e informações específicas da gravidez atual. Em complementaridade à recolha de dados, realizaram-se intervenções clínicas específicas do EEESMO, como a auscultação dos batimentos cardíacos fetais (BCF), a avaliação da dinâmica uterina, a vigilância dos parâmetros maternos e fetais, bem como a monitorização do bem-estar materno-fetal através avaliação dos traçados cardiotocográficos (CTG) (Graça, 2017).

Em contexto de ITP, a intervenção do EEESMO incluía ainda a realização da cervicometria para avaliar o colo uterino segundo Índice de Bishop, permitindo aferir a apresentação fetal e progressão de TP. Esta avaliação era realizada de forma criteriosa, respeitando o conforto e a privacidade da mulher, sendo essencial para a tomada de decisões clínicas partilhadas e para a adequação das intervenções terapêuticas. Conforme evolução do processo, procedia-se à administração de métodos farmacológicos e a aplicação de estratégias não farmacológicas, como mudanças posturais, banhos mornos, lateralização materna, escuta ativa, relação terapêutica, suporte afetivo, reconhecendo também o impacto psicológico da hospitalização e do processo de indução. Estas intervenções, integradas e fundamentadas, traduziam-se em cuidados humanizados, seguros e essenciais na vigilância diferenciada da gravidez de alto risco (objetivo 5).

Não obstante, este momento não se limitava à dimensão biomédica, ou seja,

procurava-se também compreender a aceitação da gravidez, o contacto de referência em caso de necessidade e, mais particularmente, os sentimentos das mulheres em relação à hospitalização e à sua imagem corporal. Este aspeto mostrou-se sensível e significativo, nomeadamente em grávidas com internamentos prolongados, em ITP ou com condições clínicas complexas. Foi evidente, tanto na literatura como no contexto apresentado, que, muitas mulheres experienciavam sentimentos de medo, insegurança, perda de controlo, alterações da autoestima e, conseqüentemente, negligenciavam a sua aparência física, revelando-se um dado clínico relevante para a prática do EEESMO ao nível da promoção de uma autoimagem positiva e na prestação do apoio emocional (objetivo 3) (Monteiro, 2012; Santos, 2018).

Desta forma, o acolhimento transformou-se numa intervenção clínica estruturada, sustentada nos princípios éticos e deontológicos (objetivo 2), permitindo identificar necessidades específicas, formular diagnósticos de enfermagem e desenvolver intervenções individualizadas centradas na mulher (objetivo 3). Neste contexto de prática especializada, foram igualmente desenvolvidas estratégias e projetos inovadores com o objetivo de promover a reflexão crítica, disseminar conhecimento e apoiar emocionalmente as mulheres e os profissionais.

Tendo em consideração o perfil da população internada, a natureza das patologias associadas e os impactos psicossociais das alterações corporais em contexto de gravidez de alto risco, surgiu a ideia de desenvolver uma revisão da literatura, com o intuito de averiguar as intervenções de enfermagem promotoras de uma imagem positiva nas mulheres grávidas em condições de alto risco (Apêndice VII). Esta revisão visa mapear a evidência científica existente, clarificar lacunas do conhecimento e sobretudo, traduzir o conhecimento em intervenções clínicas concretas, com aplicações em diversos contextos, tanto hospitalares como comunitários (objetivo 4 e 6). Esta iniciativa constituiu, simultaneamente, um exercício de aprendizagem ativa e desenvolvimento profissional, com potencial de impacto na qualidade dos cuidados prestados e na capacitação dos profissionais envolvidos (objetivo 5). Paralelamente e, reconhecendo a importância do apoio emocional às mulheres internadas, especialmente em contextos de grande vulnerabilidade, foi implementada uma estratégia de intervenção simples, mas profundamente significativa, intitulada “Cada dia, uma força” (Apêndice VIII). Esta iniciativa consistiu na colocação de frases motivacionais em locais estratégicos do serviço, sobretudo nos espelhos, casa de banho, com o objetivo de transmitir coragem e esperança nesta fase tão crítica para as mulheres hospitalizadas. As mensagens foram selecionadas cuidadosamente, com linguagem empática, visando reforçar a autoestima e a resiliência das grávidas perante a situação clínica, contribuindo para uma perceção mais positiva de si mesmas e da sua jornada da maternidade (objetivo 2). Esta abordagem, ainda que simbólica, reflete um cuidado humanizado e atento às

dimensões subjetivas da experiência da gravidez em contexto de risco, alinhando-se com os princípios éticos e deontológicos do exercício profissional (objetivo 1) e com a promoção de práticas inovadoras e sensíveis às necessidades das grávidas. A articulação entre a experiência prática, os dados emergentes da revisão e a colocação de frases motivacionais em lugares estratégicos revelou-se, assim, um exemplo concreto de como estruturar, implementar e reformular intervenções de enfermagem centradas na mulher, promovendo a sua autoimagem e qualidade de vida, mesmo em contextos de elevada complexidade (objetivos 3, 4 e 6).

Assim, neste âmbito, e com o objetivo de sensibilizar a equipa para esta temática, foi realizada uma formação em serviço, apresentada no dia 4 de dezembro de 2024, com duração de 40 minutos, em formato presencial, dirigida a 8 profissionais de saúde após a passagem de turno no serviço. Este momento de partilha veio a reforçar o compromisso com um apoio contínuo às mulheres em situação de vulnerabilidade, bem como acolher sugestões construtivas para melhoria da intervenção proposta. A posteriori, foi realizada uma avaliação da formação, à qual todos os participantes responderam, demonstrando-se globalmente muito satisfeitos com a pertinência, iniciativa e aplicabilidade da sessão na promoção de uma imagem corporal positiva (objetivos 4 e 5) (Apêndice XIII).

Simultaneamente, o desenvolvimento de um Jornal de Aprendizagem, de acordo com Ciclo de *Gibbs*, possibilitou a consolidação deste processo de aprendizagem, intervenção e transformação profissional. Este instrumento foi usado não só para registar vivências, dificuldades e conquistas no estágio, mas também como um instrumento de autorreflexão crítica, potenciando a aquisição de competências clínicas, relacionais e investigativas (objetivo 5).

Em suma, este percurso de estágio foi marcado pela integração ativa numa equipa especializada, pela consolidação de saberes técnico-científicos e pela criação de respostas inovadoras e humanizadas às necessidades das grávidas em contexto de risco, relevando-se uma experiência transformadora e enriquecedora para o exercício autónomo e responsável como EESMO.

3.3 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA EM GINECOLOGIA

O estágio de Ginecologia sucedeu entre os dias 9 de dezembro e 20 de dezembro de 2024, com uma carga horária de 50 horas, correspondendo a duas semanas de prática clínica. Apesar do seu carácter breve, possibilitou o contacto direto com a mulher/casal/comunidade nas diferentes fases do ciclo vital, incluindo processos de saúde-doença ginecológica (OE, 2019b). Esta diversidade demonstrou-se ser enriquecedora pela consolidação de competências técnico-científicas e relacionais

centradas numa abordagem holística, sensível às necessidades e experiências únicas de cada mulher.

A prática desenvolveu-se na Unidade de Ginecologia de um hospital de nível III, da região de Lisboa e Vale do Tejo, caracterizado pela elevada complexidade dos cuidados prestados, tendo incluído a observação e a participação ativa em diversos espaços clínicos, nomeadamente consultas de planeamento familiar, propostas de histeroscopias, salas de pensos, colposcopia e bloco cirúrgico dedicado a intervenções ginecológicas. Esta experiência permitiu vivenciar diferentes modalidades de intervenção do EEESMO promovendo uma visão abrangente e integrada da saúde ginecológica. (objetivos 1, 2 e 3).

Durante o acompanhamento nas consultas, destacou-se a importância da comunicação empática, no sentido de criar uma relação terapêutica, essencialmente em contextos marcados por ansiedade e medo, como é o caso das mulheres em vigilância ou diagnóstico de patologias malignas. As intervenções centraram-se na escuta ativa, na empatia e na transmissão de informação clara e humanizada, cumprindo os objetivos 1, 2 3 5, ao permitir o desenvolvimento de competências relacionais, éticas e técnicas ajustadas à complexidade de situação das utentes. A passagem por procedimentos como histeroscopia, frequentemente vividos com apreensão por parte das mulheres, enaltece a necessidade de uma atuação centrada no conforto, privacidade e bem-estar. Deste modo, foi possível assistir e intervir no alívio da dor e da ansiedade, através de estratégias como o toque terapêutico, apoio contínuo e a promoção de um ambiente seguro. Estas circunstâncias favoreceram um aprofundamento e reflexão sobre a humanização dos cuidados ginecológicos e a necessidade de integrar a dimensão emocional em todas as fases do cuidado.

Não obstante, este contexto sobressaiu-se pelo contacto com a área da senologia, nomeadamente no acompanhamento de mulheres com patologia oncológica, que enfrentam transformações físicas e emocionais profundas. O cancro da mama, por si só, já tem um impacto em todas as vertentes da vida de uma mulher, mas o facto de não apresentar uma ou mais mamas, como consequência de uma mastectomia, torna-se um fator particularmente desestruturante da identidade feminina, da autoimagem e da autoestima (Lundberg & Phoosuwan, 2022; Morales-Sánchez et al., 2021). Assim, tornou-se evidente a relevância do EEESMO na promoção de uma imagem corporal positiva e na prestação de apoio em contextos de vulnerabilidade acrescida (OE, 2019b). A intervenção do EEESMO, sustentada em práticas empáticas e centradas na mulher, pode ser facilitadora no processo de adaptação à doença e suas implicações biopsicossociais que dela decorrem.

Foi, neste enquadramento, que emergiu a necessidade de amplificar o conhecimento sobre as intervenções de enfermagem promotoras de uma imagem

corporal positiva nas mulheres mastectomizadas, conduzindo à apresentação da *Scoping Review* (Apêndice II), que serve de base a este relatório. Esta atitude surgiu como resposta a uma lacuna sentida na prática clínica, aliando a investigação à experiência vivida no terreno, num exercício de construção ativa de conhecimento especializado (objetivo 3, 4 e 7).

Como metodologia de sensibilização e compreensão desta realidade, foi dinamizado um momento formativo com recurso à projeção de um vídeo de um testemunho de uma mulher submetida a mastectomia, cuja partilha estimulou a empatia e o pensamento crítico entre profissionais. Esta sessão, realizada junto de um grupo restrito de oito elementos, decorreu em contexto de consulta, tendo promovido o diálogo sobre as implicações psicossociais da mastectomia, a perceção do corpo e as estratégias de *coping*. A discussão gerada evidenciou não só o impacto da doença oncológica, mas também a relevância das intervenções de enfermagem na reconfiguração do significado atribuído ao corpo após a cirurgia. A ScR proposta, aliada com a prática clínica e as vivências refletidas nos Jornais de Aprendizagem (Apêndice VI), visa mapear as intervenções de enfermagem disponíveis na literatura que promovem uma imagem corporal positiva. Esta revisão foi desenvolvida com rigor metodológico, alinhando-se com o objetivo 7: “Elaborar o Relatório Final do Estágio e desenvolver competências investigativas enquanto EEESMO”. Contribuindo para uma prática baseada na evidência e centrada nas necessidades das mulheres.

Em suma, esta experiência foi profundamente transformadora, por articular a prática clínica, a reflexão crítica e a investigação. Ao promover a integração entre saber, ser e fazer, possibilitou o compromisso com uma enfermagem especializada e comprometida com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e com a dignidade da mulher em todas as fases do seu ciclo vital.

3.4 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO

O puerpério é definido como o período que se inicia imediatamente após a dequitação e se estende até aproximadamente seis semanas após o parto, durante o qual ocorrem transformações fisiológicas, emocionais e sociais na vida de uma mulher, recém-nascido e da família (Ferreira, 2016). É uma fase marcada por intensas mudanças hormonais e pela reorganização da identidade da mulher, que incorpora um novo papel de mãe, exigindo uma readaptação física e emocional que pode ser vivenciada com ambivalência e desafios significativos (Sousa e Silva & Carneiro, 2014). Este período, embora muitas vezes idealizado, pode ser permeado por sentimentos contraditórios como felicidade, exaustão, insegurança e medo. A adaptação à parentalidade implica não apenas cuidar do recém-nascido, mas também o reajuste aos

papéis conjugais, sociais e ocupacionais, exigindo suporte emocional e físico adequado por parte dos profissionais (Strang & Sullivan, 1985; Walker et al., 2002; Montgomery et al., 2013).

Desta forma, a atuação do EEESMO surge como crucial para promover uma vivência positiva do puerpério, respeitando a individualidade da família e da mulher, assegurando os cuidados centrados nas suas necessidades e, promovendo a capacitação para os cuidados ao recém-nascido e transição para a parentalidade (OE, 2019b). Não obstante, a intervenção do EEESMO deve abranger a vigilância da recuperação da recuperação física da mulher, apoio à amamentação, promoção da vinculação mãe-bebé e o reconhecimento de sinais de sofrimento psicoemocional como o baby blues ou depressão pós-parto (Leitão, 2016).

Com base nestes pressupostos, o desenvolvimento de competências no serviço de internamento de puerpério de um Hospital nível III, da região de Lisboa e vale do Tejo, decorreu sob a orientação de uma EEESMO, num total de 150 horas, entre os dias 8 de janeiro a 13 de fevereiro. Primeiramente, foi oportuno conhecer a estrutura física, organizacional e funcional dos serviços (Objetivo 1). O serviço está distribuído por 2 andares: o primeiro, que abrange as camas 1 a 17 e o segundo, com as camas 16 a 38. A equipa de enfermagem é composta, maioritariamente, por enfermeiros de cuidados gerais, contando ainda com 1 EEESMO, 1 Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, 1 Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e 1 Coordenadora EEESMO e 1 Enfermeiro Gestor EEESMO, pelo que a distribuição, por piso, é de 4 enfermeiros no turno da manhã e nos turnos da tarde e da noite são 3 enfermeiros. O serviço conta também, em cada piso, com uma sala de enfermagem, uma sala de preparação de medicação, um gabinete da Enfermeira Gestora, uma sala destinada para o RN. No exterior ao serviço, existem dois balcões administrativos adstritos a cada serviço e um gabinete destinado ao registo do RN, Balcão Nascer Cidadão. O rácio entre enfermeiro e puérpera/recém-nascido varia conforme a especificidades dos cuidados e lotação, sendo que a transferência das puérperas para o internamento fica a cargo da equipa da sala de partos, após as primeiras duas horas de puerpério imediato e com a confirmação de estabilização hemodinâmica da puérpera e do recém-nascido (RN) ou somente a puérpera em caso de internamentos do RN da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Conforme a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o rácio recomendado de enfermeiro por puérpera no internamento é de 1:3 em situações de puerpério patológico e de 1:6 na situação de puerpério normal, garantido uma vigilância adequada e cuidados individualizados às puérperas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019). Esta organização dos recursos humanos é fundamental para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, em consonância com o cumprimento do Objetivo 6.

Neste serviço, a prestação de cuidados realizada pelos enfermeiros deve satisfazer as necessidades da puérpera e do RN, pelo que se considera pertinente identificar, diagnosticar, planear e intervir de acordo com as prioridades estabelecidas para aquela díade. A intervenção do EEESMO recai sobre a prevenção de complicações e promoção da autonomia e autocuidado e do cuidado ao RN (Santos & Baptista, 2016).

Considerando que o tempo de internamento, é geralmente de 48 horas após partos vaginais e 72 horas após cesariana, salvo exceções em que a mãe ou bebé necessitem de cuidados adicionais, torna-se fundamental que a informação transmitida às mulheres seja clara, consistente e útil. Para isso, é imprescindível assegurar a uniformidade da comunicação e da prestação de cuidados entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos, de modo a dar continuidade e qualidade na assistência a esta díade (Santos & Baptista, 2016).

Durante o período das seis semanas, desenvolveram-se competências significativas na avaliação obstétrica da puérpera e na avaliação do RN.

No acolhimento da puérpera, RN e família em ambiente hospitalar, teve-se em conta os princípios éticos e deontológicos, como o respeito pela privacidade, intimidade, dignidade (objetivo 2), realizando uma avaliação inicial detalhada, com recurso à entrevista informal e com a análise do processo clínico e BSG, com especial atenção aos acontecimentos relacionados com o parto e nascimento. Desta forma, a seguinte tabela (3), apresenta o número de puérperas e RN a quem foram prestados cuidados:

Tabela 3 – Nº de prestação de cuidados a Puérperas e RN

Puérperas		RN	
Baixo Risco	Risco Moderado a Elevado	Baixo Risco	Risco Moderado a Elevado
54	48	56	45
Total – 102		Total - 101	

No que respeita aos cuidados da puérpera, procedeu-se a uma abordagem céfalo-caudal, com a vigilância do estado geral, sinais vitais, integridade da pele e mucosas, mamas e mamilos, avaliação da involução uterina, suturas abdominais ou perineais, lóquios, períneo, membros inferiores e eliminação intestinal e vesical. Colaborou-se no primeiro levante após o parto, avaliando os sinais vitais e explicado potenciais complicações e em 19 das 102 puérperas foi realizado o controlo metabólico devido à diabetes gestacional.

Relativamente ao recém-nascido, a sua avaliação completa realizou-se em todos os turnos, com a avaliação do estado geral, pele e mucosas, cabeça, fontanelas, membros, sucção, coto umbilical, tónus muscular e eliminações intestinal e vesical. Nos casos de RN leve para idade gestacional (LIG) ou grande para a idade gestacional (GIG) ou mães com diabetes prévia ou gestacional, realizou-se, também, a avaliação da

glicemia capilar. Em todos os turnos, observavam-se sinais de boa pega e troca da fralda, de modo a compreender a vinculação, apoiar nas necessidades identificadas e facultar estratégias a adotar para facilitar os cuidados.

Posto isto, tendo em conta as intervenções educativas do EEESMO, esta fase baseou-se na educação para a saúde. Assim, foram transmitidas informações detalhadas sobre os cuidados à puérpera, como higiene e vestuário, cuidados com a sutura abdominal/perineal, atividade física, cuidados aos mamilos, lóquios, cuidados perineais, eliminação e alimentação, sexualidade e planeamento familiar e sinais de alerta. O mesmo sucedeu com os cuidados ao RN: cuidados ao coto umbilical, higiene e conforto, simulação do 1º banho ao RN, eliminação vesical e intestinal, amamentação, vigilância e saúde infantil, segurança e sinais de alarme. Estes ensinamentos visaram, maioritariamente, promover o envolvimento ativo da família no processo de transição para a parentalidade.

Apesar da natureza transitória do puerpério, este período é marcado por profundas transformações físicas, emocionais, psicossociais, com impacto direto no bem-estar e na saúde da mulher (Secchi, Camargo & Bertoldo, 2009). A atenção focalizada na avaliação e promoção da recuperação física da puérpera, bem como a sua capacitação para os cuidados ao RN, permitiu reconhecer manifestações menos visíveis, mas igualmente relevantes como a forma como a mulher percebe o seu corpo após o parto. A observação clínica e interação diária com puéperas revelaram preocupações recorrentes associadas à imagem corporal, nomeadamente alterações no peso, flacidez abdominal, cicatrizes perineais ou abdominais e relacionamento conjugal (Ferreira, 2016). Estas preocupações, muitas vezes verbalizadas de forma subtil ou indireta, refletem uma vivência interna complexa que pode afetar o bem-estar emocional, a adaptação ao novo papel de mãe e à vinculação com o recém-nascido (Brown et al., 2014; Ferreira, 2016).

Deste modo, com base na constatação prática e no objetivo delineado para o estágio “desenvolver intervenções de enfermagem de saúde materna e obstétrica na promoção da autoimagem nas mulheres” (objetivo 3), surgiu a motivação de concretizar uma revisão da literatura que permitisse averiguar a *Intervenção de Enfermagem Promotora da Imagem Corporal no Puerpério* (Apêndice IX), com vista a mapear o conhecimento disponível sobre as intervenções de enfermagem promotoras de uma imagem corporal positiva no pós-parto. Ao longo da análise da literatura existente, identificaram-se múltiplas dimensões emocionais, culturais, sociais e relacionais, que interferem na forma como a mulher percebe o seu corpo, tornando evidente a necessidade de uma abordagem sensível, estruturada e individualizada por parte dos EEESMO.

Neste sentido, foi pertinente integrar e implementar estratégias para o serviço do

Puerpério (objetivo 4 e 5), entre as quais a repetição da intervenção efetuada no Serviço de Medicina Materno-Fetal o “*Calendário: Cada dia uma força*” (Apêndice VII), por ser ajustável a diferentes contextos clínicos. Paralelamente, foi desenvolvido um cartão com sugestões de ações diárias, a ser distribuído no internamento ou acedido através *QR Code* colocado nos quartos, contendo orientações relacionadas com o autocuidado, hidratação, atividades física e autoestima. Estas ações, apesar de simples, reforçam a necessidade de perceção de controlo, identidade e valorização do corpo como fonte do cuidado e não apenas como alvo de alterações físicas (Apêndice X).

Não obstante, reconhecendo a importância dos recursos digitais na sociedade atual, foi ainda inserido no mesmo cartão um *QRCode* com um podcast especialmente criado para puérperas, com um episódio curto sobre a temática da imagem corporal, abordando as questões autoaceitação do corpo e estratégias práticas para lidar com as mudanças corporais e emocionais. Pretende-se, com este recurso, estender o alcance das intervenções de enfermagem para além do internamento, podendo ser acedido em casa, durante a amamentação ou nos momentos de repouso.

Ressalva-se, também, a disseminação do tema “Promoção da Imagem Corporal no Puerpério”, evidenciada pela participação, como palestrante convidada, no 4º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica da ULS Almada-Seixal (Anexo IV), onde foi possível demonstrar e promover a reflexão crítica sobre as transformações físicas e emocionais vividas pelas mulheres no pós-parto. Realizou-se, igualmente, uma formação em serviço (Apêndice XIV) com a equipa do serviço do Puerpério. A formação em serviço foi apresentada no dia 13 de fevereiro de 2025, às 14 horas em modo híbrido, uma duração de 60 minutos. Participaram 36 profissionais num momento de apresentação interna que permitiu discutir a viabilidade da sua implementação, acolher sugestões de melhoria e fomentar o compromisso coletivo sobre a promoção de uma imagem corporal positiva enquanto componente da saúde materna e obstétrica (objetivo 4 e 5). Foi realizada a avaliação da formação onde 92% responderam e mostraram-se muito satisfeitas com a sessão.

Importa destacar que esta experiência possibilitou não apenas a consolidação de competências clínicas, mas também o desenvolvimento profissional contínuo, com a participação ativa em eventos científicos, produção e aplicação de conhecimentos e promoção de boas práticas junto da equipa. A reflexão crítica sistematizada no Jornal de Aprendizagem foi central no processo, permitindo analisar com profundidade os deságios e aprendizagem emergentes, orientar o percurso formativo e fortalecer a tomada de decisão consciente sobre o papel transformador do EEESMO (Apêndice VI). A interação com diversos profissionais e a análise da organização dos cuidados contribuíram, de forma significativa para o aperfeiçoamento das competências de gestão e de melhoria da qualidade dos cuidados, consolidando o perfil de uma futura EEESMO

comprometida com a excelência, humanização e inovação em saúde.

3.5 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS

O trabalho de parto e parto constituem vivências de grande intensidade física, emocional e simbólica sendo fundamentais na transição para a parentalidade e consolidação do vínculo entre mãe e RN (Lowdermilk & Perry, 2008). A forma como são vivenciados influencia diretamente o bem-estar da mulher, a percepção da qualidade dos cuidados e os desfechos maternos e neonatais (OMS, 2018). Uma experiência positiva de parto está associada ao aumento do empoderamento, da autoestima e do fortalecimento da vinculação mãe-bebé. Em contrapartida, vivências negativas podem resultar em repercussões emocionais significativas, incluindo maior risco de trauma psicológico, depressão pós-parto e menor sucesso na amamentação (Cardoso et al., 2023).

Consciente da relevância deste momento no ciclo vital da mulher, durante o estágio na Sala de Partos num Hospital de nível III da região de Lisboa e Vale do Tejo, sob a orientação de uma EEESMO, foram desenvolvidas e consolidadas competências essenciais para dar resposta às necessidades da mulher. O estágio decorreu desde o dia 18 de fevereiro de 2025 até ao dia 25 de junho de 2025, totalizando 425 horas de prática clínica. Este hospital é uma unidade de referência na Região de Lisboa e Vale do Tejo e, em 2024, registou mais de 4000 partos, dos quais 28,79% foram cesarianas, correspondendo a 1194 partos (Sistema Nacional de Saúde [SNS] Transparência, 2024).

Cumprindo o primeiro objetivo estipulado no PIE: “Integrar a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço”, foi possível conhecer em profundidade o funcionamento da Sala de Partos, que dispõe de 10 salas individuais, devidamente equipadas para garantir a privacidade, segurança e humanização do cuidado à mulher e ao acompanhante. Apresenta, ainda uma sala destinada ao espaço *Snoezelen*, que promove o relaxamento sensorial da parturiente; uma sala para os cuidados ao RN e uma Unidade Polivalente Ginecologia e Obstetrícia (UPGO), equipada com 3 camas, indicada para situações de vigilância e de situações clínicas complexas. O serviço conta também com um posto de enfermagem central, um gabinete do enfermeiro gestor e um carro específico para a técnica de analgesia locoregional. A urgência obstétrica/ginecológica encontra-se integrada no serviço, permitindo uma articulação eficaz entre as diferentes áreas do cuidado, sendo composta por 1 sala de triagem, 3 consultórios médicos, 1 sala de observação (SO) e 1 sala de monitorização CTG.

A integração neste serviço permitiu adquirir e desenvolver competências no

âmbito da gestão de recursos humanos e da coordenação dos cuidados de enfermagem, elementos fundamentais para assegurar a qualidade e melhoria contínua da prática profissional (objetivo 5). A equipa é constituída por 47 EEESMO e 10 enfermeiros de cuidados gerais, organizado em 5 equipas. Acresce a presença de 1 EEESMO com funções de gestão de serviço e 1 EEESMO como segundo elemento. O rácio de enfermeiros situa-se entre 7 e 9 enfermeiros, entre os quais 7 são EEESMO e 1 a 2 são enfermeiros generalistas, distribuídos entre os setores de urgência obstétrica, URCl e sala de partos, nos turnos manhã, tarde e noite respetivamente. É oportuno salientar que, de acordo com o Parecer nº 21/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2017), o rácio seguro entre EEESMO e parturiente intraparto é de 1:2 no primeiro estágio e de 1:1 no segundo estágio, de modo a prestar cuidados de qualidades. Esta constatação reforçou a importância de reconhecer a gestão eficiente e proativa dos recursos humanos, no sentido de promoverem a segurança e qualidade dos cuidados prestados, e contribui significativamente para o desenvolvimento de uma visão crítica e estratégica sobre a organização dos cuidados em saúde materna e obstétrica.

Neste âmbito, o estágio revelou-se fundamental para consolidar conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados diretos a mulheres em diferentes fases do processo de TP, parto e pós-parto imediato. O desenvolvimento destas competências visa prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto, ancorando a assistência do parto num ambiente seguro, de forma a otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina, diagnosticar precocemente e prevenir complicações, bem como prestar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com o trabalho de parto e parto (OE, 2019b).

Deste modo, pretendeu-se demonstrar os cuidados prestados e os conhecimentos mobilizados desde a admissão até a alta da mulher/casal, refletindo o percurso formativo desenvolvido ao longo do estágio. É apresentado, na tabela seguinte, o número de parturientes assistidas e partos efetuados, ilustrando a experiência adquirida na prática clínica.

Tabela 4 – Nº de Parturientes Assistidas e Partos Efetuados

Parturientes Assistidas		Partos Assistidos		Partos Participados		Cuidados no Puerpério Imediato	
Baixo Risco	Alto Risco	Com Episiotomia	Sem Episiotomia	Instrumentos com Ventosa	Instrumentos com Fórceps	Puérperas	RN
81	40	10	37	15	2	20	20
Total - 121		Total - 47		Total - 17		Total - 20 díades	

O TP é marca o final da gravidez e consiste num processo fisiológico complexo

que culmina com saída do feto e da placenta através do canal vaginal (Hutchinson, Mahdy & Hutchison, 2021). Trata-se de uma fase que envolve transformações físicas e emocionais intensas, sobretudo, resultantes da interação entre fatores hormonais e mecânicos como o aumento de estrogénios, a ação da ocitocina e das prostaglandinas e o estiramento progressivo do útero (Hutchinson, Mahdy & Hutchison, 2021; Marshall & Raynor, 2020; Ricci, 2019).

Este processo divide-se em quatro estádios. O primeiro inicia-se com contrações uterinas rítmicas, dolorosas e eficazes, que promovem o extinção e dilatação do colo até aos 10 centímetros. Subdivide-se em duas fases distintas: a fase latente, caracterizada por uma progressão lenta da dilatação até aos 5cm, e a fase ativa, onde as contrações se tornam mais regulares, intensas e eficazes, conduzindo à dilatação completa. O segundo estágio de TP, ou período expulsivo, corresponde à fase que decorre desde dilatação completa até à saída do feto, pelo que a sua duração varia de acordo com vários fatores, incluindo a paridade, o uso da analgesia, a apresentação e tamanho fetal, a eficácia das contrações, o estado físico e emocional da grávida (OMS, 2018). O terceiro estágio, denominado de dequitação, inicia-se com a expulsão do feto e termina com a saída da placenta e das membranas fetais. Esta fase pode decorrer de uma forma fisiológica ou com recurso à gestão ativa, consoante situação clínica e da avaliação do profissional de saúde (OMS, 2018). E, por último, o quarto estágio TP compreende as duas horas após o parto (embora não seja considerada pela OMS, é comumente adotada por outros autores), sendo momento crucial para a vigilância do bem-estar materno, com especial atenção à contração uterina, perdas hemáticas e estabilidade hemodinâmica, prevenindo possíveis complicações como a hemorragia pós-parto (Graça, 2017; Sequeira et al., 2020).

Segundo as recomendações atuais, o internamento da parturiente deve acontecer, preferencialmente, quando se confirma a fase ativa de trabalho de parto (OMS, 2018; *American College of Obstetricians and Gynecologists* [ACOG], 2017). Se o bem-estar materno e fetal estiver assegurado, o internamento pode ser adiado até que a dilatação atinja os 5 cm (OMS, 2018). Isto porque, de acordo com Satin (2021), o internamento precoce, durante a fase latente, está associado a um prolongamento do TP. No entanto, a decisão deve ser individualizada, pois nem sempre é possível adiar o internamento perante a presença de contrações dolorosas, sinais de TP, ansiedade e cansaço materno. Assim, a distinção entre a fase latente e ativa é, muitas vezes, subjetiva e deve considerar vários fatores como estado emocional e físico da mulher, a paridade, a evolução da dilatação e extinção do colo do útero, a presença de patologias e a avaliação do bem-estar fetal (Satin, 2021). Durante o estágio, foi possível observar que algumas mulheres eram admitidas ainda na fase latente, sobretudo quando apresentavam contrações regulares acompanhadas de encurtamento e amolecimento

do colo, ansiedade significativa ou necessidade de analgesia, indo ao encontro ao princípio de prestação de cuidados individualizados (ACOG, 2017).

Importa ainda destacar as diversas oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento profissional (objetivo 5), que foram determinantes para o crescimento enquanto futura EEESMO. O estágio na sala de partos permitiu um contacto direto e intenso com a complexidade e dinâmica de TP, possibilitando o desenvolvimento e consolidação de técnicas científicas e relacionais. Este envolvimento prático no processo fisiológico e dinâmico do parto possibilitou um aprofundamento dos conhecimentos teóricos e desenvolvimento de uma postura reflexiva e crítica face à diversidade de situações vivenciadas.

A experiência na triagem no serviço de urgência demonstrou-se igualmente enriquecedora pela consolidação de competências especializadas em diferentes áreas de intervenção. Este contexto requeria uma avaliação rápida, criteriosa e centrada na mulher, permitindo distinguir entre situações de trabalho de parto ativo e/ou latente, rotura prematura de membranas, sinais de alertas e outras intercorrências obstétricas e ginecológicas. A capacidade de interpretar sinais e sintomas, correlacioná-los com os dados fornecidos tanto ao nível do exame físico, anamnese e/ou do traçado cardiotocográficos, e comunicar eficazmente com a restante equipa foi essencial para a tomada de decisões clínicas e fundamentadas (objetivo 5). Um dos exemplos marcantes dessa experiência clínica foi o atendimento de uma jovem de 17 anos, acompanhada pela mãe, que procurou cuidados após ter sido vítima de violação há aproximadamente de 52 horas. A situação assumia contornos particularmente complexos, não apenas pelo trauma em si, mas também pelo facto de a jovem se encontrar em processo de transição para o sexo posto, vivenciando uma profunda dissonância entre o corpo biológico e a identidade de género. Este episódio evidenciou, de forma intensa, a vulnerabilidade física e emocional da pessoa em causa, exigindo por parte da equipa uma resposta imediata, ética e sensível. A intervenção foi realizada em articulação com a medicina legal, conforme os protocolos definidos para situações de violência sexual, respeitando o tempo da vítima e assegurando a preservação de evidências forenses, bem como a proteção dos seus direitos (OMS, 2013).

A abordagem da enfermagem, neste contexto, ultrapassou largamente a dimensão técnica, requerendo uma postura empática, de escuta ativa, não julgadora e promotora de um ambiente seguro. Foi necessário acolher a jovem com respeito pela sua identidade de género, validando os seus sentimentos, minimizando o impacto desta situação e assegurando uma comunicação clara e ajustada. Esta atuação inscreve-se nos princípios da humanização dos cuidados e da ética profissional, essenciais no acompanhamento a vítimas de violência (objetivo 1 e 2).

Não obstante, a avaliação da progressão de TP, observada através da posição,

consistência, apagamento, dilatação do colo do útero, a apresentação e a posição fetal, bem como a descida da apresentação, exigiu um domínio técnico científico e uma vigilância contínua e sensível à individualidade de cada mulher (OMS, 2018). A monitorização do bem-estar materno-fetal, através da auscultação intermitente ou à cardiocografia contínua (CTG), conforme o quadro clínico, foi outro aspeto crucial, exigindo um conjunto de habilidades na interpretação dos relatos das parturientes/grávidas, da leitura e observação do traçado CTG, progressão de parto, bem como na implementação de intervenções atempadas e seguras (*National Institute for Health and Care Excellence* [NICE], 2021). Dentro deste contexto, surgiram diversas oportunidades de acompanhamento mulheres em diferentes fases de TP, desde a fase latente até ao período expulsivo, o que proporcionou uma compreensão das particularidades e das implicações práticas. A fase latente, geralmente caracterizada por contrações irregulares, é frequentemente acompanhada de ansiedade, fadiga e insegurança, o que reforça a importância da escuta ativa, do apoio contínuo e da presença empática da equipa (Satin, 2021). No entanto, na fase ativa, com contrações regulares e dilatação progressiva, o EEESMO torna-se fulcral para garantir cuidados eficazes, conforto, analgesia adequada e vigilância da normalidade do processo (OMS, 2018). Para além disso, ocorreram situações de trabalho de parto prolongado, caracterizado por uma dilatação lenta (<1cm/h em nulíparas), ausência de descida fetal ou falência de dinâmica uterina (Marshall & Raynor, 2020). Nestes casos, a avaliação criteriosa e a articulação constante com a equipa médica foram essenciais para apoiar a tomada de decisões clínicas seguras, equilibrando a preservação da fisiologia com a segurança materno-fetal. A gestão expectante, a administração da ocitocina ou até mesmo a decisão por parto instrumentado ou cesariana foram realidades clínicas frequentes durante o estágio, as quais possibilitaram a compreensão da sua complexidade e reflexão crítica.

Durante o período expulsivo, que pode durar até 2h horas nas nulíparas ou até 1 hora em múltiparas (com extensão possível com analgesia locoregional), foi possível participar ativamente no acompanhamento da mulher, na identificação de sinais de progressão, na orientação da respiração e do esforço expulsivo, respeitando o ritmo da mulher e incentivando posições facilitadoras (ACOG, 2017; OMS, 2018). A progressão do período expulsivo, com a expulsão da cabeça fetal, constitui um dos momentos mais delicados do parto, requerendo uma atenção redobrada para promover uma saída controlada e minimizar o risco de lacerações perineais. O apoio perineal e a orientação da respiração foram estratégias utilizadas para facilitar a expulsão da cabeça, promovendo a segurança materna e fetal (Huang et al., 2020; OMS, 2018). Enquanto estudante, a fase final do período expulsivo revelou-se particularmente desafiadora, não só pela simultaneidade de eventos a ocorrer no mesmo momento, mas também a

exigência de integrar a competência técnica, a conduta ética e uma atitude empática, de forma equilibrada na prestação de cuidados.

O recurso à analgesia locoregional, em particular a epidural, foi uma prática frequente no contexto da sala de partos. Embora eficaz no controlo da dor, esta técnica, exige monitorização rigorosa dos sinais vitais maternos, da dinâmica uterina e do bem-estar fetal, assim como a vigilância contínua a eficácia do bloqueio e da mobilidade de grávida (NICE, 2021). É oportuno fornecer previamente à grávida informação clara e fundamentada sobre o procedimento, os benefícios e riscos associados, de modo a promover uma escolha informada. Contudo, é reconhecido a influência da analgesia locoregional no TP, podendo interferir na progressão de TP, com o prolongar da fase ativa ou do período expulsivo, o que exige uma gestão da situação de forma cuidada e ponderada (Sng et al., 2018). A decisão partilhada, o respeito pelo tempo e uso de técnicas não farmacológicas foram estratégias valorizadas e promovidas sempre que possível.

Quanto à episiotomia, esta intervenção foi observada em alguns partos, essencialmente em primíparas ou em contextos de sofrimento fetal ou distócia do período expulsivo. Todavia, as recomendações atuais apontam para a restrição da sua realização, reservando-a apenas para indicações clínicas claras, na medida em que a episiotomia de rotina está associada a maior morbilidade perineal e dor pós-parto (ACOG, 2020; OMS, 2018).

A prática neste serviço exigiu também flexibilidade e adaptação às particularidades de cada mulher, respeitando o seu ritmo e as suas necessidades individuais, o que reforçou a importância de uma personalização dos cuidados no âmbito da saúde materna e obstétrica.

Além do domínio técnico-científico, foram ainda promovidas aprendizagens transversais de grande relevância, como competências organizacionais e de tomada de decisão fundamentada, a articulação interprofissional e a colaboração ativa com a equipa de saúde, numa lógica de trabalho multidisciplinar e coordenado. A interação contínua com os EEESMO e com outros profissionais de saúde favoreceu a observação de diferentes estilos de prática, modelos de tomada de decisão e abordagens clínicas, fomentando uma postura reflexiva sobre a construção da minha identidade profissional e sobre o modelo de cuidados que pretendo adotar.

No que concerne ao objetivo 2: “Desenvolver um exercício profissional especializado à mulher/casal/pessoa significativa, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos”, revelou-se oportuno no contexto da sala de parto, onde a prestação de cuidados exige não só a competência técnica e científica, mas também uma abordagem profundamente humanizada, empática e ética. Neste cenário, por ser marcado por um momento único e altamente emotivo na vida da mulher e da família/pessoa significativa,

exigiu uma prática que respeitasse não só os aspetos clínicos e fisiológicos do processo do nascimento, mas também os direitos, crenças, desejos e a autonomia da mulher em TP. Desta forma, a escuta ativa, a empatia, uma comunicação clara e ajustada à população a quem foram prestados os cuidados e o respeito pela privacidade e dignidade foram pilares essenciais da minha intervenção. A aplicação do Código Deontológico dos Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015) guiou a minha conduta em situações que exigiram ponderação ética, como o equilíbrio entre o dever de proteger a saúde fetal e o respeito pela vontade da mulher, ou o cuidado prestado em situações de sofrimento, medo e/ou vulnerabilidade emocional. Nestes momentos, tornou-se evidente a importância da presença contínua da equipa de enfermagem, assegurando à mulher que não está sozinha, que é ouvida e que as suas decisões são tidas em consideração, o que contribui significativamente para uma experiência de parto mais positiva.

A presença do acompanhante, enquanto pessoa significativa, foi incentivada e valorizada, reconhecendo o seu papel como fonte de apoio emocional e promotor da confiança da mulher, o que contribuiu para uma vivência mais positiva do parto. Por isso, sempre que possível, foram criadas oportunidades para que o casal participasse nas decisões, fomentando a abordagem centrada na mulher no processo de parto, em alinhamento com a legislação vigente e as boas práticas recomendadas pela OMS (2020). Esta valorização da mulher como protagonista do seu processo de parto reforça a importância de cuidar da sua vivência emocional e da forma como percebe o seu corpo neste momento tão transformador.

Neste seguimento e, no âmbito do objetivo 3: “Desenvolver intervenções de enfermagem de saúde materna e obstétrica na promoção da autoimagem das mulheres, baseada na melhor evidência científica”, reconheceu-se a pertinência desta dimensão no contexto da sala de partos. Contudo, devido ao carácter agudo, breve e centrado na resposta imediata às necessidades da mulher em TP, não foi possível implementar intervenções estruturadas dirigidas à promoção da autoimagem. Diante dessa limitação, procurou-se contribuir, através do desenvolvimento de uma *Scoping Review*, centrada no papel do acompanhante na sala de partos e a colaboração na implementação de exercícios respiratórios, intitulada de “*O Papel do Acompanhante na Sala de Partos e o seu Contributo para a implementação de exercícios respiratórios: Uma Scoping Review*” (Apêndice XI). Esta revisão permitiu verificar o que existia na literatura sobre a forma como a presença ativa do acompanhante contribui para a promoção do alívio da dor e conforto físico da mulher através da realização de exercícios respiratórios, configurando-lhe segurança e controlo sobre o seu próprio corpo, motivando, indiretamente, a promoção da autoimagem positiva num momento tão sensível (Wanyenze et al., 2022). Dada a pertinência da revisão *scoping* o protocolo foi registado na *Open Science Framework* (OSF): <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/QY7RX> e o artigo submetido à

Revista Pensar Enfermagem, aguardando decisão editorial.

Como complemento a esta revisão, foi elaborado um *flyer* informativo “Respirar Juntos” (Apêndice XII), que tem como propósito de sensibilizar os casais para a importância de uma respiração consciente e partilhada, durante os diferentes estádios do TP. Esta estratégia visa promover o conforto, envolvimento e fortalecer a ligação entre a mulher e o seu acompanhante durante o TP, valorizando a sua participação ativa no processo de TP de forma simples e acessível.

Importa ainda salientar que surgiu também a ideia de criar um Manual para fornecer orientações básicas sobre a gravidez e pós-parto. Esta iniciativa surgiu na sequência do trabalho desenvolvido no contexto de cuidados de saúde primários, durante o planeamento e dinamização de sessões de PPNP, onde se reconheceu a importância de materiais pedagógicos acessíveis à população, culturalmente ajustados e centrados à experiência do casal. Foi, neste contexto, que nasceu o *E-book* “*Enquanto Te Espero: Orientações para uma Maternidade Saudável*” como forma de integrar conteúdos com base na evidência científica, linguagem clara e visualmente apelativa, podendo ser utilizado tanto por mulheres e suas famílias, como pelos profissionais de saúde em contexto comunitário como de instituições de saúde. Para assegurar uma acessibilidade a esta ferramenta, e tendo em conta a população multicultural existente em Portugal, o *E-book* foi traduzido para inglês (Apêndice V). Neste momento encontra-se em processo de atribuição de ISBN para disseminação digital. Esta transição entre os dois contextos ilustra a continuidade de pensamento crítico e da capacidade de adaptação, conjuntamente com a investigação, prática clínica e educação para a saúde. Apesar de não ter sido possível estruturar e implementar intervenções individualizadas diretamente no contexto de sala de partos (objetivo 4), considera-se que o trabalho teórico-prático realizado sustentou uma prática mais consciente e baseada na evidência. O material produzido poderá ser um recurso educativo útil, quer na preparação para o parto, quer no acolhimento da mulher/casal, aquando da admissão, sendo um contributo significativo para o serviço, uma vez que promove cuidados centrados na mulher, no acompanhante e nas suas vivências únicas de parto.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório representa a culminar de um percurso académico e clínico exigente e transformador, ao longo do qual foram mobilizados saberes, competências e valores essenciais à construção do perfil profissional de um EESMO. A experiência adquirida em múltiplos contextos de prática, desde os cuidados de saúde primários até aos hospitalares, contribuiu de forma significativa para a consolidação de uma atuação crítica, ética e fundamentada na evidência científica.

A vivência direta nos diversos momentos do ciclo gravídico-puerperal, incluindo o acompanhamento da grávida de baixo e alto risco, do trabalho de parto, do puerpério, bem como nas áreas do planeamento familiar e da senologia, permitiu desenvolver uma compreensão completa da saúde da mulher em diferentes fases da sua vida reprodutiva. Neste percurso, destacou-se de forma particular a oportunidade de aprofundar a componente investigativa na área da autoimagem em contextos de vulnerabilidade, com especial enfoque na autoimagem da mulher mastectomizada. Inicialmente, desenvolvi uma ScR intitulada *“Intervenções de Enfermagem em Mulheres Mastectomizadas, Promotoras da Imagem Corporal”*, que evidenciou a importância das intervenções de enfermagem centradas no apoio emocional, escuta ativa, reforço da identidade feminina e empoderamento, promovendo cuidados mais humanizados e sensíveis às dimensões invisibilizadas do sofrimento feminino. No seguimento desta linha temática, realizei um estudo primário qualitativo, com recurso a um grupo focal com cinco mulheres mastectomizadas, explorando as suas experiências e perceções sobre a autoimagem após a cirurgia e as intervenções de enfermagem recebidas nesse sentido. Este estudo permitiu aprofundar a compreensão das necessidades sentidas pelas mulheres e reforçar a importância das intervenções de enfermagem centradas nas suas necessidades.

Para além destes trabalhos, desenvolvi outras revisões relacionadas com a temática da autoimagem em diferentes contextos clínicos onde realizei os estágios, nomeadamente: Autoimagem na gravidez patológica (Apêndice VI); Autoimagem no puerpério (Apêndice VIII) e a importância do acompanhante na implementação de técnicas respiratórias durante o trabalho de parto (Apêndice X).

O impacto e a relevância destes trabalhos refletiram-se também na sua disseminação científica, incluindo:

- Submissão de duas ScR para publicação em revistas científicas;
- Apresentação de um póster científico nas Jornadas da ULSAS (Anexo V);
- Participação como palestrante convidada nas Jornadas da ULSAS com o título “Promoção da Autoimagem na Puérpera” (Anexo V);
- Apresentação de uma comunicação livre “Impacto da mastectomia na imagem

corporal e na sexualidade da mulher após tratamento oncológico” no Seminário Internacional do EdSeX, onde foi atribuído o 1.º prémio (Anexo I);

- Publicação de um resumo no Livro de Resumos do Seminário Internacional EdSeX com o título “*Intervenção de Enfermagem à Mulher Mastectomizada Promotora da Autoimagem: Uma Scoping Review*” (<https://doi.org/10.25746/ruiips.v12.i2.36948>);
- Elaboração de um e-book bilingue (versão portuguesa e inglesa) “Enquanto Te Espero: Orientações Para Uma Maternidade Saudável”, atualmente em fase de atribuição de ISBN e DOI (Apêndice XV)

Este percurso tem sido marcado pela aposta na investigação aplicada à prática de enfermagem, com o objetivo de contribuir para cuidados mais centrados na pessoa, informados pela evidência científica e atentos às dimensões subjetivas da experiência em saúde.

Contudo, importa reconhecer algumas limitações deste percurso. A escassez de estudos nacionais sobre a imagem corporal pós-mastectomia, que se revelou um desafio, apontando para a necessidade de mais investigação contextualizada na realidade portuguesa. Verificou-se dificuldade na obtenção de respostas das instituições de saúde para a realização do estudo primário, o que exigiu a seleção de outra instituição, de qualidade equivalente nos cuidados efetuados, tendo o processo decorrido num tempo limitado para a sua concretização.

Ainda assim, este trabalho oferece contributos relevantes:

Para a investigação, ao identificar lacunas na produção científica e propor caminhos para estudos futuros que aprofundem a dimensão subjetiva da imagem corporal e a replicação do estudo primário com outras amostras;

- Para a formação, ao reforçar a importância de incluir temáticas como a autoimagem e o impacto psicossocial da doença na formação dos EESMO, tal como continuar a formação pessoal em temáticas como a comunicação, a sexualidade, a autoimagem corporal e a saúde da mulher em contexto oncológico;
- Para a prática clínica, ao destacar a necessidade de cuidados integrados, sensíveis à individualidade e ao contexto de vida da mulher como a criação e dinamização de espaços de partilha e apoio emocional (grupos de apoio).

Considero, assim, que os objetivos delineados para este relatório foram plenamente alcançados. Este percurso permitiu-me planear, implementar e avaliar intervenções centradas na mulher, integrar a evidência mais recente no exercício profissional, e, acima de tudo, desenvolver competências humanas e técnicas que sustentam uma prática ética, crítica e comprometida com o cuidado de excelência.

Mais do que uma etapa académica, este percurso traduziu-se num processo de

crescimento pessoal e profissional, onde aprendi a escutar o que não é dito, a estar presente no silêncio, e a cuidar para além do visível. Reafirmo, por isso, o meu compromisso com uma prática baseada na ciência, mas enraizada na empatia, no respeito e na dignidade que devem nortear a arte de cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Azri, M., Al-Awisi, H., & Al-Moundhri, M. (2009). Coping with a diagnosis of breast cancer- literature review and implications for developing countries. *The breast journal*, 15(6), 615-62
- Alhusban, R. Y. (2019). Changed body image as perceived by Jordanian women undergoing breast cancer treatment. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 20(3), 767
- American Cancer Society (2021). *What is Breast Cancer?*. cancer.org | 1.800.227.2345 Acedido a 08/04/2024: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html> Acedido a 16/09/2024
- American Cancer Society (2023). Treating Breast Cancer: Mastectomy. cancer.org | 1.800.227.2345. Acedido a 20/04/2024: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer/mastectomy.html>
- Araújo, I. M., Silva, R. M., Bonfim, I. M. e Fernandes, A. F. C. (2010). A comunicação da enfermeira na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada: um estudo de Grounded Theory. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 18, 1, pp. 1-7.
- Arias, F. (2016). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica* (7ª ed.). Epísteme.
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2021, 28 de maio). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Bao, W. & Zhang, Y. (2023). *The experience of young women with breast cancer after mastectomy: A descriptive literature review*. China, Nursing Department, Medicine And Health College.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barr, W. & Nuehring., E (1980). Mastectomy: Impact on Patients and Families. *Health and Social Work*, 51-58
- Bluth, K., & Blanton, P. (2015). The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *J PositPsychol*, 10(3), 219-230. doi: 10.1080/17439760.2014.936967
- Brown, A, Rane, J. & Warren, L. (2014). Body image concerns during pregnancy are associated with a shorter breast duration. *Midwifery*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.06.003>
- Bulhosa, M., Filho, W., Lunardi, V., Pereira, S. e Rosenhein, D. (2006). Vivências de cuidados à mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. DOI: 10.1590/S0034-71672006000600013
- Burchert, S. S. L. (2018). *Vivências da gravidez* (Dissertação de mestrado, Universidade de Évora). Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/22906>
- Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Cardoso, Fátima (2015). 100 perguntas chave no Cancro da Mama. *Sociedade Portuguesa de Oncologia* Permanyer Ref: 1979AP141

- Chow, K. & Chan, N.C. (2023). A critical Review: Effects of exercise and psychosocial interventions the body image of breast cancer survivors. *Wiley*/Volume 10, Issue 4, pp. 1954-1965. <https://doi.org/10.1002/nop2.1507>
- Costa, A. (2017). Sexualidade nas mulheres com cancro da mama. Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8034/1/5484_11056.pdf Acedido a 16/10/2024
- Couto, G. (2003). Preparação para o parto – Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de uma área urbana e de uma área rural. Loures: *Lusociência*. ISBN: 972-8383-63-0.
- Diário da República. (2023). Decreto-Lei n.º 80/2023 de 27 de dezembro. Diário da República, 2.ª série, n.º <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2023/12/248000000/0005100080.pdf> Acedido 248. a 15/10/2024
- Dias, R. S., dos Santos Maia, E., & de Souza Lopes, G. (2021). Cancro da mama: percepções frente à mastectomia. *Research, Society and Development*, 10(16), e322101624109- e322101624109. Acedido a 19/10/2024
- Direção-Geral da Saúde (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto – CRPP*: Equidade na transição para a maternidade e a paternidade. Retrieved from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursosparto-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Ministério da Saúde. Acedido a 30/12/2023: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- European Commission. Joint Research Centre. (2023). *European Cancer Information System (ECIS)*. Knowledge Centre on Cancer. Recuperado de <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/> [Wikipedia+12](https://www.wikipedia.com)Centro Comum de [Investigação+12e](https://www.wikipedia.com)
- Fernandes, A., Bonfim, I. M., Araújo, I. M. de A., Silva, R. M. da ., Barbosa, I. C. F. J., & Santos, M. C. L.. (2012). Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. *Escola Anna Nery*, 16(1), 27–33. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100004>
- Fernandes, S. & McIntyre, T. (2010). Ajustamento psicossocial ao cancro da mama em função do tipo de cirurgia. *Pessoas e sintomas*, 10, 27-35.
- Ferreira, A. C. (2012). Mulheres mastectomizadas: Acesso à informação e aprendizagem de capacidades. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1782/1/Mulheres%20mastectomizadas_Ace_sso%20%C3%A0%20informa%C3%A7%C3%A3o%20e%20aprendizagem%20de%20c%20apacidades.pdf Acedido a 20/10/2024
- Ferreira, A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia – Fisiologia do Puerpério*. Lisboa: Lidel, 438-442.
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., Bray, I. (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.who.int/today>

- Ferrey, A.E., Astbury, N.M., Kenworthy, Y. et al. (2021). Exploring women's thoughts on self-weighting during pregnancy: results of the Self-Weighing in Pregnancy: Experiences (SWIPE) study. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 154 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03636-5>.
- Fingeret, M. C., Teo, I., & Epner, D. E. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer*, 120(5), 633-641.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 3ª ed. Loures: Lusodidacta.
- Gallagher, P., Buckmaster, A., O'carroll, S., Kiernan, G., & Geraghty, J. (2010). External breast prostheses in post-mastectomy care: women's qualitative accounts. *European journal of cancer care*, 19(1), 61-71.
- Gómez, M., Caramulez, A. C., Paiva, L., Scandiuizzi, D. e Anjos, A. C. (2005). *Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería*. *Univ Psicol.*, 4, 1, pp. 63-75.
- Graça, L. (2017) *Medicina Materno-fetal* (5ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Haddad L. M., Geiger R. A. (2022). *Nursing ethical considerations*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/>. Consultado a 08/07/2025
- International Council of Nurses (2021). THE ICN CODE OF ETHICS FOR NURSES REVISED 2021; *International Council of Nurses* 3, Switzerland. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN Code-of-Ethics EN Web.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf) Consultado a 20/10/2024.
- Dados institucionais (2021, 10 de março). *Saúde da Mulher – Patologia Mamária / Senologia*. <https://www.hgo.min-saude.pt/2021/03/10/saude-da-mulher-patologia-mamaria-senologia/>
- Dados institucionais (2023, 24 de julho). *Aniversário da Unidade Funcional de Senologia*. Unidade hospitalar de referência na área oncológica <https://www.hgo.min-saude.pt/2023/07/24/aniversario-da-unidade-funcional-de-senologia-do-hgo/>
- Dados Institucionais e Geográficos (2023). *Plano Municipal para a Integração de Migrantes do Município - Diagnóstico da População migrante 2023*. [https://www.cm-amadora.pt/images/INTERVENCAO SOCIAL/INTERCULTURALIDADE/PDF/Diagnostico_pop migrante 2023.pdf](https://www.cm-amadora.pt/images/INTERVENCAO_SOCIAL/INTERCULTURALIDADE/PDF/Diagnostico_pop_migrante_2023.pdf)
- Dados institucionais (2024, 12 de setembro). *Unidade Hospitalar reduz lista de espera para cirurgia de senologia para menos de metade*. <https://www.hgo.min-saude.pt/2024/09/12/uls-almada-seixal-reduz-lista-de-espera-para-cirurgia-de-senologia-para-menos-de-metade/>
- Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Chunying, L. Jiangying, W. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, ISSN 0266-6138, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>
- Hutchison, J., Mahdy, H., & Hutchison, J. (2021). Stages of Labor. In StatPearls. *StatPearls Publishing*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). Estatísticas da saúde: Cancro de mama em Portugal. INE. <https://www.ine.pt>, aceso a 18/10/2024
- International Council of Nurses (2021). THE ICN CODE OF ETHICS FOR NURSES REVISED

- 2021; *International Council of Nurses* 3, Switzerland. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf
Consultado a 20/10/2024.
- Joanna Briggs Institute. (2024). *JBI manual for evidence synthesis* (November 2024 edition). Acedido 11/11/2024 <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355599504/Downloadable+PDF+-+current+version?attachment=%2Fdownload%2Fattachments%2F355599504%2FJBI%2520Manual%2520for%2520Evidence%2520Synthesis%2520Nov%25202024.pdf&type=application%2Fpdf&filename=JBI%20Manual%20for%20Evidence%20Synthesis%20Nov%202024.pdf>
- Joint Quality Initiative, (2015). *Joint quality initiative: The origin of the Dublin descriptors: Short history*. Disponível em: <http://ecahe.eu/assets/uploads/2016/01/Joint-Quality-Initiative-the-origin-of-theDublin-descriptors-short-history.pdf>;
- Koçan, S., & Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *The journal of breast health*, 12(4), 145–150. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>
- Leitão, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Alterações Psicológicas no Puerpério*. Lisboa: Lidel, 443-454.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2023). *Incidência e mortalidade por cancro*. Recuperado em 30 de julho de 2025, de <https://www.ligacontracancro.pt/incidenciamortalidade/>
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2025). *Programa de rastreio de cancro da mama*. Liga Portuguesa Contra o Cancro. Acedido a 27/06/2025 <https://www.ligacontracancro.pt/servicos/detalhe/url/programa-de-rastreio-de-cancro-da-mama>
- Lima, C. G., Lacerda, G. M., Beltrão, I. C. S. L., Alves, D. A., & Albuquerque, G. A. (2020). Impacto do diagnóstico e do tratamento de câncer de mama em mulheres mastectomizadas. *Revista Ensaios e Ciência*, 24(4), 426-430. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2020v24n4p426-430>
- Lorenz, A. S., Lohmann, P. M., & Pissaia, L. F. (2019). Impactos da mastectomia em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em relação à autoimagem. *Research, Society and Development*, 8(7), 1-21. <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i7.1099>
- Lowdermilk D, Perry S (2008). *Enfermagem na maternidade*. 7.ª ed. Camarate, Lisboa: Lusodidacta
- Lundberg, P. C., & Phoosuwan, N. (2022). Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 57, 102116. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102116>
- Macedo, Y., Cavalcanti, A., Cavalcanti, C., Silva, D. (2021). Mulheres Mastectomizadas: Fatores Excludentes Da Reconstrução Mamária. *Enferm Foco*, 12(1):61-6. Acedido a 29/07/2025
- Mageed, H., Khatap, A. Eisa, E., Abdelrahman, W. (2024). The impact of educational nursing program on quality of sexual life, body image, and self-esteem among women with breast cancer. *The Malaryan Journal of Nursing*, EgyptMeleis, A. I. (2010). *Transitions Theory-Middle-Range and situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05

- Male, D. A., Fergus, K. D., & Cullen, K. (2016). *Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions*. *Current opinion in supportive and palliative care*, 10(1), 66-74.
- Marshall, J., & Raynor, M. (2020). *Myles textbook for midwives* (17th Edition). Elsevier Limited.
- McCaul, K. Sandgren, A., King, B., O'Donnell, S., Branstetter A., & Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8(3), 230-236. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10390735>.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory-Middle-Range and situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05 Acedido a 18/10/2024
- Mendes, A., & Bastos, F. (2021). Quadro de referência para os cuidados de enfermagem. In E. Henriques (Ed.), *O cuidado centrado no cliente - da apreciação à intervenção de enfermagem* (1ª edição, pp. 1–20). Sabools Editora.
- Montgomery, K., Best, M., Aniello, T., Phillips, J. D., & Hatmaker-Flanigan, E. (2013). Postpartum weight loss: weight struggles, eating, exercise, and breast-feeding. *Journal of Holistic Nursing*, 31(2), 129-138.
- Monteiro, M.J.S.M. (2012). *Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento*. Dissertação de Mestrado, ESEP.
- Morales-Sánchez, L., Luque-Ribelles, V., Gil-Olarte, P., Ruiz-Gonzalez, P., & Guil, R. (2021). Enhancing self-esteem and body image of breast cancer women through interventions: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1640.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2021). Postnatal care. Londres: NICE Clinical Guidelines. Retirado de: www.nice.org.uk/guidance/ng194
- Novaes, E., Aquino, E. M., Gabrielli, et al. (2024). Percepção de imagem corporal, características socioeconômicas e estilo de vida em mulheres participantes do ELSA-Brasil na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 40, e00107823.
- Oliveira, A. T. M. De; Girardon-Perlini, Nara M. Cristina; Santos, E. (2022). Reconstrução Mamária Em Mulheres Mastectomizadas Por Câncer: Revisão Integrativa. *Rev Enferm Atenção Saúde* Acedido a 29/07/2025
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º 21/2017 – MCEESMO - dotações seguras de EESMO* [Parecer]. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer21_2017_MCEESMO_DotacoesSegurasEESMO.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompeticenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf

- Organização Mundial de Saúde (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548595>
- Organização Mundial de Saúde (2015). *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026*. <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/11/WHO-2015-Global-strategy-on-integrated-people-centred-health-services-2016-2026.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2018). *WHO recommendations - intrapartum care for a positive childbirth experience*. WHO <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2020). *Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of life*. WHO
- Organização Mundial de Saúde (2021, February 3). *Breast cancer now most common form of cancer: WHO taking action*. <https://www.who.int/pt/news/item/03-02-2021-breast-cancer-now-most-common-form-of-cancer-who-taking-action>
- Peixoto, A.F.; Silva, P.; Abreu, N. Beleza materna: mudanças no self e no consumo. *Brazilian Journal Of Marketing: Revista Brasileira de Marketing — ReMark*, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 866–880, nov. 2018. Disponível em: http://www.revistabrasileirmarketing.org/ojs2.2.4/index.php/remark/article/view/3785/pdf_394
- Peplau, H.E. (1992). *Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice*. *Nursing Science Quarterly*, 5, 13–18.
- Pinto, M.C. (2009). *As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: Conhecer e Compreender para Cuidar*. [Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar]. Universidade do Porto, consultado em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19362/2/Tese%20Mestrado%20Carmo%20Pinto2.pdf>
- Pollock, D., Peters, M. D. J., Khalil, H., McInerney, P., Alexander, L., Tricco, A. C., Evans, C., de Moraes, É. B., Godfrey, C. M., Pieper, D., Saran, A., Stern, C., & Munn, Z. (2023). Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 21(3), 520–532. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00123>
- Polit, D., Beck, C. (2018) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 9ª edição. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. ISBN 9781496351296 Acedido a 20/10/2024
- Radjack, R., Hemmerter, S., Azria, E., & Moro, M. R. (2023). [Relevance of the transcultural approach to improve the care relationship in the perinatal period]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*, 51(6), 342-347. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2023.04.007>
- Resende, C.S.C. (2023). *Imagem corporal positiva, dificuldades de regulação emocional e qualidade de vida em mulheres com cancro da mama*. [Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade do Porto] Repositório da Universidade aberto.up.[pt/bitstream/10216/150127/2/630164.1.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/150127/2/630164.1.pdf)

- Ricci, S. (2019). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher* (4a edição). Guanabara Koogan.
- Roy, C. O. (2001). Modelo de Adaptação de Roy na investigação da enfermagem. Roy C, Andrews, HA. *Teoria da enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget, 499-514.
- Salgado, N. D. M., Silva, F. R. F., Souza, J. C. F., Chagas, J. M. A., Botelho, L. L., Gonçalves, L. S. F., Matos, M. M., Barbosa, M. G. S., & Parreira, M. L. B. Q. C. (2021). Impactos psicológicos da mastectomia decorrente do câncer de mama na vida da mulher. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 31, e8386. <https://doi.org/10.25248/reac.e8386.2021>
- Santos, M., Baptista, M. (2016). *Necessidades em cuidados de Enfermagem da puérpera e recém-nascido*. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (p.455-472). Lisboa: Lidel.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Santos, P. J. (2008). Validação da Rosenberg Self-esteem Scale numa amostra de estudantes do ensino superior. *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. XIII) [CD-Rom]. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Santos, A. (2018). *Autocuidado de mulheres grávidas com doença falciforme: construção de um protocolo de enfermagem*. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem
- Satin, A. (2021). Labor: Diagnosis and management of the latent phase. upToDate. Retirado de: <https://www.uptodate.com/contents/labor-diagnosis-and-management-of-the-latent-phase>
- Seara, M. (2012). *Imagem Corporal e Função Sexual das Mulheres Mastectomizadas*. Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10451/7346> Lisboa.
- Secchi, K., Camargo, B. V., & Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 25(2), 229–236. https://doi.org/10.1590/s0102_37722009000200011
- Sequeira, A.; Prata, A. P., Correia, T. I.G., Henriques, C. M. G. & Monteiro, M J. P. (2020). Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação). In *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel, p. 162-170. ISBN 978-989-752-416-5 Retirado de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/22851/4/DEQUITADURA..pdf>
- Silva, C., Araújo, T., Dantas, C. & Jesus, C. (2021). A importância da enfermagem no pós-operatório de mulheres mastectomizadas com dissecação de linfonodos axilares: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(6), e57210616177-e57210616177
- Silva e Sousa, C., Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV – nº3 – nov./dez.2014 <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13143>
- Sistema Nacional de Saúde Transparência. (2024). *Partos e cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares* [Base de dados]. Portal da Transparência do SNS.

<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/partos-e-cesarianas/map/?flg=ptpt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.instituicao=Unidade%20Local%20de%20Sa%C3%BAde%20de%20S%C3%A3o%20Jos%C3%A9,%20EPE&location=6,41.49212,-8.09692>

- Sng, B.L., Zeng, Y., de Souza, N.N.A., Leong, W.L., Oh, T.T., Siddiqui, F.J., ...Sia, A.T. (2018). Automated mandatory bolus versus basal infusion for maintenance of epidural analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011344.pub2>
- Soares, M., Moura, M., Carvalho, M. & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, afectividade e estratégias de coping na doença de foro oncológico. *Psicologia, saúde & doenças*, 1(1), 19-25. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a03.pdf>.
- Sociedade Portuguesa da Contraceção. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006* [Publicação do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge I.P. e Instituto Nacional de Estatística, I.P.]. Recuperado de https://www.spdc.pt/files/publicacoes/14_11373_2.pdf
- Souza, L. K. de. (2020). Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. *Psi Unisc*, 4(1), 52-66. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v4i1.13500>
- Souza Minayo, M. C., & Costa, A. P. (2018). Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, (40), 11-25. <https://www.redalyc.org/journal/349/34958005002/34958005002.pdf> Acedido a 19/10/2024
- Sorensen & Luckmann (1998) *Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica*. Lusodidacta, Lisboa
- Strang, V. R., & Sullivan, P. L. (1985). Body image attitudes during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 14(4), 332-337.
- Streubert, H.J.; Carpenter, R.D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (5ªed.) Loures: Lusodidacta.
- Stumm, E., Maçalai, C., Leite, M. T., Loro, M.M. (2009). Mecanismos de coping utilizados por mulheres mastectomizadas para lidar com o stress. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 108-144
- Tataj-Puzyna, U., Baranowska, B., Szlendak, B., Szabat, M., & Węgrzynowska, M. (2023). Parental experiences of prenatal education when preparing for labor and birth of infant with a lethal diagnosis. *Nursing open*, 10(10), 6817-6826.
- Tyner, T., & Freysteinson, W. (2023). The mirror viewing experience of women undergoing a mastectomy: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 79(6), 2081-2097.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: o processo de construção do conhecimento* (3º ed.). Edições Sílabo.
- Walker, L., Timmerman, G. M., Kim, M., & Sterling, B. (2002). Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse, low income women. *Women & Health*, 36(3), 101-121. DOI: 10.1300/J013v36n03_07
- Wanyenze EW, Byamugisha JK, Tumwesigye NM, Muwanguzi PA, Nalwadda GK. A qualitative exploratory interview study on birth companion support actions for women

during childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):63.
<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04398-4>

Zamanian, H., Amini-Tehrani, M., Jalali, Z., Daryaafzoon, M., Ala, S., Tabrizian, S., & Foroozanfar, S. (2021). Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model. *European Journal of Oncology Nursing*, 50, 101892.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101892>

APÊNDICES

APÊNDICE I - PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTORA DA AUTOIMAGEM À MULHER MASTECTOMIZADA

Nursing Interventions Promoting Self-Image in Mastectomized
Women

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

Discente

Joana Filipa Gonzaga Caseiro Inácio Coelho

Docente

Prof.^a Sara Palma

Outubro de 2024

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACS - *American Cancer Society*

DGS - Direção-Geral de Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EC – Ensino Clínico

GCO – *Global Cancer Observatory*

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPO – Instituto Português de Oncologia

JBI – *Joanna Briggs Institute*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	84
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO - CONCEPTUAL	87
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	87
1.2 TEORIA DA AFAF MELEIS	89
1.3 MODELO DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU	90
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	92
2.1 <i>SCOPING REVIEW</i>	92
2.2 TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO	93
2.3 PARTICIPANTES EM ESTUDO	94
2.4 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	95
2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	96
3. PLANO DE ATIVIDADES	98
3.1 CRONOGRAMA – 1º Semestre.....	106
3.2 CRONOGRAMA – 2º Semestre.....	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109

INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º ano do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi proposto a concretização de um projeto individual de trabalho, com vista a planear as intervenções a desenvolver no decorrer dos Ensinos Clínicos (EC) e adquirir e desenvolver competências específicas e comuns inerentes à prática de enfermagem no âmbito da ação do Enfermeiro Especialista.

O percurso de aprendizagem decorre desde o dia 16 de setembro de 2024 até julho de 2025, com uma carga horária de 1106 horas, sendo que 1000 horas correspondem à prática em EC. Pretende-se que, nos diferentes contextos clínicos nas Instituições de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo, se desenvolvam competências científicas, técnicas e comunicacionais que permitam prestar cuidados especialistas nas diversas situações.

O processo formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica baseia-se na aquisição de conhecimentos fundamentados, com a evidência científica mais atual e relevante, bem como no desenvolvimento de competências estabelecidas pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019) e pelo Regulamento de Competências Específicas do EEESMO, emitidos pela Ordem dos Enfermeiros, além das competências requeridas no *Essential Competencies of Midwifery Practice*, produzido pela *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019). Para a obtenção do grau académico de mestre é obrigatório a submissão do Relatório de Estágio e posterior discussão pública, conforme estipulado no Decreto-Lei nº65/2018, de 16 de agosto. A par desta informação, a própria Diretiva 2005/36/CE, modificada pela Diretiva 2013/55/EU (UE, 2013), estabelece padrões mínimos de formação e experiência para EEESMO como a formação teórica e prática, no mínimo, durante 18 meses supervisionada em diferentes contextos e com experiência prática obrigatória, assim como a formação na área da investigação, com a finalidade de desenvolver habilidades na educação e supervisão, melhorar as competências clínicas, inovando e implementando novos saberes e, por último, o reconhecimento da profissão pela EU.

Neste contexto, os objetivos estabelecidos contemplam tanto as competências fundamentais do EEESMO quanto as metas do Projeto Individual de Estágio desenvolvido na UC Estágio e Relatório. Assim, os objetivos são:

- Desenvolver competências na área da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, conforme definidas pela OE e pela ICM;
- Adquirir competências inerentes ao grau de mestre;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados às grávidas/parturientes/mulheres ao longo do ciclo vital e reprodutivo.

Em Portugal, o cancro da mama é uma das neoplasias mais comuns entre as mulheres. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, o cancro da mama corresponde a cerca de 25% dos novos casos de cancro diagnosticados entre as mulheres no país, sendo uma das principais causas de morte entre as mesmas (INE, 2020).

Perante o diagnóstico, uma das opções de tratamento recai na mastectomia, que consiste na remoção parcial ou total da mama que, culturalmente e emocionalmente, está fortemente associada à feminilidade e à identidade da mulher (Dias et al., 2021). Segundo Ferreira (2012), em Portugal, as mulheres mastectomizadas frequentemente relatam sentimentos de perda da identidade feminina, o que pode ter repercussões nas relações sociais e íntimas. Este facto gera impacto significativo na forma como a mulher se vê e como é vista por outros.

Este procedimento cirúrgico, para além das cicatrizes físicas associadas, pode criar uma série de cicatrizes emocionais relacionados com autoimagem, com implicações profundas na identidade, auto percepção e na qualidade de vida das mulheres. Tal como é referido por Ferreira (2012), o cancro da mama não é apenas uma doença, mas também uma experiência desafiante para a identidade das mulheres, forçando-as a reconstruir a sua autoimagem face às mudanças físicas. Este processo de adaptação é complexo e exige um suporte holístico que inclua não apenas a componente clínica, mas também o apoio emocional e psicológico para as ajudar a lidar com a perda e a redefinir a sua feminilidade.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019), a área da Saúde Materna e Obstétrica, enquanto especialidade multidisciplinar, acarreta um conjunto de intervenções autónomas em situações de baixo risco, bem como ações interdependentes em ocorrências de médio e alto risco, nomeadamente em processos de transição saúde-doença. Independentemente da vivência situacional, o foco dos cuidados é centrado na mulher. Como tal, neste contexto, a atuação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica é fundamental, na medida em que, através de intervenções focalizadas na pessoa e da mobilização de estratégias de promoção do bem-estar emocional, facilitam a reconstrução da autoimagem e ajudar as mulheres a voltarem a assumir o controlo sobre as suas vidas. A implementação de estratégias de apoio de que são exemplo, acompanhamento psicológico, a inclusão da família nos cuidados, o aconselhamento sobre a reconstrução mamária e a promoção da autoestima, são essen-

ciais para a recuperação integral dessas mulheres. A intervenção dos EEESMO, com sua visão multidisciplinar e abordagem humanizada, torna-se crucial para garantir que essas pacientes recebem o suporte necessário para enfrentar não só as mudanças físicas, mas também os desafios emocionais e psicológicos inerentes à mastectomia.

Face ao exposto, o interesse pessoal por esta temática deve-se à experiência profissional enquanto enfermeira de cuidados gerais na área da Oncologia no Instituto Português de Oncologia e ao historial familiar da investigadora. Atendendo à realidade apresentada, surge como motivação e necessidade de integrar um cuidado humanizado, individualizado e centrado na pessoa, de modo a procurar estratégias facilitadoras, no sentido de auxiliar a mulher a reencontrar o seu próprio bem-estar no decorrer do processo de transição após ter sido sujeita à mastectomia, dado que esta situação impacta não apenas o corpo, mas também a identidade e autoestima da mesma.

Deste modo, define-se como objetivo geral delinear as intervenções de enfermagem com foco na promoção da autoimagem das mulheres mastectomizadas e como objetivos específicos: conhecer e aprofundar impacto físico e psicológico da mastectomia nas mulheres submetidas a este procedimento; averiguar as estratégias de *coping* utilizadas; identificar o suporte emocional e social das mulheres mastectomizadas. Os modelos norteadores do exercício profissional ao longo deste percurso são o Modelo de Afaf Meleis (2010) e o Modelo de Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (1992), uma vez que as duas teorias se complementam, na medida em que, nos momentos de transição de saúde, as relações interpessoais entre enfermeiro e doente são fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, especialmente no contexto de cuidados de saúde de mulheres mastectomizadas, no qual a autoimagem, identidade e adaptação à nova condição são a essência da mulher.

Importa referir que o presente projeto não é estanque, podendo estar sujeito a alterações consoante as necessidades e experiências desenvolvidas ao longo do estágio. No respeitante à estrutura do trabalho, este encontra-se dividido em quatro partes. A primeira referente ao enquadramento teórico, no qual é explicado a problemática abordada, a justificação e a devida pertinência do tema, guiado pelo quadro conceptual de Afaf Meleis e Hildegard Peplau; de seguida, os procedimentos metodológicos, com a explicitação da componente investigativa, segundo as orientações da JBI; à posteriori, os objetivos para cada estágio com o respetivo planeamento das atividades a desenvolver; e, por fim, as considerações finais.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO - CONCEPTUAL

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

O cancro da mama é uma das neoplasias mais recorrentes entre as mulheres, com impacto significativo na saúde física e emocional das pacientes. De acordo com Global Cancer Observatory (2022), esta neoplasia é o segundo tipo de cancro mais comum no mundo e o primeiro na população europeia, com incidência em mais de 2 milhões de pessoas a nível mundial por ano. Em Portugal, o cancro da mama é o mais prevalente na população feminina com uma taxa de incidência elevada de 7 504/100 000 pessoas por ano (SNS, 2020). No entanto, a sensibilização e a consciencialização das mulheres sobre a deteção precoce, a par dos avanços tecnológicos, tem tido um reflexo positivo em termos da redução da taxa de mortalidade neste tipo de patologia (Ferlay et al, 2024).

Segundo a American Cancer Society (ACS, 2021), a neoplasia maligna da mama, mais conhecida por cancro da mama, é definida como um tipo de tumor no qual ocorre o crescimento e o desenvolvimento anormal de células nos tecidos da mama com capacidade para se disseminar para outros tecidos/órgãos corporais. A origem desta patologia provém tanto dos ductos mamários como dos lóbulos e pode ser detetável através exames de imagem ou através da palpação. Dentro do diagnóstico de cancro, existem subdivisões de classificações determinadas pelo tipo de células e pela origem das mesmas, sendo que o mais comum é o carcinoma. A causa do tumor é diversificada, bem como os fatores de risco associados (sexo feminino, história familiar, predisposição genética, estilos de vida - consumo de tabaco, álcool, sedentarismo, obesidade, historial reprodutivo, fatores hormonais, fatores ambientes, densidade mamária elevada, exposição solar e/ou química, radiação ionizante), o que condiciona a decisão clínica em termos de opções de tratamento (ACS, 2021; Ferlay et al., 2024).

Perante esta patologia, diversas estratégias terapêuticas estão preconizadas e estudadas de modo a serem implementadas, destacando-se como uma das principais intervenções cirúrgicas a mastectomia, essencial no tratamento de casos de malignidade e/ou de alto risco. A mastectomia é um procedimento cirúrgico que requer a remoção total ou parcial (uni ou bilateralmente) do tecido mamário lesado, sendo que existem diferentes tipo de mastectomia, consoante a extensão da doença e as características do tumor (ACS, 2023). Muitas vezes, a mastectomia é acompanhada pela reconstrução mamária, mas, em algumas circunstâncias, atendendo à condição clínica da pessoa esta pode ser adiada ou até mesmo rejeitada.

Uma das expectativas criadas pelas mulheres aquando da mastectomia prende-se com os sentimentos em torno da sua nova imagem corporal. A perda de uma mama ou ambas pode gerar pensamentos negativos relativos à identidade, à autoestima, ao seu seu próprio corpo, traduzindo-se na perda de autoconfiança, uma vez que as mamas são um

órgão simbólico da mulher e da sexualidade. Estas angústias e receios resultam em sentimentos de ansiedade, depressão e em dificuldades na aceitação da nova aparência (ACS, 2023).

Com efeito, qualquer mulher mastectomizada também se confronta com questões relacionadas à feminilidade e sexualidade, que podem ser exacerbadas pela remoção da mama. De acordo com um estudo de Costa (2017), as mulheres portuguesas que vivenciaram uma mastectomia relatam sentimentos de perda de identidade, depressão e ansiedade, associados principalmente à alteração da sua imagem corporal e à percepção social da sua nova condição de saúde.

Por este motivo, muitas mulheres procuram opções de reconstrução mamária, próteses externas ou terapias que as ajudem a lidar com a mudança da sua imagem corporal, no sentido de alcançarem uma adaptação emocional mais positiva e uma melhor qualidade de vida pós-cirúrgica. Importa reforçar que, em Portugal, no Decreto- Lei n.º 80/2023, de 27 de dezembro, existem inúmeras Estratégias Nacionais de Luta contra o Cancro horizonte 2030, pelo que as fundamentais para este tipo de situações são “Identificar e propor os procedimentos cirúrgicos essenciais para a terapêutica do cancro sobre os quais incidirão os parâmetros de priorização cirúrgica previstos para Neoplasias Malignas no âmbito descrito na Portaria n.º 153/2017, de 4 de março” (pág.73) e desenhar e propor recursos humanos e materiais para o apoio psicológico, tanto para a população adulta como para os pediátricos. Este decreto tem o propósito de projetar e desenvolver ferramentas que possibilitem o planeamento e a monitorização dos recursos necessários nos cuidados à doença oncológica, bem como minimizar os riscos associados, considerando-se uma mais-valia para os doentes oncológicos, como é o caso da mulher mastectomizada.

Desta forma, nesse contexto, os EEESMO podem atuar nestas vivências, na medida em que desempenham um papel fulcral no apoio às mulheres mastectomizadas, uma vez que são dotados de competências essenciais para cuidar da mulher nos processos de saúde-doença e facilitar a sua adaptação à nova condição de saúde.

Para melhoria e avaliação contínua dos cuidados prestados em enfermagem, os profissionais devem recorrer a um modelo teórico que oriente a sua prática clínica, garantindo uma abordagem centrada na pessoa.

1.2 TEORIA DA AFAF MELEIS

A Teoria de Transições de Afaf Meleis (2010) é definida como um conjunto de transições experienciados pelos indivíduos e/ou grupos ao longo do ciclo vital. Este modelo enfatiza a importância de compreender e descrever as vivências transitórias, enquanto mudanças significativas no estado de saúde, contexto social, emocional e físico das pessoas. São descritas diferentes transições como saúde-doença, situacional, de

desenvolvimento e organizacional, sendo a transição saúde-doença a mais adequada à temática apresentada.

De acordo com Meleis (2010), as transições são influenciadas por diversos fatores como o ambiente social, o suporte disponível e as experiências anteriores, pelo que é imprescindível considerar não apenas as mudanças físicas, mas também as dimensões emocionais, sociais e culturais que facilitam essas mudanças, através do apoio emocional, educativo e da implementação de estratégias individualizadas e direcionadas à nova realidade.

Acredita-se que o Modelo de Transições de Meleis se adequa à promoção da autoimagem das mulheres mastectomizadas, na medida em que a perda de um órgão simbólico acarreta desafios na aceitação e adaptação à nova condição de saúde, uma vez que esta transição envolve não apenas a adaptação ao novo corpo, mas também a reavaliação da sua identidade e autoestima. A mastectomia não é apenas um procedimento cirúrgico, mas é também uma vivência transformadora que pode afetar significativamente a forma como as mulheres se auto percebem e como se relacionam com os pares e com a sociedade, podendo originar sentimentos de perda, insegurança e ansiedade sobre a sua aparência e feminilidade.

Assim, com a aplicação da Teoria de Transições de Afaf Meleis no exercício profissional, os EEESMO detêm competências necessárias para promover uma transição facilitadora, através de um cuidado holístico, considerando os aspetos físicos associados à mastectomia, mas também reconhecendo e valorizando as experiências sociais, emocionais e psicológicas das mulheres mastectomizadas. Importa reforçar a importância da criação de um ambiente seguro e acolhedor para que as mulheres mastectomizadas se sintam à vontade para expressar suas preocupações e, conseqüentemente, explorar suas emoções para uma melhor compreensão e reajuste das intervenções.

1.3 MODELO DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU

O Modelo de Relações Interpessoais (1992) baseia-se na interação e na relação entre o enfermeiro e doente enquanto processo dinâmico e interativo, no qual as capacidades comunicacionais e empatia surgem como elementos promotores da saúde e bem-estar.

Esta teoria é dividida em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. Na fase de orientação, o enfermeiro e o doente estabelecem uma relação de confiança; na fase da identificação, o doente reconhece as suas necessidades, sendo numa fase posterior, a da exploração, encorajado a explorar suas experiências e emoções; e, por fim, na fase de resolução, as questões são abordadas e a relação é estabelecida, permitindo que se desenvolva um maior senso de autonomia e compreensão.

Adequando a teoria à temática apresentada, o Modelo de Relações Interpessoais

de Peplau oferece uma abordagem cuidada para entender e apoiar as experiências emocionais e psicológicas das mulheres após a mastectomia. Este procedimento é impactante na autoimagem e na identidade feminina, gerando a sentimentos e emoções negativas que, muitas vezes, sem as estratégias de coping adequadas, provoca danos profundos no ciclo vital da mulher. Assim, seguindo as orientações do modelo apresentado propõem-se as seguintes intervenções (1992):

- Na fase de orientação, o EEESMO deve criar um ambiente favorecedor à partilha de ideias, sentimentos, preocupações e emoções vivenciadas após a mastectomia e suas repercussões na autoimagem, estabelecendo uma relação de confiança necessária para que a mulher se sinta acolhida e compreendida.
- Na fase de identificação, o EEESMO deve ajudar a mulher a reconhecer suas emoções e necessidades, colocando questões relacionadas com a nova realidade corporal. Este processo pode incluir discussões de ideias sobre o impacto da mastectomia, enquanto mulher, na autoimagem, ajudando-a entender que a sua identidade não se resume apenas à aparência física;
- Durante a fase de exploração, é oportuno discutir opções e estratégias necessárias à mulher para se adaptar à nova realidade (ex. reconstrução mamária, suporte familiar e/ou psicológico, recursos da comunidade, entre outros), promovendo o empoderamento da mulher;
- E, por último, na fase de resolução, enquanto momento de reflexão sobre o processo de adaptação à nova condição de saúde, o EEESMO é parceiro dos cuidados e agente condutor de toda a experiência, na medida em que ajuda a reconstruir sua identidade da mulher, fornece *feedback* positivo e promove a aceitação da sua imagem corporal e, conseqüente melhoria da qualidade de vida.

Partindo dos pressupostos da teoria, o EEESMO presta cuidados humanizados e empáticos, promovendo não apenas a recuperação física, mas também o bem-estar emocional e psicológico das mulheres mastectomizadas. Estes são componentes essenciais para enfrentar as mudanças que acompanham a mastectomia e conseqüente reintegração num novo normal com um novo sentido de identidade e autoestima.

Assim, a adoção dos princípios integradores das teorias fornece uma base sólida para o EEESMO intervir na autoimagem da mulher mastectomizada. Através da integração dos conceitos de transição e de relações interpessoais, o EEESMO apresenta competências para facilitar a adaptação do doente à nova condição de saúde de forma eficaz e positiva, com vista a promover a sua recuperação emocional e psicológica, favorecendo o seu bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e, sobretudo uma melhor aceitação de uma autoimagem positiva.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A prestação de cuidados de excelência deve ser o principal objetivo de todos os EEESMO no decorrer da trajetória profissional e em todas as áreas que fazem parte da sua esfera de competências. Considerando que o conhecimento está em constante expansão, é crucial que as competências dos profissionais de saúde acompanhem esse desenvolvimento contínuo (OE, 2011).

A Prática Baseada na Evidência é vista como uma estratégia de resolução de problemas na tomada de decisão clínica, que envolve a identificação de um problema, uma estratégia de pesquisa e seleção de literatura científica adequada, com vista a avaliar de forma crítica as evidências e a sua aplicabilidade na prática (Barría- Pailaquilén, 2013). Para tal, importa definir uma metodologia de investigação, enquanto técnica utilizada pelo investigador, visando estruturar um estudo, colher e analisar as informações relevantes (Polit & Beck, 2018). Dependendo das questões colocadas, algumas investigações procuram descrever os fenómenos em estudo, enquanto outras se concentram na explicação das relações estabelecidas entre os fenómenos, ou na antecipação ou no controlo dos mesmos. Apesar das divergências, ambas têm o propósito de desenvolver conhecimento seja de forma quantitativa ou qualitativa (Fortin, 2009).

Assim, o propósito deste capítulo é apresentar os métodos mobilizados para fundamentar a PBE com base nos princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem. Para aprofundar e compreender a temática em estudo, foi elaborado uma scoping review e um estudo qualitativo, através de entrevistas semiestruturadas, que permitem captar as perceções e as experiências das mulheres em relação à mastectomia, explorando o impacto da sua autoimagem e as estratégias de coping adotadas.

2.1 SCOPING REVIEW

Perante a temática apresentada, considerou-se como ponto de partida a Scoping Review segundo orientações propostas pela Joanna Briggs Institute (2020), cujo objetivo geral reside no mapeamento da evidência científica sobre as intervenções de enfermagem no ajuste à autoimagem das mulheres mastectomizadas.

Como questão de pesquisa para a presente temática, formulou-se a seguinte: “Quais as intervenções de enfermagem à mulher mastectomizada, promotoras da autoimagem?”.

Seguindo os passos da JBI, definiu-se uma questão PCC, sendo que a População/Participantes (P) corresponde à Equipa de Enfermagem; os Conceitos (C)

definidos são Autoimagem, Transição no Processo Saúde-Doença, Neoplasia Maligna da Mama, Promoção do Cuidar e o Contexto (C) são os Cuidados de Enfermagem prestados à mulher mastectomizada.

Foram delineados critérios de inclusão e de exclusão para o estudo, pelo que se incluiu todo o tipo de estudos com idiomas em português, inglês e espanhol, que abordem intervenções de enfermagem destinadas às mulheres e/ou casais que vivenciaram a experiência da mastectomia e conseqüente, problemas na autoimagem enfermagem e excluíram-se estudos com idiomas diferentes dos referidos anteriormente, neoplasia benigna da mama em ambos os sexos e neoplasia maligna da mama no sexo masculino ou outro tipo de neoplasias.

Para a pesquisa inicial recorreu-se às plataforma e base de dados PubMed, CINAHL e Medline, de modo a identificar os artigos científicos que contribuem para a compreensão da questão de investigação, com descritores MeSH, nomeadamente “Breast Neoplasms”, “Attitude of Health Personnel”, “Body Image”, “Nursing Care”, “Coping Skills”, “Mastectomy” e termos de linguagem natural, “Breast cancer”, “Self- image”, “Healthcare”, “Support Strategies”, “Coping Strategies”.

2.2 TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

Em complementaridade à Scoping Review, propôs-se um trabalho de campo para um entendimento mais profundo e aplicável dos resultados obtidos sobre a temática apresentada. Pretende-se com este trabalho, integrar os resultados da ScR num paradigma descritivo qualitativo. A escolha deste prende-se com o facto de a abordagem qualitativa privilegiar a compreensão profunda das experiências e percepções das mulheres mastectomizadas. Este tipo paradigma é especialmente adequado para explorar temas sensíveis e complexos (Streubert & Carpenter, 2013), como as alterações da imagem, que estão intimamente ligadas aos aspetos emocionais, sociais e culturais, permitindo investigar a forma como as mulheres encaram a reconstrução da sua identidade após mastectomia, as estratégias de coping adotadas e os impactos físicos e psicológicos nesta transição.

2.3 PARTICIPANTES EM ESTUDO

Considerando a natureza da pesquisa, objetivos estabelecidos, questão de investigação e critérios de inclusão e de exclusão, os participantes neste estudo são:

- Mulheres submetidas a um procedimento cirúrgico, mastectomia;
- Mulheres que aceitem em participar;
- Mulheres com capacidade mental e psíquica;
- Idealmente, mulheres jovens adultas ou adultas.

De acordo com Fortin (2009), a seleção dos participantes decorre da acessibilidade do investigador, ou seja, a escolha dos sujeitos presentes num determinado local e momento, sendo uma amostra não probabilística e acidental ou de conveniência decorrente dos critérios de inclusão apresentados. A par desta informação, estudos desta natureza apresentam certas limitações, dado que tendem a ser demorados e complexos e, além disso, podem levantar dilemas/questões sobre a generalização dos resultados, colocando em discussão a representatividade dos dados recolhidos.

O instrumento de colheita de dados será aplicado na Consulta Externa de Senologia às mulheres que cumprem os critérios de inclusão estabelecidos. Uma das maiores taxas de incidência de cancro da mama em 2020 ocorreu na região de Lisboa e Vale do Tejo, entre 297 e 319 por cada cem mil habitantes (SNS, 2020).

Salienta-se que, o acesso fácil e direto a estes serviços torna-se fundamental para a realização do estudo. Essa facilidade assegura, não apenas a inclusão de um público-alvo significativo, mas também cria um ambiente acolhedor para a expressão de sentimentos, emoções e vivências por parte dos participantes, enriquecendo a investigação com uma compreensão mais profunda das experiências e necessidades dos intervenientes. Importa reforçar outro aspeto importante e favorecedor para o estudo é a experiência pessoal na área, o que permite uma compreensão aprofundada das dinâmicas e dos desafios enfrentados pelas mulheres mastectomizadas. Esta vivência enriquece a relação estabelecida e a construção de um vínculo de confiança com as participantes, através de um ambiente seguro e empático.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para a consecução de um trabalho de natureza investigativa, é importante que os investigadores optem por métodos facilitadores da recolha de informação e, à posteriori, de registo, análise, discussão e apresentação dos resultados. Neste estudo, optou-se pela entrevista semiestruturada.

Com efeito, a investigação qualitativa tem como principal objetivo compreender, de forma profunda e detalhada, os fenómenos sociais e humanos (Streubert & Carpenter, 2013). Contrariamente à pesquisa quantitativa que quantifica variáveis e testa hipóteses pré-estabelecidas, esta centra-se na interpretação e na construção de significados a partir das perceções, experiências e narrativas dos indivíduos (Coutinho, 2010). Nesta linha de pensamento, a entrevista semiestruturada consiste na combinação de um conjunto de questões previamente formuladas, permitindo um maior controlo da entrevista por parte do entrevistador e, simultaneamente, proporcionando ao entrevistado a oportunidade de refletir de forma livre e espontânea sobre os temas abordados (Souza & Costa, 2018).

Através deste tipo de entrevista, os intervenientes são incitados a falar livremente sobre as experiências, sentimentos e opiniões sobre o impacto da mastectomia na

autoimagem feminina e as estratégias utilizadas para lidar com a nova condição de saúde. Espera-se que as respostas dadas forneçam uma compreensão mais profunda das crenças e vivências associadas à mastectomia, incluindo fatores psicológicos, físicos, emocionais e sociais. Partindo destas premissas, será possível adequar as intervenções de enfermagem, direcionando-as e individualizando-as eficazmente, com vista a dar resposta às necessidades de cada mulher e proporcionar um suporte e um cuidado personalizado e individualizado.

2.4 ANÁLISE DE DADOS

De acordo com Bardin (2016), a análise de conteúdo estrutura-se em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise, as entrevistas devem ser lidas diversas vezes para que o investigador se familiarize com o conteúdo. De seguida, a exploração do material ocorre com a codificação e categorização, permitindo que as expressões e/ou perceções sejam agrupadas em temas centrais, como as vivências do impacto da mastectomia na autoimagem ou estratégias de coping e/ou apoio fornecido. Por fim, o tratamento dos resultados implica interpretar esses dados à luz da literatura presente, bem como o contexto clínico das participantes.

Após a concretização das entrevistas, a investigador pretende transcrevê-las para poder selecionar a informação pertinente e adequada de todas as entrevistadas e, à posteriori, categorizar a informação selecionada, tendo em conta o objetivo deste estudo e os resultados apresentados na Scoping Review. Para garantir o anonimato das entrevistas, considera-se oportuno codificar as mesmas através de siglas.

2.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Enfermagem enquanto profissão é regida por princípios éticos e deontológicos estipulados no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e no Código Deontológico dos Enfermeiros, espera-se que estes sejam respeitados não só na prática clínica, mas também na investigação (OE, 2015b). Dentro das competências requeridas do enfermeiro especialista, destaca-se a responsabilidade profissional, ética e legal, devendo este agir “de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e garantir o respeito dos direitos humanos e das responsabilidades exigidas pela profissão no exercício profissional (OE, 2019, p.4745).

Dado que a investigação na área da saúde envolve a participação de seres humanos, torna-se fundamental abordar e incluir as considerações éticas desde o início do estudo (Fortin, 2009). Deste modo, os principais princípios éticos a ter em conta nesta investigação são: princípio da autonomia, no qual os participantes tomam as suas próprias

decisões e são livres de decidir relativamente à sua participação, não esquecendo o direito ao consentimento informado, no qual se explicita a finalidade do estudo e se garante a proteção de dados e dos direitos básicos; princípio beneficência assenta em fazer o bem, proporcionando cuidados que promovam a saúde e o bem-estar dos intervenientes; princípio da não-maleficência, definido numa perspetiva de evitar qualquer ação ou dano para os participantes através da avaliação dos eventuais riscos; princípio da justiça, no qual se promove a equidade nos cuidados e no apoio prestado ao público-alvo (OE, 2015a). Além dos princípios mencionados, na área na saúde, existem outros princípios que devem ser igualmente tidos em conta no planeamento da investigação como o princípio da fidelidade, através da construção de uma relação de confiança com os participantes; o princípio da veracidade, que implica ser-se transparente sobre os riscos e benefícios associados ao estado e, por último, o princípio da confidencialidade, assegurando a proteção de dados e informações recolhidas no decorrer do processo investigativo (ICN, 2021; Haddad & Geiger, 2022).

Após a aprovação da Comissão de Ética do Hospital onde se realiza o estudo, é importante que, em colaboração com os serviços acima mencionados, se proceda a um primeiro contacto com as participantes após a mastectomia, com o intuito de explicar e entregar a documentação necessária para dar continuidade ao estudo, desde o consentimento informado, aos objetivos e finalidade da pesquisa e à autorização da gravação digital (vocal ou audiovisual). No respeitante ao espaço físico das entrevistas, seria apropriado que fosse facultado um dos gabinetes ou salas disponíveis nos respetivos serviços, no momento das mesmas, de modo a criar um ambiente seguro, garantindo a intimidade e a privacidade da informação recolhida.

PLANO DE ATIVIDADES

A partir da consecução deste percurso de aprendizagem, é fulcral um exercício perspetivo e o planeamento das atividades, de forma a desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista e as específicas do EESMO. Para tal, foram definidos os objetivos gerais e específicos.

Como objetivo geral pressupõe-se desenvolver competências específicas de intervenção de enfermagem direcionadas às mulheres mastectomizadas na promoção da autoimagem.

Como objetivos específicos apresentaram-se os seguintes:

- Integrar a estrutura física, bem como dinâmica organizacional e funcional dos serviços UCC, Internamento de Medicina Materno-Fetal, Consultas de Ginecologia e Senologia, Internamento de Obstetrícia e Sala de Parto.
- Desenvolver um exercício profissional especializado, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos;
- Desenvolver intervenções de enfermagem de saúde materna e obstétrica na promoção da autoimagem nas mulheres;
- Estruturar, implementar e reformular atividades/programas/intervenções individualizadas com o intuito de compreender o impacto das alterações corporais vivenciadas, de modo a promover uma autoimagem positiva e, conseqüente, melhoria da qualidade de vida;
- Promover oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento profissional;
- Adquirir e desenvolver competências no âmbito da gestão de recursos humanos e coordenação dos cuidados, assegurando a qualidade e a melhoria contínua da prática profissional.
- Realizar o Relatório Final e desenvolver capacidades investigativas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

De seguida, procede-se à apresentação do plano de estágio, identificando-se os objetivos específicos, respetivas atividades planeadas, intervenientes e recursos, em articulação com as competências do Enfermeiro Especialista (comuns e do EEESMO).

Objetivo Geral: Desenvolver competências específicas de intervenção de enfermagem direcionadas às mulheres mastectomizadas na promoção da autoimagem.

Objetivo Específico 1: Integrar a estrutura física, bem como a dinâmica organizacional e funcional dos serviços UCC, Internamento de Medicina Materno-Fetal, Consultas de Ginecologia e Senologia, Internamento de Obstetrícia e Sala de Parto.

Atividades	Competências	Recursos	Calendarização
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer estrutura física; • Localizar o material; • Identificar dinâmicas, rotinas e protocolos utilizados no serviço; • Conhecer sistema informático e institucional e tipo de registos a efetuar; • Integrar a equipa multidisciplinar nos diferentes serviços; • Identificar os procedimentos da equipa multidisciplinar; • Conhecer as características da mulher/casal/pessoa significativa. • Integrar os procedimentos da equipa multidisciplinar junto da mulher/casal/pessoa significativa; • Manter uma atividade proativa e de disponibilidade para a aprendizagem; • Estabelecer uma relação interpessoal positiva com a equipa multidisciplinar e com a mulher/casal/pessoa significativas; • Observar e, de forma autónoma e gradual, realizar os cuidados de enfermagem seguindo as competências dos EEESMO; • Reconhecer as limitações enquanto estudante da especialidade de ESMO. 	<p>Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; B1; B2; C1; C2; D1</p>	<p>Humanos – Orientador do Ensino Clínico, Enfermeira Cooperante, Equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais – Acesso a protocolos e documentação presentes na instituição, bem como os projetos a serem desenvolvidos.</p>	<p>No decorrer da primeira semana de cada ensino clínico.</p>

Objetivo Específico 2: Desenvolver um exercício profissional especializado à mulher/casal/família/pessoa significativa, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos.

Atividades	Competências	Recursos	Calendarização
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver a prática profissional tendo em consideração a deontologia profissional; • Promover o respeito pelo direito da pessoa à privacidade; • Analisar e refletir sobre as situações vivenciadas em contexto de estágio, • Proceder a pesquisas bibliográficas acerca dos conteúdos programáticos e essenciais • Prestação de cuidados EESMO nos diversos contextos clínicos; • Garantir a segurança nos cuidados prestados à mulher/casal/família/pessoa significativa; • Garantir o sigilo profissional; • Avaliar situações de risco e/ou problemáticas vivenciada pela mulher/casal/família/pessoa significativa, respeitando os princípios éticos; • Respeitar os valores, crenças e práticas da mulher/casal/família/pessoa significativa; • Promover a prática reflexiva com o Enfermeiro Orientador e/ou equipa multidisciplinar, mobilizando conteúdos éticos e deontológicos; • Responsabilizar pelas ações tomadas, assumindo as consequências e comunicá-las. 	<p>Competências comuns do Enfermeiro Especialista:</p> <p>A1; A2; C2; D2</p>	<p>Humanos – Orientador do Ensino Clínico, Enfermeira Cooperante, Equipa multidisciplinar, Mulher/casal/família/pessoa significativa</p> <p>Materiais – Bases de dados, Código Deontológico, REPE, Processo Clínico, Legislação, Guidelines</p>	<p>A desenvolver ao longo de cada ensino clínico.</p>

Objetivo Específico 3: Desenvolver intervenções de enfermagem de saúde materna e obstétrica na promoção da autoimagem nas mulheres, baseada na melhor evidência científica.

Atividades	Competências	Recursos	Calendarização
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as necessidades de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, com destaque na promoção da autoimagem nos diferentes contextos; • Mobilizar os conhecimentos teóricos na prática clínica; • Utilizar técnicas de informação e estratégias de pesquisa adequadas; • Realizar cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica adequados à situação e à pessoa a quem é prestado o cuidado, aplicando os conhecimentos adquiridos; • Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre os conteúdos inerentes à prestação de cuidados especializados nos diversos contextos; • Criar momentos educativos em grupo ou individual sobre a imagem corporal e a promoção da autoimagem (sessões de educação para a saúde, documentos digitais, entre outros); • Utilizar os princípios básicos da comunicação com base no respeito e na empatia, criando um ambiente terapêutico; • Compreender a transição vivenciada; • Articular com o casal/família e pessoa significativa; • Implementar estratégias de coping eficazes, após o reconhecimento das repercussões físicas e psicológicas associadas à mastectomia e/ou situações de transição de saúde; 	<p>Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; B1; B3; C1; C2; D1; D2</p>	<p>Humanos: Mestranda, Enfermeiro Orientador do Ensino Clínico e Docente Orientador; Mulher/casal/família/pessoa significativa e RN. Materiais: Processo Clínico, Base de dados; Guidelines; Legislações; Planificação de Sessões de Educação para a Saúde (em formato powerpoint ou canva®); Computador.</p>	<p>Ao longo dos ensinamentos clínicos. Nas primeiras semanas de estágio, em colaboração com a EESMO e nas restantes semanas, realizar autonomamente as intervenções de enfermagem.</p>

<ul style="list-style-type: none"> Promover uma experiência positiva, com a melhoria da autoimagem nas diferentes fases do ciclo vital da mulher (sobretudo após sujeitas a mastectomia). 			
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Objetivo Específico 4: Estruturar, implementar e reformular atividades/programas/intervenções individualizadas com o intuito de compreender o impacto das alterações corporais vivenciadas, de modo a promover uma autoimagem positiva e, conseqüente, melhoria da qualidade de vida.

Atividades	Competências	Recursos	Calendarização
<ul style="list-style-type: none"> Identificar as alterações físicas e psicológicas e, conseqüentemente, o impacto das mesmas na autoimagem; Compreender a transição vivenciada; Implementar sessões de educação para a saúde e/ou documentos elucidativos à importância da autoimagem; Desenvolver e implementar intervenções que minimizem o impacto negativo da mastectomia e/ou transição na autoimagem da mulher; Respeitar as vontades e expressões da mulher relativamente à sua identidade e feminilidade; Ser realista e empático relativamente à situação apresentada; Fornecer feedback positivo; Solicitar apoio por parte da equipa multidisciplinar, quando aplicável; 	<p>Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D2</p>	<p>Humanos: Mestranda, Enfermeiro Orientador do Ensino Clínico e Docente Orientador; Mulher/casal/família/pessoa significativa e RN. Materiais: Processo Clínico, Registo Clínico em Sistema Informático ou em Formato Papel; Guidelines; Legislações.</p>	<p>Ao longo dos ensinos clínicos. Nas primeiras semanas de estágio, em colaboração com a EESMO e nas restantes semanas, realizar autonomamente as intervenções</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o impacto das intervenções na melhoria contínua da qualidade dos cuidados; • Elaborar registos clínicos que comprovem a atividade exercida pelo Estudante da Especialidade de ESMO. 			de enfermagem.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	----------------

Objetivo Específico 5: Promover oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento/crescimento profissional;

Atividades	Competências	Recursos	Calendarização
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender as necessidades identificadas não só pela mulher/casal/família/pessoa significativa, mas pela enfermeira cooperante; • Discutir e refletir sobre a relevância das sessões e/ou ações formativas com a Enfermeira e com a Docente Orientadora; • Demonstrar proatividade e iniciativa nas atividades a realizar; • Aceitar a crítica e procurar por melhorar o desempenho desenvolvido ao longo do EC; • Cooperar com os diferentes elementos da equipa • Desenvolver a prática reflexiva, regularmente, sobre a prática de cuidados a desenvolver, a par do projeto individual; • Reconhecer as limitações e as estratégias a adotar para a melhoria contínua dos cuidados prestados enquanto estudante ESMO; 	<p>Competências comuns do Enfermeiro Especialista: B1; B2; B3; C1; C2; D2</p>	<p>Humanos: Mestranda, Enfermeiro Orientador do Ensino Clínico e Docente Orientador; Equipa multidisciplinar. Materiais: Protocolos do Serviço; Materiais utilizados na prestação dos cuidados; Registo de Enfermagem; Base de dados.</p>	No decorrer dos Ensinos Clínicos.

<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o(a) Enfermeiro(a) Orientador(a) acerca das intervenções e competências requeridas para o desenvolvimento e crescimento profissional na área, bem como sugestões de melhoria; • Demonstrar capacidade na adaptação a novas realidades e encarar como um desafio. 			
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Objetivo Específico 6: Adquirir e desenvolver competências no âmbito da gestão de recursos humanos e coordenação dos cuidados, assegurando a qualidade e a melhoria contínua da prática profissional.

Atividades	Competências	Recursos	Calendarização
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os recursos humanos e materiais existentes em cada instituição; • Identificar e/ou reconhecer o método de trabalho e a gestão do serviço; • Planificar os cuidados de enfermagem a prestar, tendo em conta o fator tempo e os recursos disponibilizados; • Conhecer a gestão de recursos existentes em cada EC, através do acompanhamento da coordenação de cuidados da Enfermeira Chefe; • Conhecer as rotinas e dinâmicas de cada serviço; • Participar ativamente na gestão dos cuidados, desde as transferências hospitalares, à gestão terapêutica e materiais (reposição de stock e validades), ao apoio nos cuidados prestados por outro profissional (enfermeiros especialistas e generalistas, técnicos auxiliares de saúde, 	<p>Competências comuns do Enfermeiro Especialista: B3; C1; C2; D2</p>	<p>Humanos: Mestranda, Enfermeiro Orientador do Ensino Clínico e Docente Orientador; Equipa multidisciplinar, mulher/casal/família/pessoa significativa;</p> <p>Materiais: Protocolos do Serviço; Materiais utilizados na prestação dos cuidados; Registo de Enfermagem; Base de dados;</p>	<p>No decorrer dos EC.</p>

médicos, entre outros) e à resolução de problemas/conflitos existentes em cada contexto clínico.		Sistemas Informáticos; Guidelines.	
--------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------	--

Objetivo Específico 7: Elaborar o Relatório Final do Estágio e desenvolver competências investigativas enquanto ESMO.

Atividades	Competências	Recursos	Calendarização
<ul style="list-style-type: none"> Identificar uma temática de interesse e com contributos para as equipas nos diferentes contextos; Demonstrar a pertinência do tema com a Docente Orientadora e, após a aprovação, discutir o tema com a Enfermeira Orientadora e equipa de enfermagem; Elaborar uma <i>Scoping Review</i>, tendo como questão de pesquisa “Quais as intervenções de enfermagem à mulher mastectomizada, promotoras da autoimagem?”. Realizar entrevistas semiestruturadas às mulheres mastectomizadas, com o intuito de compreender as intervenções necessárias para promover uma autoimagem positiva; Solicitar à Comissão de Ética do Hospital para a consecução do estudo; Elaborar o Relatório Final, descrevendo o percurso desenvolvido neste 2º Ano de Mestrado; Apresentar e discutir o Relatório Final. 	Competências comuns do Enfermeiro Especialista: B1; B2; B3; C1; C2; D2	Humanos: Mestranda, Enfermeiro Orientador do Ensino Clínico e Docente Orientador; Critérios de Inclusão Materiais: Processo Clínico; Entrevistas Semiestruturadas; Guidelines; Minutas; Legislações. Recurso às bases de dados (Medline, Pubmed, CINAHL, RCAAP); Telemóvel; Consentimento Informado.	Durante o ano letivo de 2024/2025.

3.1 CRONOGRAMA – 1º Semestre

		2024														2025															
Meses		Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			Fevereiro										
Semanas		2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10						
Locais de Estágio		ESMO na Comunidade								ESMO Gravidez Patológica						ESMO Ginecologia		ESMO no Puerpério							2º Semestre						
Elaboração Do Projeto Individual		[Blue Box]																Férias de Natal													
Objetivos Específicos	1	[Light Blue]								[Light Blue]						[Light Blue]		[Light Blue]													
	2	[Light Orange]								[Light Orange]						[Light Orange]		[Light Orange]													
	3	[Light Purple]								[Light Purple]						[Light Purple]		[Light Purple]													
	4	[Light Green]								[Light Green]						[Light Green]		[Light Green]													
	5	[Light Yellow]								[Light Yellow]						[Light Yellow]		[Light Yellow]													
	6	[Light Grey]								[Light Grey]						[Light Grey]		[Light Grey]													
	7	[Light Red]								[Light Red]						[Light Red]		[Light Red]													

3.2 CRONOGRAMA – 2º Semestre

		2024			2025																							
Meses					Fevereiro				Março				Abril				Maio				Junho				Julho			
Semanas		27	3	10	17	24	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14		
Locais de Estágio					ESMO na Sala de Partos																							
Objetivos Especificos	1																											
	2																											
	3																											
	4																											
	5																											
	6																											
	7																											

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto aborda a problemática da promoção da autoimagem após mastectomia, destacando a sua relevância e impacto profundo na saúde e na qualidade de vida destas mulheres. Com a consecução do mesmo, será possível aprofundar o conhecimento sobre as complexidades emocionais e sociais que envolvem a autoimagem e a identidade destas mulheres, permitindo a criação e implementação de estratégias de intervenção adequadas e individualizadas.

Perante a complexidade do desafio, as expectativas relativamente à implementação das intervenções propostas são positivas. É esperado que, com a aplicação dos modelos teóricos Afaf Meleis e de Hildegard Peplau, seja possível desenvolver uma abordagem centralizada e focalizada na mulher mastectomizada, proporcionando uma base sólida para a compreensão das transições vividas por estas mulheres e para a construção de uma relação terapêutica, baseada na empatia e a confiança. Através dessas intervenções, o EEESMO pode facilitar a adaptação das mulheres mastectomizadas, promovendo uma reconstrução saudável da sua autoimagem e identidade e melhoria da sua reintegração emocional e social.

É evidente que o papel dos EEESMO vai além das questões técnicas, envolvendo uma atuação crítica e reflexiva, pautada pelo compromisso de um cuidado holístico e transformador. A par disso, a componente prática proporciona uma oportunidade de desenvolvimento das competências requeridas pelo EE e um crescimento pessoal e profissional essencial para alcançar o grau de mestre e o título de Enfermeiro Especialista.

Este projeto, portanto, não apenas atende às exigências curriculares, mas também representa um contributo significativa para a prática clínica, no sentido de capacitar os profissionais para a prestação de cuidados especializados atendendo às especificidades das mulheres que enfrentaram este procedimento cirúrgico. Importa reforçar que o mesmo projeto tem uma componente perspetiva, pressupondo a possibilidade de adaptar e ajustar estes conteúdos ao longo dos ensinamentos clínicos, conforme as oportunidades de aprendizagem apresentadas nos diferentes contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2020). Relatório de Observação Nacional – 2020. Ministério da Saúde. <https://ron.min-saude.pt/media/2223/ron-2020.pdf> Acedido a 20/10/2024
- American Cancer Society (2021). *What is Breast Cancer?*. cancer.org | 1.800.227.2345 Acedido a 08/04/2024: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html> Acedido a 16/09/2024
- American Cancer Society (2023). *Treating Breast Cancer: Mastectomy*. cancer.org | 1.800.227.2345. Acedido a 20/04/2024: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer/mastectomy.html#> Acedido a 16/09/2024
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBIM manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01> ISBN: 978-0-6488488-0-6 Acedido a 16/09/2024
- Barría-Pailaquilen, R. M. (2013). Practice Based on Evidence: An opportunity for quality care. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(2), 181-182. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000200002 Acedido a 20/10/2024
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Costa, A. (2017). Sexualidade nas mulheres com cancro da mama. Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8034/1/5484_11056.pdf Acedido a 16/10/2024
- Coutinho, C. (2010). *Desenvolvimento e validação de um questionário para avaliação da qualidade de vida em doentes oncológicos*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6469/1/ADMEE_Clara_Coutinho.pdf Consultado a 19/10/2024
- Diário da República. (2023). *Decreto-Lei n.º 80/2023 de 27 de dezembro*. Diário da República, 2.ª série, n.º 248. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2023/12/248000000/0005100080.pdf> Acedido a 15/10/2024
- Dias, R. S., dos Santos Maia, E., & de Souza Lopes, G. (2021). Cancro da mama: percepções frente à mastectomia. *Research, Society and Development*, 10(16), e322101624109-e322101624109. Acedido a 19/10/2024

- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., Bray, I. (2022). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.who.int/today> Acedido a 15/10/2024
- Ferreira, A. C. (2012). *Mulheres mastectomizadas: Acesso à informação e aprendizagem de capacidades*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1782/1/Mulheres%20mastectomizadas_Acesso%20%C3%A0%20informa%C3%A7%C3%A3o%20e%20aprendizagem%20de%20capacidades.pdf Acedido a 20/10/2024
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 3ª ed. Loures: Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas da saúde: Cancro de mama em Portugal*. INE. <https://www.ine.pt>, acedido a 18/10/2024
- International Confederation of Midwives. (2019). *Essential competencies for midwifery practice* (5th ed.). International Confederation of Midwives.
- Haddad L. M., Geiger R. A. (2022). *Nursing ethical considerations*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/>. Consultado a 20/10/2024
- International Council of Nurses (2021). THE ICN CODE OF ETHICS FOR NURSES REVISED 2021; *International Council of Nurses* 3, Switzerland. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf Consultado a 20/10/2024.
- Malheiro, S. (2023). Clínica Multidisciplinar da Mama do IPO de Lisboa: Mais do que um espaço físico, uma estrutura funcional. *Saúde Online*. <https://saudeonline.pt/clinica-multidisciplinar-da-mama-do-ipo-de-lisboa-mais-do-que-um-espaco-fisico-uma-estrutura-funcional/> Acedido a 20/10/2024
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory-Middle-Range and situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05 Acedido a 18/10/2024
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros, 13560-13565. Acedido a 18/10/2024 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Acedido a 17/10/2024: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia profissional de enfermagem*. ISBN: 978-989-8444-30-1 Acedido a 17/05/2024
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/40271/1/63133400.pdf>
- Peplau, H.E. (1992). Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 5, 13–18.
- Polit, D., Beck, C. (2018) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 9ª edição. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. ISBN 9781496351296 Acedido a 20/10/2024
- Serviço Nacional de Saúde (2020). *Relatório de observação nacional: Relatório anual 2020*. Serviço Nacional de Saúde. <https://ron.min-saude.pt/media/2223/ron-2020.pdf>, acedido a 20/10/2024
- Souza Minayo, M. C., & Costa, A. P. (2018). Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, (40), 11-25.
<https://www.redalyc.org/journal/349/34958005002/34958005002.pdf> Acedido a 19/10/2024
- Streubert, H.J.; Carpenter, R.D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (5ªed.) Loures: Lusodidacta.
- União Europeia. (2013). *Diretiva 2013/55/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de novembro de 2013, que altera a Diretiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais e o Regulamento (UE) nº 1024/2012 relativo à cooperação administrativa através do Sistema de Informação do Mercado Interno (“Regulamento IMI”)*. Jornal Oficial da União Europeia, L 354, 28.12.2013, p. 132–170. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:pt:PDF> Acedido a 15/10/2024

APÊNDICE II - *SCOPING REVIEW*: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM MULHERES
MASTECTOMIZADAS, PROMOTORAS DA IMAGEM-CORPORAL: UMA *SCOPING REVIEW*

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM MULHERES MASTECTOMIZADAS, PROMOTORAS DA IMAGEM-CORPORAL: UMA SCOPING REVIEW

Nursing Intervention in Mastectomized Women Promoting Self-Image: A Scoping Review

Intervención De Enfermería En Mujeres Mastectomizadas Que Promueven La Imagen-Corporal: Una Scoping Review

Joana Coelho, Licenciada, RN. Enfermeira. Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Portugal. Portugal. Estudante de Mestrado da Escola Superior de Saúde de Santarém, Instituto Politécnico de Santarém. | ORCID: 0009-0000-1026-6409 | Ciência ID: 8F14-27DC-187

Hélia Dias, PhD, MD, RN. Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Santarém, Instituto Politécnico de Santarém. Santarém. Investigadora Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV), Instituto Politécnico de Santarém, e Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal. ORCID: 0000-0003-2248-6673 | Ciência ID: 9A1C-192E-02DA

Sara Palma, PhD, MD, RN. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém, Instituto Politécnico de Santarém. Santarém, Portugal. Investigadora Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Investigadora Centro de Investigação da Qualidade de Vida (CIEQV), Instituto Politécnico de Santarém e Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal. Investigadora no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS_UCP). Lisboa. Portugal. ORCID: 0000-0002-4640-6558 | Ciência ID: 6B19-90B6-F577

RESUMO (172)

Introdução: O cancro da mama tem elevada prevalência no mundo e em Portugal, originando alterações pessoais, familiares, psicoemocionais, sociais, fisiológicas com impacto na imagem-corporal em especial da mulher mastectomizada. O acompanhamento do enfermeiro-obstetra é crucial através da implementação de intervenções individualizadas à mulher/casal, ajudando-a a encontrar estratégias de *coping* e de aceitação da nova imagem-corporal. **Objetivo:** Mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras da imagem-corporal das mulheres mastectomizadas. **Metodologia:** *Scoping-Review* de acordo com a metodologia do *Joanna-Briggs-Institute*. Incluíram-se estudos em português, inglês e espanhol, que envolvam intervenções de enfermagem promotoras da imagem-corporal, às mulheres mastectomizadas. O processo de seleção de estudos e extração de dados foi realizado através dois revisores independentes. **Resultados:** Emergiram três estudos, publicados entre 2021 e 2023, que identificaram seis intervenções desenvolvidas às mulheres. **Conclusões:** As intervenções do enfermeiro-obstetra são fundamentais para a melhoria

da imagem-corporal das mulheres mastectomizadas. Verificou-se a ausência de estudos relacionados com esta temática em Portugal e a falta de investimento do enfermeiro-obstetra no cuidado a estas mulheres.

Palavras-chave: Enfermeiro-obstetra; Imagem-Corporal; Mastectomia; Neoplasias da Mama.

ABSTRACT

Background: Breast cancer has a high prevalence in the world and in Portugal, causing personal, family, psycho-emotional, social and physiological changes with an impact on self-image, especially in women with a mastectomy. Monitoring by the obstetric nurse is crucial through the implementation of individualized interventions for the woman/couple, helping them to find coping strategies and acceptance of their self-image. **Objective:** Map the scientific evidence on nursing interventions that promote self-image in mastectomized women. **Methodology:** Scoping-Review according to the Joanna-Briggs-Institute methodology. Studies in Portuguese, English and Spanish were included, involving nursing interventions that promote self-image for women with mastectomies. The study selection and data extraction process were carried out by two independent reviewers. **Results:** Three studies emerged, published between 2021 and 2023, which identified six interventions developed for women. **Conclusions:** The interventions of the nurses-midwives are fundamental for improving the self-image of mastectomized women. There was a lack of studies related to this topic in Portugal and the lack of investment by nurses-midwives in caring for these women.

Keywords: Self-Image; Breast Neoplasms; Mastectomy; Nurses-Midwives.

RESUMEN

Marco contextual: El cáncer de mama tiene una alta prevalencia en el mundo y en Portugal, provocando cambios personales, familiares, psicoemocionales, sociales y fisiológicos con impacto en la imagen-corporal, especialmente en mujeres con mastectomía. El seguimiento por parte de la enfermeira-obstétrica es crucial a través de la implementación de intervenciones individualizadas para la mujer/pareja, ayudándola a encontrar estrategias de afrontamiento y aceptación de su propia imagen. **Objetivo:** Mapear la evidencia científica sobre intervenciones de enfermería que promueven la imagen corporal en mujeres mastectomizadas. **Metodología:** *Scoping-Review* según la metodología *Joanna-Briggs-Institute*. Se incluyeron estudios en portugués, inglés y español que involucran intervenciones de enfermería que promueven la imagen-corporal de mujeres con mastectomías. El proceso de selección de estudios y extracción de datos fue realizado por dos revisores independientes. **Resultados:** Surgieron dos estudios, publicados entre 2021 y 2023, que identificaron seis intervenciones desarrolladas para mujeres. **Conclusiones:** Las intervenciones de la enfermera obstetra son fundamentales para mejorar la imagen-corporal de las mujeres mastectomizadas. Hubo falta de estudios relacionados con este tema en Portugal y falta de inversión por parte de las enfermeiras-obstétricas en el cuidado de estas mujeres.

Palabras-Clave: Enfermeras-Obstetricas; Imagen Corporal; Mastectomía; Neoplasias de la Mama.

APÊNDICE III – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Este guião serve como guia orientador da entrevista a realizar às mulheres que compõem a amostra e que aceitem participar no estudo. Será realizada de maio a junho de 2025 e terá a duração de aproximadamente 75min. Será efetuado o pedido para a autorização da gravação áudio da entrevista para efeitos da recolha de dados.

Participantes: Mulheres mastectomizadas nos últimos 6 meses hospitalizadas ou acompanhadas na consulta externa de Senologia e que aceitaram participar na pesquisa.

Recolha de dados: Foi elaborado um guião de entrevista baseada na revisão de literatura efetuada.

Caraterísticas Sociodemográficas das Participantes										
	Idade	Habilitações Literárias	Meio Urbano	Meio Rural	Tempo pós- Cirúrgico	Profissão	Estado Civil	Nº Filhos	Idades	Redes de Apoio
P1										
P2										
P3										
P4										
P5										
P6										

Guião da entrevista é composto por três secções (aos 6 meses):

Questões Iniciais:

1. Como foi o primeiro impacto com a sua nova imagem? Quando se viu ao espelho estava sozinha ou acompanhada?
2. Pode descrever-me, o mais pormenorizadamente possível, como sentiu que os enfermeiros a ajudaram na aceitação desta sua nova imagem?
Pense numa situação em que tal se sucedeu e como se sentiu?

Questões Intermédias:

3. Que estratégias tem encontrado para promover a sua autoimagem?
4. O que lhe parece ser facilitador no ajustamento a esta nova imagem?
5. Quais foram as barreiras encontradas durante este processo?
6. Que caminhos considera facilitadores neste processo?
7. Como os descobriu?
8. Quais são as suas preocupações?
9. Tem rede de apoio?

Questões Finais:

10. Há mais algum aspeto que considere relevantes mencionar sobre o tema?

APÊNDICE IV– MINUTA DO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A
PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO

Título do Estudo: “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM MULHERES MASTECTOMIZADAS, PROMOTORAS DA IMAGEM-CORPORAL”

Investigador: Joana Coelho (Enfermeira Mestranda em Saúde Materna e Obstétrica)

Contatos: 910762179; 230000130@essaude.ipsantarem.pt

Esta pesquisa tem como objetivo responder à questão: “*Quais as intervenções de enfermagem em mulheres mastectomizadas, promotoras da imagem corporal?*”.

Desta forma, seria um gosto que desse o seu contributo para esta pesquisa através da resposta a um questionário.

Descrição do Estudo: Consoante a disponibilidade de cada mulher será estipulado um dia para explicar todas as características e detalhes do estudo, dando oportunidade para esclarecer dúvidas e questões. Na eventualidade de concordar com a participação do estudo, será calendarizado uma data e hora específica para a concretização da entrevista em grupo focal com questões fundamentais, tendo a mesma a duração de, aproximadamente, 75 minutos.

Confidencialidade: O anonimato e a confidencialidade das informações serão rigorosamente assegurados. Não haverá qualquer possibilidade de associar as respostas às(aos) participantes, e todos os dados serão armazenados de forma segura, sendo destruídos no término do estudo.

Riscos e Desconfortos: Não se espera qualquer prejuízo na realização da entrevista, podendo ser uma forma de expressar os seus sentimentos.

Benefícios Imediatos: Por si só, a participação num estudo pode proporcionar um sentimento de valorização dos sentimentos das mulheres mastectomizadas, fortalecendo o apoio e a aceitação da sua própria imagem corporal. A pesquisa realizada também contribuirá para o desenvolvimento de partilhas de práticas importantes para a promoção de uma autoimagem positiva, melhorando o bem-estar físico e psicológico das mulheres mastectomizadas.

Custos de Participação: Não há custos pessoais para as participantes. Os resultados Deste estudo serão utilizados exclusivamente para o fim a que se destinam, implementando intervenções eficazes, de modo a serem integrados nos planos de cuidados à mulher mastectomizada, no sentido de promover uma autoimagem saudável.

Base para Participação: A participação é totalmente voluntária. A não participação no estudo não irá acarretar qualquer prejuízo no seu atendimento. É essencial que as respostas sejam sinceras, refletindo as experiências reais no seu dia-a-dia. Caso

se sinta desconfortável, poderá suspender a qualquer momento a entrevista, assim como a gravação da mesma, sem qualquer impacto no atendimento ou no suporte oferecido pela instituição.

Esse estudo busca, além da colheita de dados, proporcionar um espaço de partilha e de valorização das suas percepções das mulheres mastectomizadas sobre os cuidados que lhe são oferecidos na promoção da autoimagem, ajudando a fomentar estratégias para o fortalecimento da autoestima e aceitação das alterações corporais.

Declaração de Consentimento

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964, Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Participante Número ----

Eu, abaixo-assinado (nome completo da participante) _____

, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação supracitada, que se pretende realizar, bem como a do estudo em si. Foi-me dada a oportunidade de colocar as questões que considere necessárias, obtendo resposta satisfatória a todas.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foram prestadas volveram os objetivos e os métodos. Foi-me transmitido que tenho o direito de recusar a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso tenha repercussões no meu atendimento. Igualmente foi-me garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados por mim fornecidos.

Aceito colaborar no estudo supracitado, assinando o consentimento de forma livre e esclarecida.

Data: ____/____/____. Assinatura do participante: _____

Assinatura do Investigador:

Joana Coelho (Enfermeira Mestranda em SMO)

APÊNDICE V – MATRIZ DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Categoria I – Confronto com a Imagem Corporal

Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto
Impacto da nova imagem corporal	Choque emocional e sensação de perda	<ul style="list-style-type: none"> • “O impacto que tive (...), não foi propriamente logo ali, porque ali eu tinha o penso, tinha os drenos (...) mas sim chorei, claro que chorei, porque esta não sou eu (...) quando eu me sento, tenho um espelho de frente, e eu fartei-me de chorar” (E1); • “O meu primeiro impacto foi tristeza. Eu fui fazer a minha higiene à casa de banho sozinha e, entretanto, o penso caiu. E eu senti a tristeza, mas uma tristeza profunda. Acho que ainda não passou essa tristeza (...) Levantei o penso sozinha e ainda tinha os drenos. Não falei com o Enf^o, não disse nada (...) Eu não acreditei logo à primeira. Achei que não podia ser (...) Foi um choque mesmo. E ainda hoje, a falar sobre isto, as emoções vêm ao de cima (...) [a chorar] (...). Agora, tirar uma parte exterior, uma parte tão feminina, dói. Dói. (...) Tirar uma parte exterior do corpo, é uma dor.” (E2); • “Tirei uma fotografia quando fiz o primeiro penso... essa imagem ficou gravada na minha cabeça (...)” (E4); • “Foi a primeira vez que me permiti ver-me com olhos de verdade e não apenas de medo (...). A dor física começou a transformar-se em dor emocional” (E5).
	Mutilação e/ou incompletude	<ul style="list-style-type: none"> • “Um sentimento...incompleta” (...) como se fosse um jornal, metade sou eu, e outra metade não sou eu (...) Eu não tenho cabelo, não tenho sobrancelhas, eu não tenho uma mama... esta sou eu” (E1); • “Mas a mama é sempre uma parte de nós (...) é como se a gente se sentisse mutilada” (E1 e E2); • “(...) ainda não tenho bem noção de que estou sem peito...Só o sinto quando realmente ponho aqui a mão e não tenho a tal mama (...). Porque é uma coisa que me sinto mutilada [a chorar], como se... sei que há coisas mais graves, como não ter uma perna, um braço, Deus me livre, mas nós nascemos com as coisas e o peito é uma da... Que nos faz de nós mulheres (...)” (E4); • Tirar uma parte exterior do corpo, é uma dor. Dói. Porque eu já tinha tirado o útero e não me fez diferença nenhuma. Eu não vejo, não o conheço, não sei quem ele é, está lá dentro. Também quando o tirei, já não precisava dele. Agora, tirar uma parte exterior, uma parte tão feminina, dói (E2).

	<p>Ambivalência face ao futuro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) <i>Eu nem sei se vou considerar a reconstrução</i>” (E1, E2); • “<i>Ainda não sei se quero fazer reconstrução (...) Se calhar deixo assim e pronto. A verdade é que a mama nunca mais vai ser igual (...) tenho dias em que penso que sim e outros em que penso que não vale a pena passar por mais dores</i>” (E4) • “<i>Nunca mais ter a mama bem e o risco de suceder novamente a mesma situação (...) É tão difícil de confiar e de acreditar (...) Esta falta de informação, a incerteza de quando é que irei melhorar (...)</i>” (E5).
<p>Alterações na identidade e autoestima</p>	<p>Processo de auto(re)descoberta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Aprendi a aceitar que é assim que eu estou (...). Quem não gostar, tchau, pode ir. Sou eu (...) às vezes acordo de manhã e tenho ataques de choro (...) depois digo para mim própria: toca a levantar, tens de fazer a tua rotina (...) Percebi que precisava de me mimar mais, aprender a gostar de mim assim (...) No início não queria estar sozinha em casa (...). Hoje, aqueles momentos em que estou sozinha são meus (...) a minha filha dizia: mãe, estás sempre de fato de treino</i>” (E1); • “<i>Comecei a arranjar-me mais, maquilhar-me e vestir melhor, porque me queria sentir eu outra vez (...) As minhas amigas na universidade dizem: tu tens alguém! Porque nunca andaste assim.</i>” (E2)
	<p>Medo da reação dos outros/exposição Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>O meu filho sempre me disse: mãe, eu peço-te que nunca tires o lenço assim à minha frente (...). A primeira vez que tirei o lenço, o meu filho ficou pálido... foi um choque para ele (...). As pessoas reconheciam-me pela voz, não pela expressão (...).“No início eu não queria estar sozinha em casa... não gostava de me ver assim”</i> (E1); • “<i>Fiz questão de explicar aos meus netos para não haver mistérios, porque fazer mistérios é muito mau para a cabeça das crianças.</i>” (E2); • “<i>Tenho dias em que penso que nunca mais vou voltar a mostrar-me como era antes.</i>” (E4)

TEMA: MECANISMOS DE ADAPTAÇÃO E DE ENFRENTAMENTO FACILITADORES DA ACEITAÇÃO DA AUTOIMAGEM PÓS-MASTECTOMIA

Categoria II – Enfermeiro enquanto elemento facilitador da aceitação da imagem corporal

Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto
Aceitação da nova imagem corporal	Vivências positivas	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) quando me levantei, tinha a enfermeira ao meu lado...a Enf.^a ajudou-me a vestir, depois teve um bocadinho no quarto” (E1); • “(...) Havia lá enfermeiras espetaculares, simpáticas, meigas, muito atenciosas. Sempre a perguntar se eu tinha dor” (E2); • “Só agradeço (...) agradeço aos médicos, enfermeira e Deus [a chorar]. (...) A Enf.^a XXX [referindo-se à enfermeira responsável da consulta de senologia] é uma pessoa de coração, que nasceu para estas coisas e quem escolhe certos empregos, certas especialidades, só pode ter um coração muito bom (...) Mas depois a enfermeira disse, então vai que eu ajudo-a e levo-a à casa de banho, não vai sozinha, não a deixo ir sozinha” (E3); • “Não me esqueço quando fiz o penso com a Enf.^a XXX [referindo-se à enfermeira responsável da consulta de senologia] (...) do toque a olhar ao espelho da sala da consulta (E3 e E5) • “Os enfermeiros foram super prestáveis, sobretudo a Enf.^a XXX [referindo-se à enfermeira responsável da consulta de senologia] a, que foi incrível em todo o processo (...) Desde a escuta ativa, o “estar com”, a abertura constante para exprimir sentimentos e emoções e empatia constante” (E5).
	Vivências negativas	<ul style="list-style-type: none"> • “Só que eu sempre pensei que, quando elas me mandassem tomar banho, pronto (...) pensei que alguém ia connosco. (...) O meu primeiro impacto pós-cirúrgico foi tristeza. Ok. Eu fui fazer a minha higiene à casa de banho sozinha e, entretanto, o penso caiu (...). Estava sozinha (...) Ou você tem a sorte de estar com uma enfermeira pronto, carinhosa. É quase uma sorte. Há aquelas que são atenciosas. Há aquelas que passam e andam (...) que não perguntam nada (...) que a única coisa que as preocupa é: afinal, há quantas visitas neste quarto (...) não deu o nome, como é que é? Assim não sei quem é que vem cá vê-la! (...) Tive uma

		<p>enfermeira que, quando era para ver os drenos (...) disse assim: então a senhora tem de aprender a ver os drenos!” (E2);</p> <ul style="list-style-type: none"> • “E apanhei ali uns turnos e havia sempre aquela enfermeira especial [referindo-se a alguém menos atencioso] (...) sabe o que quero dizer né? (...) não tive apoio nenhum (...) por parte dos enfermeiros {referindo-se ao período de internamento na cirurgia}” (E4).
<p>Promoção do autoconhecimento e autoaceitação</p>	<p>Incentivo ao autoconhecimento e autoaceitação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “A XXXX [referindo-se à enfermeira responsável pela consulta de senologia] fez-me uma pergunta, uma das primeiras vezes que eu estive ali sentada [...] quem é a E1? Quem é a mulher que eu tenho à frente? (...) Hoje aqueles momentos em que eu estou sozinha são meus (...) Aprendi a aceitar que é assim que eu estou (...) Eu aprendi a aceitar as coisas. E depois... Acho que nisto... Às vezes as pessoas dizem assim... Ah, o que é que aprendeste? Aprende-se muita coisa. Se nós estivermos atentos aos sinais, às coisas... Aprende-se. Eu aprendi a exteriorizar aquilo que eu sinto. Se eu me sinto triste, eu estou triste. Se me apetece chorar, eu choro (...) Se houver riscos, por exemplo, em relação à minha saúde, na questão estética, neste momento, não é o mais prioritário (...) “É aceitar. É aceitar. Aconteceu. Olha, estou cá. Obrigada (E1); • “A ausência desta mama fez-me perceber muito bem que eu não queria morrer (...) O que a gente queria era matar a dor. Não é morrer (...) A aceitação foi um processo rápido (...) Tenho tanto amor da parte deles que também era uma injustiça se fosse o pai e a mãe (...) Foi o autoconhecimento, depois foi a aceitação. Mas tenho de dizer-lhe uma coisa, que também foi um processo rápido. A aceitação foi um processo rápido” (E2); • “Mas, eu desde o princípio que eu penso assim: eu aceito, portanto o que eu sou, não é?” E estou cá e não me pergunto; porque é a mim, mas porque é a mim? Mas o que é que eu fiz para me ser isto?” (E3); • “(...) com o tempo é que vou interiorizar isto (...)” (E4).
	<p>Reconfiguração de rotinas e estratégias de aceitação da nova</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Tenho um horário para almoçar (...) Nunca tive que comer tanta sopa. Tem que ser (...) Às vezes digo assim: olha, eu estou em casa, vou beber um cafezinho. Ah, espera aí que eu vou contigo” (E1);

	imagem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Comecei-me a arranjar melhor. Pronto. Foram as minhas estratégias (...) Tu nunca andaste assim.” [sobre os comentários das amigas] (...) Eu passei por muito, mas hoje quero viver” (E2).</i>
--	--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Categoria III – Estratégias facilitadoras e dificultadoras da aceitação da nova autoimagem

Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto
Estratégias de promoção da autoimagem	Rotinas mantidas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Saí de manhã. Fui tomar café. Fui lá acima mudar de roupa, porque queria fazer uma caminhada” (E1);</i> • <i>“Comecei a me maquilhar mais, a vestir melhor (...) Tenho os meus filhos. Depois, eu frequento a Universidade Sénior e eu tenho muitas amigas, muitas amigas.” (E2);</i> • <i>“(…) E mesmo quando foi diagnosticado isto, eu continuei a trabalhar, só não fazia esforços” (E3);</i> • <i>“Não me deixei de me maquilhar (...) vou todos os dias à rua (...) Vou todos os dias à rua, bebo o meu café, falo com as minhas amigas (...)” (E4);</i> • <i>“(…) ajustando o meu horário de trabalho (...)” (E5).</i>
	Atividade física	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Mantenho as minhas caminhadas diárias (...)” (E1);</i> • <i>“Vou passear (...)” (E4);</i> • <i>“Comecei a praticar zumba (...) caminhar, ajudar-me a libertar a mente.” (E5).</i>
	Rede de apoio e suporte familiar/amigos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Normalmente ligam-me toda hora [referindo-se aos amigos e família]. Ou ligam-me de manhã (...) Não me deixavam estar sozinha, não me deixavam ir para baixo. Pronto (...) essas coisas funcionam. Psicologicamente funcionam.” (E1);</i> • <i>“(…) tenho pessoas que me ligam todos os dias para o telefone fixo ou para o telemóvel (...)” (E3);</i> • <i>“A minha irmã (...), desde que eu passei pela operação. Ela liga-me mais vezes para saber como é que estou (...)” (E4);</i> • <i>“Receber chamada das minha melhor amiga todos os dias (...)” (E5).</i>

	Evitamento consciente	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) é aceitar o processo. Deixei um bocado de pensar nisso (...)” (E1); • “Tentar abstrair. Pensar noutras coisas para não pensar nisso (...). Nunca sabe o dia da manhã, portanto não vou estar a pensar nada” (E4); • “Tento não pensar muito sobre o assunto (...)” (E5).
	Perspetivar o futuro	<ul style="list-style-type: none"> • “Quero viver mais uns tempinhos. Quero ver os meus filhos.” (E1); • “Se tu tinhas tudo. Tinhas saúde, tinhas uma boa casa, tinhas carro, tinhas os filhos com saúde, tinhas comida, tinhas trabalho, tinha tudo (...). E não deixe que o outro te tirar o bem mais precioso que tinhas, que era a tua vida. Então agora eu vou-te dar a oportunidade de seres tu a lutar por algo (...). Para mim foi uma autêntica aprendizagem. Porque eu, a seguir à morte do meu marido, que não tem assim tanto tempo com tudo isso, fez agora três anos. Eu entrei numa depressão profunda. Em que eu queria mesmo me matar... E com a doença, apercebi-me que nós não queremos morrer... Queremos matar a dor” (E2); • “Nós temos que ir aprendendo connosco e com aquilo que temos (...). Tudo o que eu consiga e que possa, faço (...). Não quero ir abaixo, nem vou abaixo” (E3); • “Percebi que não quero parar. Não quero cair na rotina da dor. Quero continuar com a minha vida (...)” (E5).
	Espiritualidade como apoio na aceitação da imagem corporal	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu acredito e às vezes até dou um bocadinho a pensar. E acredito sim (...) Ó Deus, agradeço, obrigado, porque (...) Tenho que ter tido alguma força superior para eu ter conseguido a força que tive desde o início (...) Sabe aquela sensação de paz, de serenidade, de nunca me ter revoltado? (...) Alguém que me deu a oportunidade de me fazer ver certas coisas” (E1); • “Mas vivo, e quando vou dormir, eu agradeço sempre a Deus por este dia (...) Eu faço esse exercício todos os dias. Acordo e digo cinco motivos para agradecer (...) Se nós começarmos essa prática de agradecer, há muito, muito para agradecer. Ter dormido, acordar com saúde, ter uma casa, ter dinheiro para comer e ter uma boa família (...) Eu agradeço que Deus. Acredito numa força maior (...) que é Deus (...). O meu marido teve cancro do pâncreas gravíssimo e sobreviveu 15 anos (...) raríssimo. (...) A cirurgia foi no dia que eu

		<p>faria 45 anos de casada e desci cá para baixo à hora que me estava a casar. E acho que isto não são coincidências [a chorar] (...) (E2);</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Então, tenho de dar graças a Deus e às pessoas que vão tratar de mim” (E3).
Facilitadores na adaptação à nova imagem corporal	Relações interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) Tive um grande apoio do meu ex-marido, mesmo à distância (...) Eu tive muito apoio desde a minha empresa, aos meus colegas, que às vezes dizia assim: Eh pá, que chatos! Larguem-me lá a mão! (...) Tenho sempre apoio da família. Normalmente ligam-me toda hora (...)” (E1) • “Eu vou lhe dizer, tive os meus filhos. Depois, eu frequento a Universidade Sénior e eu tive as minhas amigas, muitas amigas. Não me deixavam estar sozinha (...) (E2); • “É tão bom ter este apoio e realmente dou muito valor à família e às amigas (...) a minha afilhada foi logo para me ajudar (...) a minha cunhada pronta para me ajudar com a cama (...)” (E3) • “Tenho um grande apoio da minha filha (...)” (E4) • “Ter por perto as pessoas certas (...). A minha mãe e a minha filha são o meu motor” (E5)
	Acompanhamento psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) Aconselharam-me logo a ir para um psicólogo (...). Fui logo encaminhada para psicóloga (...)” (E1); • “E eu tive de procurar ajuda psiquiátrica (...) Senão eu não sei o que é que teria acontecido. Porque eu fui muito abaixo (...) Eu partilhei isto com o psiquiatra (...)” (E2); • “Estou a ser acompanhada pela psicóloga (...)” (E5).
	Informação visual antes da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> • “Deviam elucidar-se mais antes da cirurgia (...) E visualizar imagens, acho que valia a pena antes saber o que é que (...)” (E4); • “(...) Disponibilização de imagens reais de outras mulheres que passaram pelo mesmo, com o devido consentimento (...) ver, saber o que esperar, ajuda a preparar o coração” (E5).
	Grupos de apoio e follow-up	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) Vejo relatos de outras pessoas também, mas também a nível das redes sociais, partilho muitas coisas com outras pessoas e também recebo pessoas que passam por experiências que eu acho que assim (...).

		<p><i>Se tiverem um conjunto, assim, de mulheres e que ouvissem outros relatos, conseguem abrir-se, conseguem ouvir, conseguem perceber (...) ok, é aquilo que eu sinto, é aquilo que eu vou falar” (E1);</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Podia existir uma linha de apoio ou chamadas mensais (...)” (E5)</i>
Barreiras na adaptação à nova imagem corporal	Falta de preparação para a imagem pós-cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Foi um choque. Foi um choque mesmo. Foi. E ainda hoje a falar sobre isto, ainda vem as emoções ao de cima (...)” (E1 e E2);</i> • <i>“A única coisa que eu disse foi: (...) é bem grande a costura! (...). Agora, não sei se a minha mama, é normal, estar assim, como está. Como é que eu explico (...)?” (E3);</i> • <i>“Não me disseram como ia ficar (...) Uma coisa é ter um penso. Está a tapar. Agora, quando se tira aquilo (...) É a costura. Está tudo horrível”. (E4);</i> • <i>“Ninguém me explicou o que poderia acontecer (...)” (E5).</i>
	Formação dos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Não, a mim não me explicaram nada. Eu estou a falar no internamento. Acho que foi uma grande falha do internamento” (E2);</i> • <i>“Devíamos ter mais médicos formados em nutrição oncológica (...) Durante o internamento, ninguém sabe o que vai cá dentro (...) Só uma palavra de conforto, um: como está hoje?, podia fazer toda a diferença (...), só para perguntar: está tudo bem? Tem dúvidas? Precisa de falar” (E5).</i>
	Medo do espelho	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Levantei eu o penso sozinha e ainda tinha os drenos” (E2);</i> • <i>“Mas não me pus lá ao espelho da casa de banho a olhar para nada (...) E fui fazer a minha higiene” (E3);</i> • <i>“(…) vai ser um bocadinho horrível olhar para isso novamente” (E4).</i>

APÊNDICE VI – JORNAIS DE APRENDIZAGEM

JORNAL DE APRENDIZAGEM
EEESMO NA COMUNIDADE

Discente

Joana Filipa Gonzaga Caseiro Inácio Coelho

Docente

Profª Sara Palma

1 DESCRIÇÃO

No passado mês de outubro, encontrava-me na UCSP sob a orientação da EEESMO C.A.T., a realizar sessões dos Programas Preparação para o Parto Nascimento e Parentalidade (PPNP). Estas sessões estão estruturadas, de modo a abordar uma diversidade de temáticas relacionadas com a gravidez, parto, pós-parto e cuidados ao recém-nascido. Têm como principal objetivo fornecer à mulher/casal/pessoa significativa, em formato expositivo, interativo e reflexivo, orientações e/ou ferramentas essenciais para o nascimento de um ou mais crianças e para a readaptação aos novos papéis. As participantes inseridas em cada grupo formado pela EEESMO são usualmente nulíparas no 3º trimestre da gravidez, sendo que devem iniciar o PPNP, pelo menos, dois meses antes da data provável do parto (DPP).

Atendendo à tipologia do estágio curricular, propus-me concretizar pequenos momentos de reflexão sobre a autoimagem durante a gravidez, a par da dinamização de conteúdos relacionados com o puerpério e os cuidados ao recém-nascido (RN) como as alterações corporais e a prevenção e atuação nas cólicas abdominais, respetivamente.

Na primeira sessão, relativa ao puerpério, pretendeu-se informar as grávidas sobre as principais alterações corporais da gravidez, interrelacionando-as com as modificações no pós-parto, ou seja, retorno ao estado não gravídico, com vista a consciencializar as mulheres/casal/pessoa significativa sobre as transformações físicas, hormonais e emocionais decorrentes deste processo; com as estratégias a implementar para lidar com esta vivência de forma positiva e com a importância do autocuidado para cuidar do outro. Apesar de me sentir preparada para apresentar os conteúdos programáticos da sessão, no decorrer da mesma, aquando da colocação de certas questões pertinentes, foi solicitado auxílio à EEESMO C.A.T para aprofundar estas temáticas e, de certa forma, manter a fluidez do discurso e a participação dos intervenientes.

Decorrente deste acontecimento, ficou acordado com a EEESMO C.A.T. apresentar previamente os assuntos a abordar nas sessões e acolher tanto críticas como sugestões de melhoria e/ou estratégias específicas para oferecer às mulheres/casal/família, demonstrando um maior domínio no assunto. Desta forma, tanto a sessão sobre o reforço da autoimagem e do autocuidado durante a gravidez como a sessão sobre o combate às cólicas abdominais no RN, foram realizadas com sucesso, tendo tido um grau de satisfação notório por parte das grávidas/casal/família, que foi perceptível tanto pelos elogios como pelos relatos constantes nos inquéritos de satisfação aplicados a posteriori. O mesmo sucedeu com as consultas de enfermagem no Centro de Saúde, no qual se produziu um *flyer* português e inglês, de modo a transmitir a

informação de uma forma mais clara, objetiva e estruturada.

Para além disso, as formações relacionadas com o aleitamento materno (AM) num Hospital nível III, permitiram a construção de um leque conhecimentos, a par do aprofundamento destas temáticas, capacitando-me para prestar auxílio na **amamentação às mulheres com dificuldades em amamentar que, anteriormente, estavam inseridas no PPPNP.**

2 SENTIMENTOS

Este estágio foi marcado por uma mistura de sentimentos e de emoções, que oscilaram entre uma insegurança inicial e uma satisfação plena no final de cada sessão/consulta/ação de formação.

Primeiramente, assumi o compromisso de dinamizar parte do PPPNP no exercício de autodesafio e de construção de uma aprendizagem sólida. O desconhecimento da população e do contexto deram origem a uma atitude expectante na realização deste tipo de intervenção. Contudo, num primeiro contacto com estas mulheres/casal/família, senti uma responsabilidade acrescida pelo facto de ser a principal detentora de conhecimentos, ainda que tivesse receio das dúvidas e questões eventualmente a serem colocadas. Tendo em conta a complexidade e a relevância da temática, tanto para os profissionais de saúde como para as grávidas, tornou-se essencial um aprofundado conhecimento sobre as estratégias de cuidados eficazes. Isso inclui a escolha adequada de produtos a utilizar na gravidez e no pós-parto, a clarificação de mitos e verdades associados aos cuidados, bem como a compreensão das variações nas práticas entre diferentes instituições hospitalares, entre outros aspetos. Este sentimento de insegurança fez com que, possivelmente, demonstrasse alguma inquietação na resposta às grávidas, tendo consciência que algumas explicações dadas poderiam ter sido mais objetivas.

Contudo, o reconhecimento destes sentimentos e sensações fez com que solicitasse a colaboração com a EEESMO C.A.T. no momento da sessão, tendo posteriormente, ficou acordado que em futuros, momentos, a realização de uma sessão prévia dos conteúdos. Esta atitude proporcionou uma base sólida para superar as dificuldades sentidas na situação referida, uma crescente confiança e entusiasmo no meu desempenho e fortaleceu a confiança com os participantes das sessões, fazendo com que se sentissem mais acolhidos e seguros durante as sessões e consultas. Para além disso, a receção de sugestões e críticas construtivas permitiram uma abordagem mais estruturada e eficaz nas sessões/consultas subsequentes, bem como a criação de ferramentas inovadoras para os cuidados, de que é exemplo *o flyer*.

O reconhecimento das participantes, expresso por meio de elogios no final de cada sessão e de feedback positivos nos inquéritos de satisfação, manifestadas por

frases como: “*Que continues a brilhar, a ser a luz e a energia positiva por quem passas...*”, assim como a “*valorização constante pela vocação e dedicação à profissão de enfermagem*” são aspetos que geraram um sentimento de concretização e de orgulho, tendo sido encarados como a confirmação do meu esforço e dedicação na preparação e na consecução nas atividades desenvolvidas. Esta experiência fez-me perceber o quão gratificante é poder informar, acolher e capacitar o outro, reforçando as intervenções do EEESMO na promoção da saúde e do bem-estar nesta transição para a parentalidade. Assim, transformei a sensação inicial de insegurança num sentimento profundo de gratidão e orgulho, reconhecendo que cada passo neste percurso foi essencial para o meu desenvolvimento enquanto futura especialista em ESMO.

3 AVALIAÇÃO E ANÁLISE

Esta etapa requer uma capacidade de introspeção, assim como o reconhecimento dos aspetos a melhorar, para que, no futuro, aprimore as práticas de enfermagem e desenvolva competências acrescidas tanto a nível profissional.

Ao estar encarregue de dinamizar parte das sessões do PPPNP e de realizar consultas de vigilância da gravidez, destaco como aspetos positivos a abordagem estruturada adotada, com recurso a ferramentas didáticas, como o *flyer* em idiomas diferentes (respeitando os aspetos multiculturais da população usuária da unidade de saúde), que assegurou a transmissão clara a objetiva das informações e uma participação mais ativa das grávidas. A preparação prévia e o suporte contínuo da enfermeira cooperante foram cruciais para reforçar a confiança e o domínio dos conteúdos, elevando significativamente a qualidade das sessões. Além disso, o *feedback* positivo das grávidas, expresso tanto verbalmente quanto por meio de inquéritos de satisfação, validou a eficácia das intervenções realizadas. Este reconhecimento colocou em evidência a importância de personalizar/individualizar as atividades e de adotar uma abordagem acolhedora e empática, no sentido de ajudar as grávidas/casais/famílias a mobilizar e desenvolver competências e estratégias necessárias a aplicar, de forma autónoma, perante as dificuldades sentidas durante o TP e parto e, conseqüentemente, promover um bem-estar emocional das mulheres grávidas nesta transição (Frias, 2008; OMS, 2018).

Por outro lado, alguns aspetos a melhorar foram identificados, ao longo da experiência. A insegurança inicial evidenciou a necessidade de uma preparação mais aprofundada, especialmente em relação a temas frequentemente questionados pelas participantes como estratégias de autocuidado e mitos relacionados com os cuidados neonatais. Os momentos de subjetividade nas respostas poderiam ter sido evitados com a utilização de exemplos práticos e de práticas baseadas na evidência, o que teria

possibilitado uma maior objetividade e clareza na comunicação, uma vez que a educação para a saúde na área da enfermagem é um

“... processo pedagógico que fornece à pessoa cuidada, à família ou a um grupo informação sobre a sua doença, a sua prevenção e o seu tratamento, com vista a levar a pessoa a tomar consciência das suas capacidades e a responsabilizar-se pela sua evolução para atingir um melhor estado de saúde” (Phaneuf, 2001, p. 401)

Esta vivência sublinhou a importância de um planeamento rigoroso e eficaz e da adoção de estratégias específicas para lidar com a imprevisibilidade das questões levantadas durante as sessões e até mesmo no decorrer das consultas de vigilância da gravidez. A colaboração com a orientadora relevou-se ser uma ferramenta indispensável permitindo, não apenas superar as limitações iniciais existentes, mas também promover um crescimento contínuo através de feedbacks construtivos e potenciadores da minha aprendizagem. Neste contexto, a criação de materiais didáticos como o *flyer* demonstrou ser uma solução eficaz para facilitar a compreensão das mulheres grávidas/casal/família, com a exemplificação dos conteúdos gerais e fulcrais, enquanto estratégia empática para fortalecer os laços de confiança com os participantes e a equipa (Couto, 2003).

Considero que esta experiência de estágio foi extremamente enriquecedora, permitindo-me adquirir novas perspetivas e formas de pensar. Em intervenções futuras, irei atuar de forma mais refletida, com uma planificação cuidada e uma preparação contínua dos conhecimentos, integrando sempre uma comunicação clara e empática como parte essencial dos cuidados, de modo a promover a saúde e o bem-estar das famílias.

4 CONCLUSÃO E PLANEAMENTO DA AÇÃO

Considero que esta experiência de estágio foi bastante enriquecedora, permitindo-me adquirir novas perspetivas e novas formas de pensar. Em intervenções futuras, irei atuar de forma mais refletida, com uma planificação cuidada e uma preparação contínua dos conhecimentos, integrando sempre uma comunicação clara e empática como parte integrante dos cuidados, de modo a promover a saúde e o bem-estar das famílias. Adicionalmente, reconheço que, para melhorar futuras intervenções, devo investir em práticas reflexivas e em ferramentas didáticas que atendam às necessidades das diferentes populações atendidas nos diferentes contextos.

No que concerne à preparação teórica, é essencial aprofundar os conhecimentos relativamente aos temas mais recorrentes nas consultas e nos PPPNP, como o autocuidado, as questões da autoimagem e cuidados ao recém-nascido, procurando por consolidar o conhecimento em áreas de maior importância na perspetiva da grávida. Além disso, a participação em formações contínuas em áreas específicas, como o

aleitamento materno, permitiu a aquisição de novas competências e a atualização em relação às melhores práticas baseadas na evidência, pelo que pretendo frequentar mais cursos/ações de formações relacionados com a área.

No âmbito do desenvolvimento de ferramentas, importa referir o reforço dos conteúdos discutidos nas sessões e consultas através da criação de materiais didáticos. Entre as diferentes estratégias existentes estão o desenvolvimento de folhetos informativos, *flyer*, vídeos curtos e interativos, com vista a fornecer orientações mais acessíveis e atrativas e, conseqüentemente, garantir a eficácia da transmissão da informação.

Para aprimorar a comunicação, a prioridade será adotar estratégias eficazes para dar resposta, de forma objetiva, às dúvidas colocadas através da utilização de exemplos práticos e coincidentes com situações do dia a dia, para facilitar a compreensão e promover uma maior aplicabilidade prática do conhecimento transmitido.

Por fim, feedback sistemático e a melhoria contínua constituem elementos essenciais para o sucesso deste plano de ação. Assim, no término de cada curso ou consulta, será promovida a recolha de perceções através de inquéritos estruturados ou de interações informais, com o intuito de identificar oportunidades de melhoria e destacar os aspetos mais relevantes e valorizados. De igual modo, considera-se oportuna a colaboração dos orientadores, integradores e/ou colegas, cuja participação é determinante para monitorizar, avaliar e, quando necessário, reformular as intervenções, assegurando intervenções mais eficazes e ajustadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto – Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-63-0.
- Frias, M. (2008). *Promoção da parentalidade saudável no período perinatal*. *Enfermagem em Foco*, 10(3), 23-29.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros, 13560-13565. Acedido a 20/12/2024 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2018). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Geneva: WHO.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados. Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Discente

Joana Filipa Gonzaga Caseiro Inácio Coelho

Santarém, dezembro 2024

**JORNAL DE APRENDIZAGEM
EEESMO EM GRAVIDEZ PATOLÓGICA**

Discente

Joana Filipa Gonzaga Caseiro Inácio Coelho

Docente

Profª Sara Palma

1 DESCRIÇÃO

No decorrer da experiência com grávidas de alto risco no serviço Materno-Fetal, sob a orientação do EEESMO A.G., envolvi-me em práticas desafiantes e fundamentais para o meu desenvolvimento enquanto estudante de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (ESMO). Essas práticas incluíram a monitorização do bem-estar materno-fetal, a cervicometria, induções de parto, vigilância por interrupções involuntárias da gravidez (IVG) e/ou interrupções médicas da gravidez (IMG).

No decorrer do estágio, surgiram dois momentos marcantes para a minha aprendizagem. Um deles está relacionado com a dinamização de uma sessão de formação em serviço para profissionais de saúde sobre a autoimagem das mulheres com gravidez de alto risco, abordando as modificações corporais e emocionais na gravidez, bem como a importância da aceitação e adaptação a estas novas transformações, nomeadamente nas condições apresentadas. Em complementaridade a esta ação, organizei um calendário motivacional “Cada dia, Uma Força”, o qual contemplava frases motivacionais diárias direcionadas à grávida. No momento da colocação da frase correspondente ao dia estipulado nos lugares estratégicos (como os espelhos dos quartos e das casas de banho), muitas das grávidas internadas manifestaram agradecimento pelo gesto. Uma delas, inclusive, emocionou-se ao se identificar com a mensagem, evidenciando o efeito positivo da iniciativa no cuidado das dimensões emocionais e efetivas.

O segundo momento está associado ao acompanhamento de uma mulher a viver uma situação de IMG. Tratava-se de uma mulher de 36 anos, grávida de 26 semanas, que enfrentava uma situação profundamente delicada, terceira gravidez, a primeira do segundo casamento. A gravidez tinha sido cuidadosamente planeada e desejada, especialmente por ser o primeiro filho em comum do casal. No entanto, o casal foi confrontado com a realidade de um bebé com alterações do sistema nervoso central (SNC), o que tornou decisivo para ambos a interrupção da gravidez.

Este evento não só implicou a vivência de um trabalho de parto, mas também o luto de um filho que, apesar de ser profundamente amado, não poderia ser viável. Esta experiência revelou a necessidade de uma abordagem de um cuidado humanizado, sustentado no apoio incondicional, na empatia e na escuta ativa, sem qualquer tipo de julgamentos. O recurso a estratégias não farmacológicas, tanto para alívio da dor física de trabalho de parto (TP) quanto para o conforto emocional, permitiu-me oferecer um cuidado empático e respeitoso, o que fez com que a mulher se sentisse acolhida e apoiada nesse momento tão delicado.

2 SENTIMENTO

Ao refletir sobre estas experiências, emergiram sentimentos mistos e intensos. Durante a dinamização da sessão sobre a autoimagem neste contexto em particular, senti um profundo orgulho e satisfação, não apenas por abordar uma temática tão diferente e relevante com a qual me identifico, mas também por perceber como gestos, aparentemente, simples podem ter um impacto positivo nas grávidas. Foi comovente observar a gratidão e a emoção positiva expressas pelas mulheres internadas, o que reforçou a minha convicção em atuar na grávida de uma forma holística, considerando as suas dimensões física, emocional, psicológica e social.

Por outro lado, ao lidar com uma situação de uma mulher a experienciar uma IMG, surgiu um misto de sentimentos como a tristeza, empatia e impotência ao testemunhar a dor emocional e física vivenciada perante uma situação tão sensível e tão difícil. Esta experiência não só despertou em mim uma sensibilidade acrescida na abordagem a esta mulher, mas também reforçou a importância de uma comunicação eficaz e de um suporte emocional constante através da escuta ativa, do respeito pelo outro e da empatia pela situação apresentada. A partir da mobilização destas estratégias senti-me emocionalmente conectada com a situação, o que gerou um sentimento de realização por proporcionar um cuidar holístico, no qual a mulher se sentiu acolhida e respeitada num momento tão delicado. Acresce que, esta senhora fez questão de reforçar que, dentro do mau, há sempre algo positivo a acontecer, referindo a minha presença constante junto da mesma.

3 AVALIAÇÃO E ANÁLISE

A partir destas experiências, compreendo o impacto positivo e os desafios enfrentados em ambas as situações.

A aceitação e o agradecimento, por parte das grávidas internadas, perante a visualização e introspeção das frases, demonstrou que intervenções aparentemente simples podem contribuir significativamente para a autoestima e bem-estar emocional. Foi gratificante perceber que, apesar das circunstâncias adversas, gestos como a elaboração do calendário motivacional com frases motivacionais, criaram um espaço de reflexão e de conforto que transcendia todo o cuidado humanizado (Almeida, 2009).

Contudo, também surgiram desafios perante a temática da autoimagem, uma vez que nem sempre é valorizada pelos profissionais nos contextos de cuidados, pois as principais prioridades estão essencialmente direcionadas para questões clínicas e fisiológicas. Deste modo, considero que, ao abordar esta temática, promovi a consciencialização da importância da autoimagem e do autocuidado em todos os momentos da gravidez, independentemente do risco acrescido associado, e de uma necessidade para um cuidar holístico.

Por outro lado, a experiência com a grávida a vivenciar uma IMG trouxe-me uma

avaliação mais crítica sobre a importância das práticas humanizadas para mitigar o impacto negativo de eventos traumáticos. Com efeito, as situações de luto pela perda gestacional representam um desafio constante para o profissional, exigindo uma abordagem individualizada e empática que respeite a individualidade e a dor da mulher, atendendo ao seu desejo em ter um filho, às suas expectativas e ao laço criado com a criança idealizada ao longo dessas semanas (Alves & Celestino, 2020). O uso dos princípios básicos da comunicação e o recurso a estratégias direcionadas sobretudo ao cuidado emocional tiveram um impacto positivo tanto na mulher quanto no meu desenvolvimento profissional (Phaneuf, 2005). A relação terapêutica estabelecida com a mulher durante esse processo evidenciou a relevância de integrar elementos humanizados no processo do cuidar.

Analisando ambas as situações, é evidente que a prática da enfermagem exige uma combinação de competências práticas e humanas. No contexto da integração da autoimagem, percebi como o autocuidado e o reforço da autoestima podem ser ferramentas essenciais para fortalecer a resiliência emocional das mulheres em momentos de vulnerabilidade. No caso da IMG, a abordagem humanizada demonstrou que, mesmo diante da irreversibilidade de certas situações, é possível oferecer conforto e apoio, minimizando o impacto emocional negativo vivenciado.

Estas reflexões remetem-me para o meu contexto profissional, onde frequentemente me deparo com situações de fim de vida, doenças graves e incertezas quanto ao futuro. Apesar de lidar com a vulnerabilidade humana diariamente, tal circunstância não atenua o desafio intrínseco em encontrar a palavra certa no momento oportuno sendo, por vezes, essa 'palavra' a presença silenciosa junto da pessoa, nem reduz a exigência de manter a regulação emocional perante realidades marcadas por sofrimento profundo. A prática diária exige não apenas competências práticas e teóricas, mas também uma presença empática que valide os sentimentos vividos e ofereça conforto nestas situações tão adversas da vida. Apesar de ter poucos anos de experiência profissional, afirmo que são os pequenos atos que fazem a diferença no cuidado, seja o toque no momento certo, seja a transmissão de segurança e empatia constante, o olhar atento que demonstra uma genuína preocupação, ou até mesmo uma palavra de conforto, que funciona como um alívio no meio da tempestade emocional. São estas ações simples que têm um impacto enorme nas pessoas e têm um poder de criar uma conexão autêntica entre o profissional e o doente. São este tipo de gestos que, por vezes, são os mais lembrados pelos doentes e pelos familiares e alteram por completo a experiência de quem está vulnerável e a integração da autoimagem não deixa de ser exceção à regra. Por este motivo, mesmo que não seja a prioridade, promover pequenas intervenções para uma imagem corporal positiva (como lavar e pentear o cabelo, usar uma peça de roupa que goste ou aplicar um creme ou meditar)

pode ser transformador. É como um lembrete silencioso de que, mesmo diante a adversidade, há aspetos da vida que podem ser controlados e que a mulher ainda pode se reconectar consigo mesma. Estes atos reforçam que o autocuidado é uma parte essencial do processo de cuidar do outro, pois com um equilíbrio emocional e uma autoestima fortalecida é possível oferecer o melhor cuidado possível.

4 CONCLUSÃO E PLANEAMENTO DA AÇÃO

As vivências analisadas reafirmam que a enfermagem transcende a dimensão prática e teórica, representando um cuidado integral que reconhece e valoriza as dimensões humanas de cada indivíduo. De acordo com Watson (2008), o cuidado holístico é essencial para atender às necessidades físicas, emocionais, psicológicas e sociais, proporcionando não apenas o alívio do sofrimento, mas também incentivando uma conexão significativa entre o profissional e doente. Investir nas intervenções promotoras da autoestima, da autoimagem e do apoio emocional, permite aos profissionais oferecer um cuidado mais significativo e transformador, mesmo em cenários de maior adversidade. Essas práticas não só têm impacto positivo na saúde e bem-estar dos doentes, mas também fortalecem o próprio profissional, promovendo uma conexão genuína e um desenvolvimento contínuo (Phaneuf, 2005).

Contudo, é evidente a persistência de barreiras que dificultam a integração de abordagens psicossociais nos cuidados de enfermagem, como a subvalorização da autoimagem e do suporte emocional nos contextos de saúde. Esses desafios apelam a necessidade de modificar as culturas e as organizações de saúde, ampliando a visão do cuidar para além dos aspetos clínicos.

Com base nas reflexões e aprendizagens desenvolvidas, torna-se pertinente delinear estratégias para o futuro. Primeiramente, destaca-se a sensibilização e a formação especializada dos profissionais para estas temáticas (Rollans, Schmieid e Meade, 2013), através da organização de workshops e sessões formativas sobre a importância da autoimagem e do cuidado emocional em contextos de saúde. Tais iniciativas devem incorporar exemplos práticos e testemunhos de situações impactantes, estimulando o encorajamento e a consciencialização das mesmas (Monteiro, 2012). Além disso, é oportuno implementar espaços para integrar grupos de apoio/interações entre grávidas, permitindo uma cultura promotora da troca de experiências e estratégias de *coping* para lidar com situações emocionalmente desafiadoras (Rasouli et al., 2019; Santos, 2015). Não obstante, é importante aplicar intervenções direcionadas ao desenvolvimento de ferramentas de suporte emocional, tais como atividades motivacionais, momentos de promoção do autocuidado e estratégias de *coping*, de modo a facilitar o processo de internamento e de adaptação à nova condição de saúde (Santos, 2015). E, por fim, torna-se indispensável avaliar o

impacto das ações por meio de questionários, garantido que os resultados sejam analisados e, conseqüentemente, são reajustadas as intervenções conforme a avaliação.

A implementação deste plano de ação tem como intuito promover um cuidado holístico e facilitar o processo de adaptação à vivência de uma gravidez de alto risco, mas também fomentar um crescimento e desenvolvimento contínuo na minha prática profissional, solidificando a minha prática como EEESMO comprometida a um cuidado especializado e diferenciado (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, D. V. (2009). Referência, revista científica da unidade de investigação em ciências da saúde: domínio de enfermagem. *Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas*. (Série II, nº10, Julho), pp. 89-96.
- Alves, R. S. S., & Celestino, K. A. A. (2020) De braços vazios, nos braços da dor: Perda gestacional e neonatal. *Research, Society and Development*, 9 (11), Artigo e5459119804. <http://dx.doi.org/10>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros, 13560-13565. Acedido a 20/12/2024 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019-regulamento-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf>
- Monteiro, M.J.S.M. (2012). *Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento*. Dissertação de Mestrado, ESEP.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Rasouli, M., Pourheidari, M., & Gardesh, Z. H. (2019). Effect of self-care before and during pregnancy to prevention and control preeclampsia in high-risk women. *International journal of preventive medicine*, 10(1), 21.
- Rollans, M., Schmied, V., & Meade, T. (2013). "We just ask some questions"...the process of antenatal psychosocial assessment by midwives. *Midwifery*, (29), 935-942.
- Santos, A. (2015). *Autocuidado de mulheres grávidas com doença falciforme: construção de um protocolo de enfermagem*. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem
- Watson J (2008). *Caring as the essence and science of nursing and health care*. *Mundo Saúde*. 33(2):143-9.

**JORNAL DE APRENDIZAGEM
EEESMO EM GINECOLOGIA**

Discente

Joana Filipa Gonzaga Caseiro Inácio Coelho

Docente

Prof^a Sara Palma

1 DESCRIÇÃO

Durante o estágio na unidade de ginecologia, tive a oportunidade de acompanhar diversos contextos clínicos, desde consultas de planeamento familiar a propostas de histeroscopia, a par das cirurgias do foro ginecológico, histeroscopias e colposcopias. Atendendo a estas experiências, foi possível contactar com mulheres de diversas faixas etárias e condições clínicas, tanto nas consultas de rotina como nas consultas após diagnóstico de patologias.

Uma das experiências mais marcantes foi o acompanhamento de uma mulher, com 41 anos, diagnosticada com neoplasia maligna da mama, estágio III, múltiplas metástases, com indicação para realizar uma histerectomia com anexectomia bilateral. Esta decisão terapêutica surgiu após tratamento de quimioterapia e de radioterapia, com o aparecimento de novas células cancerígenas no ovário esquerdo. Ao longo da consulta, a Sr.^a H. expressou a sua angústia, medo perante a nova cirurgia e as suas potenciais implicações na sua imagem corporal, uma vez que, no ano anterior, foi submetida a uma mastectomia radical. Além disso, foi notório a sobrecarga física e emocional associada aos tratamentos, manifestando-se através de sinais de fragilidade e preocupação com o seu bem-estar, autoestima e qualidade de vida.

2 SENTIMENTOS

Inicialmente, senti-me ligeiramente ansiosa e insegura pela situação em si. Apesar de ter experiência com doença oncológica, cada situação é única e, sempre que surgem novos tratamentos com impacto na pessoa a quem presto o cuidado, acabo por sentir, inconscientemente, estes sentimentos negativos derivados da sensação de impotência em mudar o decurso desta vivência.

Por outro lado, emergiram sentimentos mistos como o respeito pela resiliência da Sr.^a H., assim como tristeza e compaixão por toda esta vivência atual. A forma como a própria partilhou os seus receios e angústias, evidenciou o quão frágil e imprevisível é a condição humana quando se confronta com a doença. Com efeito, o medo expressado pela Sr.^a H. fez-me refletir sobre a vulnerabilidade da condição humana perante a doença e o impacto psicológico associado às mudanças físicas com repercussões na identidade e autoestima de uma mulher.

Desta forma, senti-me desafiada em encontrar formas de apoiar, reconhecendo que, muitas vezes, a escuta ativa e uma atitude empática podem ser ferramentas tão valiosas como os próprios atos médicos. O recurso a estas estratégias gerou um sentimento de realização por me aperceber o quanto a mulher se sentia acolhida e respeitada neste momento tão delicado.

3 AVALIAÇÃO E ANÁLISE

Esta experiência foi simultaneamente desafiadora e enriquecedora, na medida em que me confrontou com uma realidade do meu quotidiano e emocionalmente intensa. A situação clínica da Sr.^a H., uma mulher com neoplasia maligna da mama e com múltiplas metástases, evidenciou diferentes dimensões do sofrimento humano (físico, emocional e psicossocial), que emergem neste tipo de doença oncológica avançada (Nogueira & Moreira, 2016).

Enquanto futura EEESMO e profissional no âmbito da oncologia, reconheço a importância de prestar um cuidado que vá além do paradigma biomédico. No meu contexto profissional, lido diariamente com doentes em fases avançadas da doença oncológica e em fim de vida e esta experiência enfatizou a necessidade de oferecer um apoio emocional, contínuo e humanizado a todas as mulheres confrontadas com diagnósticos que afetam não só o corpo, mas também a própria identidade, feminilidade e projeto de vida.

Neste caso em particular, fui desafiada a integrar não só a dimensão técnico-científica do cuidar, mas também uma abordagem holística e centrada na pessoa. A escuta ativa, a empatia e o respeito pelo outro tornaram-se ferramentas essenciais na minha intervenção, permitindo à Sr.^a H. expressar os seus medos, sentimentos, receios e/ou preocupações existentes face à cirurgia e às repercussões na sua imagem corporal, sexualidade e identidade feminina (Lundberg, & Phoosuwan, 2022; Phaneuf, 2005). Ao adotar esta posição, observei uma crescente abertura e confiança por parte Sr.^a, o que me fez sentir que, mesmo não podendo alterar o percurso e a condição clínica atual, contribuí significativamente para o seu bem-estar emocional.

Contudo, esta vivência também me fez refletir sobre as dificuldades sentidas durante a interação. Em determinados momentos, senti que não dispunha de respostas imediatas para algumas questões colocadas, sobretudo no que se refere ao impacto dos procedimentos ao nível da sexualidade e da perceção da feminilidade. Tendencialmente, procuro oferecer respostas objetivas, claras e sinceras e a ausência de certezas gerou em mim um sentimento de insegurança. Esta constatação sublinhou a relevância de articular com a equipa multidisciplinar, de forma a garantir uma abordagem holística e de assegurar que todas as necessidades da mulher serão atendidas. Paralelamente, reconheço a dificuldade em lidar com o sentimento de impotência perante o sofrimento vivido, o que me leva a questionar, por vezes, se o cuidado prestado será suficiente para aliviar a enorme sobrecarga física e emocional experienciada (Watson, 2008).

Face ao exposto, este evento motivou-me a integrar uma ação de formação centrada na temática da imagem corporal em mulheres mastectomizadas, com o intuito

de sensibilizar os profissionais para esta temática e promover uma partilha de conhecimentos e estratégias de intervenção. Esta formação foi particularmente relevante para compreender como é que as mulheres percecionam a sua imagem corporal após mastectomia, bem como identificar as intervenções de enfermagem que promovam a aceitação e a valorização da nova imagem corporal (Tyner & Freysteinson, 2023). Esta experiência formativa possibilitou a reflexão crítica sobre o EESMO na promoção de uma autoimagem positiva e na reconstrução da identidade feminina após perda de uma parte integrante no corpo, reforçando a importância de um cuidado individualizado e humanizado, não apenas no contexto da mastectomia, mas extensível a qualquer tipo de cirurgia.

Assim, esta vivência constituiu um marco no meu percurso académico e profissional, ao permitir-me articular conhecimentos técnico-científicos com competências relacionais na construção de um cuidado verdadeiramente humanizado e centrado na pessoa. Reforçou, igualmente, o compromisso enquanto profissional na área da oncologia, ou seja, prestar cuidados que reconheçam a mulher na sua totalidade, não apenas os seus medos, dores e fragilidades, mas também a sua força interior, os seus valores e a sua capacidade de resiliência perante a adversidade.

4 CONCLUSÃO E PLANEAMENTO DA AÇÃO

A interação estabelecida com a Sr.^a H. constituiu uma oportunidade valiosa para aprofundar e compreender os impactos da doença oncológica e dos procedimentos cirúrgicos associados, nomeadamente na vida de uma mulher. Tornou-se evidente que estas experiências transcendem a esfera física, refletindo-se intensamente na dimensão emocional, psicológica, social e na construção da identidade da mulher. Esta situação reforçou, de forma clara, a importância de um cuidado holístico, que privilegie a presença de um vínculo terapêutico, a escuta ativa e o respeito pela singularidade de cada pessoa. Compreendi, também, que o sentimento de impotência perante o sofrimento humano, embora natural, pode ser transformado em ação através de uma postura acolhedora e colaborativa, sustentada no trabalho em equipa e na humanização do cuidado.

Enquanto futura EEESMO, esta vivência levou-me a refletir sobre a minha responsabilidade na promoção da dignidade e no apoio à reconstrução da identidade feminina em contextos de vulnerabilidade acrescida. Senti, com particular intensidade, a necessidade de estar preparada, técnica e emocionalmente, para acompanhar estas mulheres nas suas vivências de perda, reconstrução e de resiliência.

Neste sentido, comprometo-me a dar continuidade à minha formação pessoal e profissional, nomeadamente, através de ações educativas orientadas para as temáticas

como a sexualidade, a imagem corporal e a saúde da mulher em contexto oncológico. Em complementaridade, pretendo aprofundar o meu conhecimento sobre intervenções de enfermagem direcionadas para a autoimagem positiva, assim como aprimorar as competências comunicacionais que me permitam responder com mais segurança e sensibilidade às inquietações das utentes. De igual modo, assumo o compromisso de promover uma articulação efetiva com os diversos profissionais que integram a equipa multidisciplinar (psicólogos, psiquiatras, ginecologistas, oncologistas, entre outros), no sentido de assegurar uma abordagem holística e integrada, que responda às necessidades específicas da mulher. Futuramente, ambiciono envolver-me ativamente na criação e dinamização de espaços de partilha e apoio emocional, onde as mulheres possam expressar livremente as suas vivências, elaborar as suas perdas e reconstruir, com apoio e confiança, o seu projeto de vida. Acredito que, ao proporcionar estes contextos de escuta e acolhimento, estarei a contribuir para um cuidado transformador e centralizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lundberg, P. C., & Phoosuwan, N. (2022). Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 57, 102116. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102116>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros, 13560-13565. Acedido a 20/12/2024 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019-regulamento-das-compet%C3%AAncias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Nogueira, G. S., & Moreira, M. C. S. (2016). A feminilidade em mulheres com câncer de mama: Reflexões bioéticas. *Revista Bioética*, 24(2), 316–324. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242122>
- Tyner, T., & Freysteinson, W. (2023). The mirror viewing experience of women undergoing a mastectomy: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 79(6), 2081-2097.
- Watson J (2008). *Caring as the essence and science of nursing and health care*. Mundo Saúde. 33(2):143-9.

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Discente

Joana Filipa Gonzaga Caseiro Inácio Coelho

**JORNAL DE APRENDIZAGEM
EEESMO NO PUERPÉRIO**

Discente

Joana Filipa Gonzaga Caseiro Inácio Coelho

Docente

Prof^ª Sara Palma

1 DESCRIÇÃO

Ao longo do estágio no serviço do Puerpério, sob a orientação da Enf.^a C.P., deparei-me com situações desafiantes e enriquecedoras para o meu crescimento profissional enquanto futura Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). Estes eventos envolveram um aprofundamento de conhecimentos teóricos e práticos, bem como competências comunicacionais e relacionais essenciais para estabelecer um vínculo terapêutico com as puérperas.

Uma das situações mais marcantes do estágio está relacionada com o processo de amamentação, no qual o recém-nascido demonstrava pouco interesse e, ao mesmo tempo, uma pega incorreta, pelo que a puérpera solicitava leite de fórmula com frequência. Contudo, ao desmitificar esta crença de recorrer ao leite de fórmula em vez do leite materno, a par do conhecimento sobre o recém-nascido e a amamentação, tornou-se perceptível que a puérpera reunia todas as condições para a aprendizagem e para a promoção de uma amamentação eficaz.

Não obstante, importa referir que a barreira linguística dificultou ainda mais o estabelecimento de uma amamentação eficaz, intensificando a ansiedade da mãe. Como consequência, esta puérpera optou pelo leite de fórmula por ser uma solução mais rápida e acessível no momento. A dificuldade em expressar os seus receios e em compreender as orientações fornecidas por parte dos profissionais de saúde gerou frustração e incapacidade em realizar esta atividade. Deste modo, perante este evento, tornou-se oportuno adotar estratégias que garantissem um acompanhamento individualizado e holístico, com recurso a demonstrações práticas, através de uma abordagem empática, respeitando o ritmo e as emoções da grávida. No decorrer do turno, cada conquista foi celebrada: desde a primeira pega correta até à segurança crescente da mãe em interpretar os sinais de fome e, quando o recém-nascido se alimentou de forma eficaz, a emoção tomou conta do ambiente. A mãe, visivelmente emocionada, deixou escapar lágrimas que misturavam alívio, orgulho e felicidade. Sem conseguir conter a comoção, também me emocionei, uma vez que aquele momento, mais do que um sucesso da amamentação, era uma prova da resiliência e da capacidade transformadora do apoio contínuo e humanizado.

No final do turno, o olhar da puérpera refletia gratidão e confiança. Esta mãe já não via a amamentação como um obstáculo, mas sim como um momento de ligação com o seu bebé. O reconhecimento da sua capacidade para identificar os sinais de fome e alimentar o seu recém-nascido sem recorrer ao leite de fórmula, trouxe-lhe uma sensação de conquista na maternidade.

Outro evento marcante relaciona-se com a ação de formação em serviço desenvolvida no âmbito da imagem corporal no pós-parto. No decorrer da minha experiência no serviço de puerpério, constatei, empiricamente, que existe uma forte pressão social em instituir uma vinculação mãe-bebê de forma imediata e natural. No entanto, essa expectativa muitas vezes negligencia a saúde e bem-estar da mulher que, no período do pós-parto, enfrenta desafios físicos e emocionais significativos. A exaustão do parto, as alterações hormonais e a adaptação ao novo papel são fatores impactantes na puérpera, tornando processo de integração da maternidade mais gradual e menos automatizado, como seria expectável para estas mulheres e para a própria sociedade.

Esta percepção foi um dos principais motivos que me levaram a desenvolver uma formação direcionada para os profissionais, com foco na importância do autocuidado materno e na necessidade de um acompanhamento mais holístico. O objetivo foi sensibilizar os profissionais para a relevância de uma abordagem que não promova apenas a vinculação mãe-bebê, mas que valide as emoções da mulher, respeite o seu tempo de adaptação e reforce a sua autoestima e bem-estar. Deste modo, recorri à evidência científica para justificar a importância do cuidar de si própria com impacto positivo na autopercepção enquanto mulher, na construção da sua identidade materna e, conseqüentemente, na saúde mental. Paralelamente, construí aplicar materiais de divulgação e de comunicação promotores da autoimagem, tais como um calendário com frases motivacionais diferentes para cada dia do mês, bem como um cartão com pequenas ações/lembretes para cuidar do próprio corpo (pele, cabelo, exercício físico, entre outros) e um *podcast* para sensibilizar as mulheres neste sentido.

Perante o feedback positivo dos profissionais, identificou-se a necessidade clara de integrar estes princípios na prática clínica, ou seja, o bem-estar materno não deve ser visto como fator secundário, mas como um elemento essencial na prática de cuidados, uma vez que melhora a vivência da maternidade de uma forma mais tranquila e positiva.

2 SENTIMENTOS

Perante as situações apresentadas, foi evidente a montanha-russa de emoções experienciadas. No caso da amamentação, houve momentos de frustração e de inquietação em compreender as dificuldades da puérpera. O olhar de angústia e a presença de lágrimas que surgiram nos momentos em que o recém-nascido não colaborava ou não apresentava uma pega correta, provocou em mim sentimentos de insegurança e medo em falhar. O facto de a mãe solicitar insistentemente leite de

fórmula demonstrou o quanto se sentia incapaz de alimentar o próprio filho e isso gerou em mim uma enorme vontade de ajudar a Sr.^a a superar essa barreira. Em contrapartida, tive receio de não conseguir transmitir a confiança necessária, para que a mãe mantivesse a perseverança na amamentação.

A barreira linguística impôs um desafio significativo à minha atuação enquanto futura EESMO. A dificuldade em comunicar de forma eficaz aumentou a minha ansiedade, pois queria assegurar que a informação fosse transmitida da forma mais clara e compreensível. Além disso, o facto do tempo disponível para cada puérpera ser limitado, levou-me a refletir sobre um dilema: por um lado, reconhecia que aquele momento exigia uma atenção individualizada e, por outro lado, sabia que outras mães precisavam de apoio. Teria sido oportuno perceber se existiam fatores culturais, crenças familiares, experiências pessoais ou pressões sociais que justificassem a recusa em amamentar, sendo essencial que os enfermeiros reconheçam e respeitem estas dimensões no planeamento dos cuidados.

À medida que a intervenção avançava e a puérpera começava por apresentar sinais de maior confiança, senti um profundo alívio e satisfação. E assim que o recém-nascido conseguiu pegar a mama eficazmente, a emoção foi indescritível, marcando um momento de superação e de conquista tanto para mulher como para mim. A mãe, que nos momentos antes encontrava-se desamparada, olhava para o bebé com um sorriso de alívio e com lágrimas nos olhos. Assim que estas começaram a escorrer, inevitavelmente conectei-me de uma forma genuína com esta ocasião e, sem me aperceber, fiquei igualmente emocionada. Foi um momento genuinamente humano, onde todas as barreiras e obstáculos se dissiparam, restando apenas o reconhecimento mútuo de uma conquista significativa. Naquele instante, percebi que não era uma profissional a prestar cuidados, mas uma presença de apoio e de encorajamento numa das vivências mais vulneráveis do ciclo vital da mulher.

No que concerne à ação de formação em serviço, confesso que, inicialmente, estava ansiosa quanto à receptividade dos profissionais de saúde. Sabia que a temática da imagem corporal e do autocuidado materno poderia ser um desafio, pois tradicionalmente o foco é no recém-nascido e na amamentação. Questionei-me inúmeras vezes se este contributo iria trazer algum benefício na abordagem às mulheres ou se iriam considerar como um aspeto secundário face às prioridades do serviço. Todavia, o envolvimento dos profissionais de saúde na discussão fez-me sentir segura e motivada, na medida em que este tema despertou interesse e alguns enfermeiros reconheceram a necessidade de mudança no cuidado, no sentido de promover o bem-estar materno. Desta forma, tornou-se gratificante não só transmitir a informação, mas também por provocar uma reflexão genuína e construtiva sobre a importância de um

olhar holístico na mulher no pós-parto.

A par disso, o *feedback* positivo recebido gerou um sentimento de missão cumprida. Senti que a minha ideia foi ouvida e que, de alguma forma, teve repercussões na prática de cuidados no serviço do Puerpério. Ainda assim, deparei-me com a sensação de responsabilidade, pois esta era apenas uma pequena semente e que o verdadeiro desafio seria garantir que estas mudanças fossem aplicadas na prática.

Por fim, ao refletir sobre as aprendizagens desenvolvidas ao longo deste estágio, senti um misto de orgulho e gratidão. Orgulho por ter conseguido superar os desafios e contribuir para o bem-estar das puérperas e gratidão por cada mulher que partilhou as suas angústias, conquistas e emoções. Cada lágrima de frustração que, com o tempo, se transformou num sorriso de confiança, intensificou em mim a certeza de que estou no caminho certo enquanto futura EEESMO.

3 AVALIAÇÃO E ANÁLISE

A experiência vivida neste contexto evidenciou a complexidade do período pós-parto e a necessidade de apoio e acompanhamento contínuo, individualizado e humanizado. A amamentação, embora frequentemente promovida como um processo natural e instintivo, é um comportamento influenciado por múltiplos fatores fisiológicos, emocionais, culturais e sociais.

A UNICEF (2012) destaca que as dificuldades iniciais sentidas pelas puérperas no decorrer do processo como a dor e a insegurança materna são fatores preponderantes para uma interrupção precoce do aleitamento materno. Além disso, a literatura sugere que a perceção da mulher sobre a capacidade de amamentar está intimamente ligado com o nível de suporte recebido pelos profissionais de saúde (Verga, 2020). Assim, o recurso estratégias práticas e o apoio emocional e psicológico constante são fundamentais para aumentar a confiança materna e promover um aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida, conforme recomendado pelas diretrizes internacionais (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2001).

A presença de barreiras linguísticas e culturais representou um desafio adicional à promoção do aleitamento materno. Mais do que promover exclusivamente o aleitamento materno, é fundamental adotar uma abordagem culturalmente sensível, que valorize a escuta ativa, o não julgamento e a partilha de informação baseada em evidência, promovendo decisões informadas e sustentadas pela autonomia da mulher. A comunicação é um dos pilares dos cuidados de enfermagem, uma vez que assenta na necessidade de estabelecer uma relação terapêutica entre enfermeiro/utente para garantir o sucesso dos procedimentos técnicos e segurança no desempenho das suas

funções (Phaneuf, 2005). Esta ferramenta contribuiu para a redução da ansiedade da mãe, promovendo um ambiente mais propício ao sucesso da amamentação e da própria vinculação mãe-bebé.

Relativamente à ação de formação em serviço desenvolvida para os profissionais de saúde sobre a imagem corporal no pós-parto, os resultados obtidos nos estudos reforçaram a pertinência de uma abordagem centrada na imagem corporal no pós-parto. A sociedade frequentemente impõe às mulheres uma expectativa de adaptação imediata à maternidade, com uma vinculação instintiva com o bebé e uma recuperação física rápida. Porém, a evidência científica indica que a transição para a maternidade é um processo complexo e gradual, influenciado por fatores hormonais, psicológicos e sociais (Walker & Freeland-Graves, 1998). A pressão social imposta às mulheres nesse período pode levá-las a negligenciar o autocuidado e a desenvolver sentimentos de culpa, aumentando, assim, a vulnerabilidade a transtornos emocionais, como a depressão pós-parto, ansiedade e exaustão emocional (Koyuncu & Duman, 2022).

O impacto da imagem corporal na saúde mental da mulher no pós-parto também é amplamente documentado na literatura. As mudanças fisiológicas como o aumento de peso, as alterações hormonais e a recuperação de eventuais intervenções obstétricas, podem afetar a autoestima e a autoperceção materna. Existe uma correlação direta entre a imagem corporal e a sintomatologia depressiva, na medida em que mulheres com maior insatisfação corporal terão maior probabilidade de apresentar sintomatologia depressiva (Brown et al., 2014). Por conseguinte, a ação de formação em serviço teve como objetivo sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de validar as emoções, sentimentos e perspetivas das mulheres relativamente à imagem corporal nesta fase e de promover estratégias que incentivem o autocuidado como parte integrante do quotidiano no pós-parto.

Este momento formativo permitiu estabelecer uma ponte entre as intervenções de enfermagem eficazes e a forma como estas poderão ser implementadas nos planos de cuidados, com vista a melhorar a experiência de pós-parto. A utilização de materiais motivacionais como um calendário com frases encorajadoras, cartões com lembretes do autocuidado e do *podcast* educativo, relevou-se uma estratégia inovadora e facilitadora e bem aceite pelos profissionais que assistiram à formação. A par disso, a capacitação dos profissionais para integrar estas questões no contexto de cuidados pode contribuir para a redução do estigma associado às dificuldades sentidas pelas puérperas, assim como ajudar as mulheres a enfrentarem os desafios inerentes a este período, de uma forma mais positiva e saudável (Montgomery et al., 2013).

Assim, a partir da análise destas experiências, verificou-se a necessidade de um

cuidado integrado e humanizado na área da saúde materna e obstétrica que considere os aspetos fisiológicos, emocionais e sociais que influenciam a vivência das mulheres no período do pós-parto com a aplicação de estratégias individualizadas promotoras do bem-estar materno e, conseqüentemente, de uma experiência positiva da maternidade.

4 PLANEAMENTO DA AÇÃO

Com base nas aprendizagens adquiridas, considero essencial reforçar a implementação de estratégias comunicacionais que superem barreiras linguísticas e culturais. Desta forma, os recursos multimédia como vídeos demonstrativos, guias ilustrados e *podcast* educativos podem ser uma ferramenta eficaz na promoção do empoderamento das mulheres na vivência da maternidade (Fialho et al., 2020). Futuramente, seria oportuno criar materiais educativos acessíveis a toda a população, garantindo que todas as mães, independentemente do seu nível de literacia ou idioma, recebam informações claras e compreensíveis e, ao mesmo tempo, avaliar o impacto das intervenções através de instrumentos de recolha de informação como questionário de satisfação e relatos de testemunhos de mulheres e profissionais.

No que concerne à promoção da autoimagem e autocuidado no puerpério, é crucial que esta temática seja integrada de forma estruturada nos serviços de saúde materna. A implementação de *workshops* periódicos, aliados a materiais interativos e estratégias motivacionais, podem contribuir para que os profissionais de saúde adotem uma visão mais abrangente do puerpério. A investigação tem demonstrado que programas educativos focados no autocuidado materno reduzem significativamente os níveis de ansiedade e melhoram a autoimagem das mulheres no pós-parto (Montgomery et al., 2013). Pretendo, com isto, continuar a desenvolver iniciativas que incentivem os profissionais a reconhecerem a importância deste tema e a aplicarem estratégias de suporte às puérperas.

Partindo do referido acima, considero que se deve persistir no acompanhamento e suporte às mulheres no pós-parto por parte dos EEESMO, no sentido de promover o seu bem-estar físico e emocional nesta fase da maternidade.

5 CONCLUSÃO

Estas experiências reforçaram a importância de um cuidado humanizado, fundamentado com práticas baseadas na evidência científica no acompanhamento à mulher no período pós-natal. Por um lado, a amamentação não deve ser vista como um processo fisiológico, mas como uma vivência que exige suporte técnico e emocional, permitindo à mulher uma maior segurança, confiança e capacidade para tomar decisões

sobre o processo de adaptação à maternidade.

Não obstante, o bem-estar materno neste período deve ser uma prioridade nos cuidados de saúde, reconhecendo que o suporte prestado à mulher não se deve restringir ao ato de cuidar do bebé, mas também ao incentivo do autocuidado e à promoção da sua saúde física e emocional. Ao negligenciar estes aspetos pode-se aumentar o risco da vivência de experiências emocionais e psicológicas negativas, como a ansiedade e a depressão pós-parto, comprometendo a adaptação à maternidade e a vinculação mãe-bebé.

Assim sendo, é impreterível uma abordagem holística e empática, com base na escuta ativa e no respeito pela individualidade de cada mulher. O impacto deste cuidado pode transformar a vivência do puerpério numa experiência positiva, promovendo a saúde da mãe do recém-nascido, bem como para o fortalecimento das intervenções de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica enquanto meio de construção de uma maternidade saudável e equilibrada, sustentada na evidência científica.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brown, A, Rane, J. & Warren, L. (2014). Body image concerns during pregnancy are associated with a shorter breast duration. *Midwifery*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.06.003>.
- Fialho, P., Antunes, V., Madeira, C., & Amendoeira, J. (2020). Promoção da capacidade da mulher para gerir o corpo no puerpério: uma scoping review. *Revista da UI_IPSantarém*, 8(1), 223-237.
- Koyuncu, S. B., & Duman, M. (2022). Body dissatisfaction of women during postpartum period and coping strategies. *Women & Health*, 62(1), 68-78. DOI: 10.1080/03630242.2021.2017207
- Montgomery, K., Best, M., Aniello, T., Phillips, J. D., & Hatmaker-Flanigan, E. (2013). Postpartum weight loss: weight struggles, eating, exercise, and breast-feeding. *Journal of Holistic Nursing*, 31(2), 129-138.
- Organização Mundial de Saúde (2001). Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: conclusions and recommendations. Geneva: WHO
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- UNICEF (2012). *Manual do aleitamento materno*. ISBN 978-972-96436-1-3. Acedido a 20/03/2025 <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Verga, V (2020). *Atitudes Maternas face à Amamentação em Mães de Lactentes e Satisfação com o Suporte Social*. Coimbra, Portugal. Tese de Mestrado, ESEC.
- Walker, L. O., & Freeland-Graves, J. (1998). Lifestyle factors related to postpartum weight gain and body image in bottle-and breastfeeding women. *Journal of Obstetric*,

Gynecologic & Neonatal Nursing, 27(2), 151-160.

APÊNDICE VII – REVISÃO DA LITERATURA “CUIDADOS DE
ENFERMAGEM PROMOTORES DE UMA AUTOIMAGEM POSITIVA NA
GRAVIDEZ DE ALTO RISCO”

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DE UMA AUTOIMAGEM POSITIVA NA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um período de adaptação a uma nova realidade, que acarreta inúmeras transformações físicas, emocionais, psicológicas e sociais marcantes, culminando com o nascimento de uma ou mais crianças (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2015). Em Portugal, apesar de assistirmos à melhoria dos indicadores de saúde materna e neonatal, devido ao investimento no acompanhamento pré-natal ao nível dos cuidados de saúde primários e contextos hospitalares, a taxa de natalidade é das mais baixas comparativamente com os restantes países da Europa (DGS, 2021; INE, 2023). Este facto deve-se a um conjunto de alterações culturais, tecnológicas, demográficas constatadas nos países desenvolvidos, onde se inclui a população portuguesa (Faria & Ramos, 2016).

Por seu turno, as gravidezes de alto risco representam um desafio importante para a saúde pública e, conseqüente, bem-estar das mulheres. Estima-se que, uma percentagem significativa das mulheres grávidas em Portugal é classificada como de alto risco, devido às condições pré-existentes ou decorrentes da gravidez como hipertensão arterial, diabetes gestacional, partos prematuros anteriores, gravidez múltipla e outras patologias (Ferrey et al., 2021). Para além das condições médicas referidas, as grávidas de alto risco enfrentam outros desafios decorrentes de reajustes corporais como ganho de peso, alterações hormonais, aumento do volume abdominal, a par de outras adaptações biológicas, psicológicas e sociais, que se tornam impactantes em termos da percepção que a grávida tem da sua aparência física e imagem corporal (Ferrey et al., 2021).

Desta forma, a percepção das grávidas de alto risco perante a sua imagem corporal surge como um elemento fulcral nos cuidados de saúde, na medida em que estas mulheres têm maior prevalência de sintomatologia depressiva e ansiedade, associado a uma autoimagem fragilizada, manifestando dificuldades na adaptação das mudanças corporais e emocionais, para além da influência dos fatores de risco obstétricos e antropométricos associados (Carvalho et al., 2020).

Perante estas afirmações, a Teoria de Adaptação de Roy (2001) é aplicável para a temática apresentada, uma vez que as grávidas de alto risco são um ser biopsicossocial em constante interação com o ambiente, que procura compreender como se adaptar a essas mudanças para alcançar saúde e bem-estar, estando em constante apropriação às novas condições ao nível fisiológico, autoimagem, papéis e interdependência. Não obstante, a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1992) apresenta uma estrutura de apoio humanística direcionado às mulheres que enfrentam desafios emocionais e psicológicos relacionados com a gravidez e com sua própria identidade enquanto grávidas e futuras mães. Trata-se de um referencial importante para o exercício profissional, uma vez que integra a relação entre enfermeiro-grávida como um vínculo terapêutico para dar respostas individualizadas consoante as necessidades de cada grávida de alto risco.

Assim, a intervenção dos Enfermeiros Obstetras (EO) é essencial neste contexto pelas suas competências específicas no acompanhamento destas mulheres, no sentido de promover um cuidado holístico, garantindo o bem-estar físico e emocional. Este apoio inclui estratégias para reforçar uma autoimagem positiva, facilitar as exigências impostas pela gravidez, bem como orientar e educar estas mulheres quanto à sua imagem corporal e incluir a família enquanto elemento favorecedor para a implementação destas intervenções.

Com a adoção destes princípios base da Teoria de Roy (2001) e da Teoria de Peplau (1992) no acompanhamento da mulher perante este contexto, os EO são profissionalmente competentes para estabelecer uma relação terapêutica no sentido de

identificar e aprofundar as preocupações, mudanças físicas e psicológicas e a percepções experienciadas por estas mulheres grávidas, com vista a facilitar a adaptação às adversidades através de um cuidado direcionado e compassivo.

Neste âmbito, pretende-se, através da presente pesquisa, proceder ao mapeamento da evidência científica sobre os cuidados de enfermagem obstétrica na promoção de uma autoimagem positiva nas mulheres grávidas em condições de alto risco.

Palavras-chave (DeCS/MeSH): Cuidados de Enfermagem; Enfermeiros-obstetras; Imagem Corporal; Gravidez de Alto Risco; Habilidades de Enfrentamento.

2 METODOLOGIA

Realizada uma pesquisa bibliográfica, que pretende-se aprofundar os conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem necessários para promover uma autoimagem positiva nas mulheres com gravidez patológica.

Considerou-se oportuno definir como critérios de inclusão: todo o tipo de desenhos de estudos, sem limite temporal, idiomas em português, inglês e espanhol (pela dificuldade dos revisores em avaliar os artigos de outros idiomas), que incluam intervenções de enfermagem obstétrica e grávidas patológicas com problemas na sua autoimagem. Por outro lado, como critérios de exclusão do estudo apresentam-se estudos que envolvam mulheres grávidas de baixo risco, não gestantes, mulheres no pós-parto e estudos com idiomas diferentes dos selecionados.

Recorremos às bases de dados PubMed, CINAHL, Medline, MedicLatina, Psychology and Behavioral Sciences Collection via EBSCO e Scientific Electronic Library Online (SciELO), com as palavras-chave “High Risk Pregnancy”, “Body Image” e “Nursing Care”, com recurso aos booleanos AND. A par disso, para identificar literatura não publicada, complementou-se a pesquisa nos Repositórios de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e Google Scholar.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultaram dois estudos para análise, 1 remete para estudos mistos (Brasil) e 1 revisão sistemática da literatura (China), publicados entre os anos 2015 e 2024 (Tabela 1). Embora os estudos selecionados reflitam a evidência científica mais recente, a discussão também visa a contrastar esses resultados com a evidência de outros artigos, incluindo alguns excluídos.

Tabela 2: Tabela de extração dos resultados dos artigos elegíveis para análise

Nº	Autores, ano; país de origem	Nome do artigo; Base de dados	Objetivos e questão de pesquisa	Participantes	Métodos	Resultados	Principais descobertas relacionadas com o objetivo da revisão
1	Santos, A.C. 2015 Brasil, Salvador	<i>Autocuidado de mulheres grávidas com doença falciforme: construção de um protocolo de enfermagem</i> RCAPP	<u>Objetivo:</u> Identificar as ações terapêuticas e déficits do autocuidado presenciado pelas mulheres grávidas com doença falciforme e apontar elementos orientadores para a construção de um protocolo de enfermagem direcionado a estas mulheres. <u>Questão de pesquisa:</u> "Quais as demandas terapêuticas/déficits do autocuidado que as mulheres grávidas com doença falciforme apresentam e que são importantes para apontar elementos que subsidiem a construção de um protocolo de orientação?"	<u>Amostra:</u> 15 mulheres grávidas, com o diagnóstico confirmado de doença falciforme, maior de 18 anos, inseridas na Maternidade de Referência Prof. José Maria de Magalhães Netto. Instrumento de colheita de dados: entrevista semi-estruturada com dados sociodemográficos	Estudo qualitativo descritivo e exploratório	Os resultados deste estudo recaem sobre a importância de promover o autocuidado das mulheres com este tipo de patologia, partindo das percepções das mesmas, de modo a implementar intervenções adequadas ao seu autocuidado. <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a verbalização de sentimentos e dúvidas; • Implementar atividades promotoras de uma autoimagem positiva e, conseqüente melhoria da autoestima (ex. prática do exercício físico); • Manter uma boa aparência através da estipulação dos cuidados corporais diários necessários; • Promover a participação social, convivência familiar, com amigos e apoio espiritual. 	Decorrente da leitura deste estudo, é possível constatar a importância do cuidar das grávidas com doença falciforme, de forma individualizada e humanizada, dando respostas às necessidades da mulher. Também reforça a pertinência da educação para a saúde, no sentido de modificar estilos de vida, reajustar à condição de saúde atual. Não obstante, este estudo, ao proporcionar um leque de conhecimento sobre a visão das mulheres, permite melhorar a qualidade e organização dos cuidados, de forma holística, às mulheres com esta patologia.

2	<p>Shen, M., Gao, R., Chen, S., Xu, Z. & Ding, X.</p> <p>China</p> <p>2024</p>	<p><i>The effectiveness of interventions on improving body image for pregnant and postpartum women: a systematic review of randomized clinical trials</i></p> <p>Google Scholar</p>	<p>Objetivo: Mapear a evidência científica sobre as intervenções direcionadas para a promoção de uma imagem corporal positiva durante a gravidez e pós-parto em mulheres em idade reprodutiva e explorar a sua eficácia.</p> <p>Não apresenta questão de pesquisa, pelo que se sugere a seguinte: “Quais as intervenções mais adequadas para melhorar a autoimagem durante a gravidez e pós-parto? E qual a sua eficácia na população em estudo?”</p>	<p>População: Mulheres em idade reprodutiva durante a gravidez e pós-parto, intervenções destinadas a melhorar a imagem corporal.</p>	<p>Revisão Sistemática com recurso às bases de dados PubMed, Embase, Web of Science, Cochrane Library, CINAHL, SinoMed, CNKI e Wanfang Database, abrangendo publicações até 27 de março de 2024. Incluídos em 11 ensaios clínicos randomizados e utilizado como ferramenta de avaliação de qualidade <i>Cochrane Intervention System Assessment Manual</i>.</p>	<p>Os resultados apontam para a complementaridade entre intervenções associadas ao estilo de vida, como a dieta, exercícios e comportamentos, e associadas ao psicológico, sendo estas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindfulness • Terapia cognitivo-comportamental 	<p>Este estudo reforça a ideia de que as implementações destas estratégias devem ser realizadas pelos Enfermeiros, de modo a desenvolver, aplicar e disseminar ações para melhorar a imagem corporal nas grávidas e pós-parto. Não obstante, existe pouca literatura sobre as ferramentas (escalas) e o referencial feminino para desenvolver intervenções individualizadas e direcionadas à vertente psicológica da mulher.</p>
---	------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A gravidez de alto risco, enquanto evento desafiante na vida de uma mulher, representa um marco importante na adaptação à gravidez e parentalidade (Roy, 2001) devido ao estigma associado à própria condição de saúde pré-existente ou imposta pela gravidez, ao medo das potenciais complicações e consequências, a par da necessidade de hospitalização frequente e/ou uma vigilância apertada do bem-estar materno-fetal (Santos, 2015).

Um dos componentes essenciais para a adaptação a este evento é a autoimagem. Este conceito resulta da percepção individual da pessoa relativamente a seu corpo, sendo esta influenciada pelo meio que a rodeia, criando o seu próprio autoconceito (Silveira & Ferreira, 2011; Monteiro, 2012; Fonseca, 2023; Shen et al., 2024). Atendendo a estas premissas, considera-se oportuno compreender as intervenções de enfermagem direcionadas às mulheres com gravidez de alto risco, com vista a dar resposta às suas necessidades e particularidades, nomeadamente na autoimagem.

Partindo da análise aprofundada do artigo incluído e tendo em consideração as competências do EO na adaptação à gravidez com desvios de padrão (OE, 2019), emergiram 4 intervenções de enfermagem fundamentais a serem integradas no plano de cuidados, facilitando o vínculo terapêutico bem como o processo de adaptação e aceitação à nova imagem corporal (Peplau, 1992; Roy, 2001).

As 4 principais intervenções foram (Santos, 2015; Shen et al., 2024):

1. Incentivar a verbalização de sentimentos e de dúvidas;
2. Implementar atividades promotoras de uma autoimagem positiva;
3. Envolver a família e promover o apoio social;
4. Apoiar a nível espiritual.

A existência de uma alteração na percepção do próprio corpo pode gerar distúrbios relacionados à imagem corporal, especialmente em condições patológicas como a doença falciforme, tanto pela predisposição clínica como fisiológica. Mais de metade das participantes em estudo de Santos (2015), manifestaram os desafios relacionados com a autoimagem, agravados pelas alterações fisiológicas naturais de gravidez quanto pela presença de patologias associadas. O impacto negativo destas transformações está associado a uma visão distorcida das próprias grávidas, que é intensificada pela experiência de confronto com o espelho. Esta visão é marcada não só pelas transformações de gravidez, mas também pela consciencialização da incapacitação funcional e apreensão ao confrontarem-se com o espelho (Santos, 2015). Além disso, outros investigadores enfatizam a ideia de que mulheres internadas devido a complicações associadas à gravidez, revelam maiores sentimentos de isolamento, de insegurança perante esta condição de saúde e de preocupação na concretização do seu papel de mãe, acabando por negligenciar a sua imagem corporal (Santos, 2015, Moreira, 2021). Atendendo a estas premissas, a **promoção e o incentivo à verbalização de sentimentos e dúvidas** nestes contextos não só reduz a carga emocional como também fortalece a relação terapêutica. Primeiramente, é necessário que o EO desmistifique o autoconceito da mulher ao seu cuidado (Monteiro, 2012) e, à posteriori, compreenda as necessidades emocionais e físicas das grávidas de alto risco, como o medo de complicações graves e a percepção da fragilidade física, fornecendo apoio emocional e psicossocial através da implementação de estratégias de *coping* adequadas para dar resposta aos problemas existentes (Santos, 2015; Shen et al., 2024).

De seguida, torna-se pertinente compreender que, durante a gravidez, e especialmente em contextos desviantes de saúde, a autoimagem é profundamente impactante na vida de uma mulher com gravidez de alto risco, pelo que, por vezes, demonstram uma incapacidade funcional perante os eventos adversos vivenciados ao longo da gravidez (Santos, 2015). Assim, é importante que o EO **implemente e integre atividades promotoras de uma autoimagem positiva nos seus cuidados**, especialmente neste tipo de situações, de modo a contribuir para o bem-estar físico e

psicológico das mulheres (Shen et al., 2024). Outros investigadores corroboram esta ideia, uma vez que as mulheres com gravidez de alto risco englobadas nos estudos e, até mesmo as grávidas de baixo risco, apresentam sintomatologia de insatisfação corporal, isolamento, ansiedade e rejeição sexual, devido à nova imagem corporal e à dificuldade na adaptação às novas condições impostas pela gravidez (Monteiro, 2012; Santos, 2015; Fonseca, 2023; Shen et al., 2024; van Benten et al., 2024). Perante esta abordagem, as atividades que incentivam a valorização da autoimagem são as atividades de **promoção do autocuidado através da educação para a saúde e intervenções visuais**, que permitam às grávidas reinterpretar as transformações do corpo e consciencializarem-se das alterações corporais como um processo natural e adaptativo aos diagnósticos existentes, o que está intimamente ligado a uma maior aceitação das mudanças gestacionais (Santos, 2015; Rasouli, et al., 2019; van Benten et al., 2024). Outras ações evidenciadas pelos investigadores passam pela prática de exercícios moderados, caso a condição clínica o permita, de que são exemplo técnicas de *mindfulness*, cognitivo-comportamentais e de relaxamento com o acompanhamento por parte da equipa multidisciplinar como os psicólogos, psiquiatras, médicos (Rasouli et al., 2019; Shen et al., 2024; van Benten et al., 2024). A implementação das intervenções e o recurso a ferramentas específicas para perceber as vivências das mulheres perante a autoimagem, permitirá um aumento da saúde física e mental, sobretudo da autoestima, enquanto conceito proporcional à influência da autoimagem, uma vez que quanto melhor for a autoestima, melhor será a perceção da nossa autoimagem (Santos, 2015; Shen et al., 2024).

Não obstante, Santos (2015) defende que, grande parte das grávidas em estudo acreditam que a melhoria da aparência resulta da interferência da opinião e dos elogios das pessoas ao seu redor, pelo que importa que o EO **inclua os familiares e companheiros/pessoas significativas no processo de cuidados**. A imagem corporal percecionada pela mulher não é apenas moldada pelas mudanças fisiológicas, mas também pelo apoio emocional e social que é recebido pela mesma, sendo os companheiro/pessoa significativa e familiares componentes centrais nas intervenções direcionadas à autoimagem da grávida de alto risco (Santos, 2015; Fonseca, 2023; van Benten et al., 2024). Esta ideia é apoiada por outros investigadores, na medida em que a inclusão dos familiares nas atividades promotoras de uma autoimagem positiva possibilita uma maior eficácia das intervenções através do reforço positivo, do fortalecimento do vínculo entre o casal e da criação de um ambiente acolhedor e de confiança à expressão de sentimentos e dúvidas (Monteiro, 2012; Fonseca, 2023; van Benten et al., 2024). Desta forma, é da competência do EO reconhecer a importância dos familiares e pessoas próximas na vida das mulheres grávidas, uma vez que estas procuram constantemente a validação e o encorajamento dos familiares, o que a ocorrer facilitam a criação de uma autoimagem positiva, mesmo perante as modificações corporais desafiantes. Estas interações permitem uma adaptação positiva e resiliência face às mudanças do corpo como parte integrativa e significativa, reduzindo a ansiedade e o medo e promovendo uma maior confiança (Santos, 2015; Shen et al., 2024; Van Benten et al., 2024).

Adicionalmente, o EO deve **promover uma participação social** ativa através da utilização das redes sociais e comunitárias. Esta participação oferece uma oportunidade às mulheres de fortalecer as suas relações interpessoais, de modo que se sintam integradas e acolhidas e, ao mesmo tempo, obtenham uma validação social em relação às mudanças corporais e emocionais (Santos, 2015; Shen et al., 2024). Tal como foi referido anteriormente, as mulheres procuram a aprovação e o reforço por parte dos familiares e/ou pessoas significativas, pelo que o mesmo se sucede com os grupos de apoio e atividades comunitárias (Santos, 2015). A integração em grupos permite a partilha de experiências únicas, com ausência de juízos de valor, procurando normalizar os desafios inerentes às condições de saúde atuais e receber apoio por outras mulheres que experienciaram este tipo de situações. Esta troca de experiências e a construção de laços sociais gera uma sensação de pertença, de apoio mútuo e de aceitação perante

o “eu” (Santos, 2015; Shen et al., 2024; van Benten et al., 2024). No contexto de internamento hospitalar, a sensação de isolamento decorrente do internamento pode ser atenuada por estratégias sociais como as visitas familiares e de amigos, o uso de plataformas digitais para se conectarem com outras grávidas e redes de apoio, a par do apoio dos profissionais de saúde (Monteiro, 2012). Assim, estes tipos de intervenções são indispensáveis, dado que complementam o apoio fornecido pelos companheiros e familiares, ampliam o acesso a ambientes terapêuticos que promovam a sua adaptação à vivência atual e garantem os recursos necessários para enfrentar os desafios físicos e emocionados associados à gravidez, nomeadamente à questão da autoimagem.

Por último, outra componente valorizada na prática dos cuidados de enfermagem à mulher com gravidez de alto risco é o **apoio ao nível religioso**. Com efeito, a autoimagem negativa das grávidas de alto risco está intimamente ligada à ansiedade, ao medo, à incerteza e ao isolamento social e, desta forma, a inclusão de estratégias de apoio à espiritualidade facilitam a aceitação às transformações corporais e conflitos emocionais (Monteiro, 2012; Santos, 2015). A espiritualidade é entendida como um propósito, busca de sentido e de conexão com um bem maior e, nas situações de internamento, a prática de suporte espiritual, como uma forma de integração de lideranças espirituosas (orações, meditação) e de reflexão, promove um ambiente de confiança e de acolhimento para estabelecer uma relação terapêutica entre enfermeiro e cliente (Monteiro, 2012; Santos, 2015; Fonseca, 2023). Contudo, certos investigadores procuram não aprofundar diretamente o apoio espiritual, visto que grande parte deles sugere que, as intervenções implementadas para serem eficazes e promotoras do bem-estar geral, devem ser holísticas e com integração dos elementos da saúde física, da saúde mental e dos valores e crenças individuais (Shen et al., 2024; Rasouli et al., 2019; van Benten et al., 2024). Atendendo à população apresentada no nosso país e ao crescente número de patologias associadas a inúmeros fatores, torna-se crucial que o EO proporcione um apoio ao nível espiritual às mulheres com gravidez de alto risco. Os valores e crenças individuais são promotores de uma construção de um cuidado centrado na pessoa, atendendo às suas necessidades específicas e promove uma relação interpessoal eficaz (Roy, 2001).

CONCLUSÃO

A gravidez, por si só, é um momento de adaptação a inúmeras transformações corporais, psicossociais, emocionais, mas que, perante o diagnóstico de uma patologia pré-existente ou imposta pela gravidez, assume uma complexidade de desafios a serem enfrentados por estas mulheres. A par dos riscos e incertezas relativamente às complicações obstétricas, o impacto físico e psicológico decorrente da própria gravidez podem afetar a forma como as mulheres com gravidez de alto risco percecionam a sua autoimagem e, conseqüentemente, diminuir a autoestima, aumentar sentimentos de insatisfação e de insegurança e com problemas de adaptação.

Partindo da análise crítica dos achados nesta revisão, é notório a importância vital do EO na implementação de intervenções, na medida em que, atendendo às vivências e sentimentos apresentados, os EO têm as competências necessárias para, com recurso a uma abordagem holística e centrada na mulher, fornecer um ambiente de partilha de sentimentos, fornecer apoio emocional, social e espiritual, implementar atividades que promovam uma autoimagem positiva, através da educação para a saúde e da inclusão da equipa multidisciplinar, e envolver a família com o intuito de facilitar todo o processo de adaptação à nova realidade.

Por outro lado, os EO têm uma atuação preponderante na adaptação e reconstrução da autoimagem nas mulheres com gravidez de alto risco, em conjunto com os profissionais de saúde elencados na equipa multidisciplinar, uma vez que apresentam técnicas diferenciadas e promotoras de uma autoimagem positivas, com vista a cultivar uma atitude de aceitação e de reajuste às novas características e condições de saúde, respeitando as crenças, valores e culturas das mulheres e

respetivas famílias e companheiros incluídos no processo. Para a consecução destes cuidados, é imprescindível utilizar os princípios básicos da comunicação, com vista a criar um ambiente acolhedor e favorecedor à partilha de ideias, de dúvidas e de sentimentos/emoções, de modo a proporcionar uma relação terapêutica e empática e facilitar o processo de adaptação.

No entanto, é importante ressaltar que, embora esta revisão tenha revelado dados relevantes a partir de estudos internacionais, existe uma lacuna significativa de pesquisas no contexto português. Não foram identificados estudos que explorem especificamente a autoimagem corporal de gestantes de alto risco em Portugal, sendo que, a grande maioria dos artigos encontrados contemplavam as percepções associadas às modificações físicas e risco de morte fetal e/ou perinatal associado. Seria oportuno a formação contínua e holística, bem como o investimento dos EO em implementar este tipo de práticas baseadas na evidência, dado que são eficazes e adequadas às necessidades específicas de cada mulher e promovem um cuidado centrado na pessoa. Assim sendo, a intervenção do EO é fundamental no apoio às mulheres com gravidez de alto risco, que vivencia desafios devastadores relacionados com a condição de gravidez de alto risco. Esta revisão da literatura acaba por demonstrar a sua pertinência e relevância para a investigação em enfermagem, em virtude de que a especialidade de SMO não só envolve os cuidados à saúde da mulher e do RN, mas também o processo de adaptação da mulher às advertências inesperadas da vida. Considera-se crucial que o EO invista continuamente na formação nesta área, capacitando as mulheres e seus familiares a confrontarem-se com as dificuldades e encararem-nas com um desafio, através da utilização dos recursos e estratégias adequadas à mulher em específico, no sentido de melhorar a sua imagem corporal e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, B. (2020). A influência da idade materna avançada na gravidez. Universidade de Coimbra. Tese de Mestrado. Acedido a <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/97743/1/TESE%20FINAL.pdf>
- Faria, N., Ramos, S. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria - Extremos da Idade e Gravidez. Lisboa: Lidel, 94-98.
- DGS (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Ministério da Saúde. Acedido a 30/12/2023: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2021). *Norma n.º 015/2021: Vigilância da gravidez de baixo e alto risco*. Lisboa: DGS.
- Fonseca (2023). *Autoimagem corporal negativa em gestantes da atenção primária à saúde de um município do norte de Minas Gerais, Brasil*. Dissertação de Mestrado, Montes Claro.
- Ferrey, A.E., Astbury, N.M., Kenworthy, Y. et al. (2021). Exploring women's thoughts on self-weighting during pregnancy: results of the Self-Weighting in Pregnancy: Experiences (SWIPE) study. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 154 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03636-5>.
- Ferraz, B. A., Masotti, C. G., Benetti, F. A., Estevão, A., & Castiglione, M. (2021). Autoimagem e percepção corporal durante o período gestacional: existe influência do exercício físico? Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 32(1). <https://doi.org/10.35919/rbsh.v32i1.888>
- Henriques, C., Mendes, M., & Ramalho, S. (2023). Gravidez de Alto Risco: Percepção das Gestantes sobre as Necessidades de Saúde e Práticas de Cuidados da Equipa de Enfermagem. In *Livro de Resumos do 12º Congresso Iberoamericano em Investigação Qualitativa* (p. 62). Ludomedia.
- INE (2020). *Inquérito à Fecundidade 2019 - Mantém-se a tendência de redução do*

- número de filhos. Lisboa, INE. Acedido a 14/01/2024: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=511552107&att_display=n&att_download=y
- JBÍ. (2024). *JBÍ manual for evidence synthesis* (November 2024 edition). Acedido a 11/11/2024 <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355599504/Downloadable+PDF+-+current+version?attachment=%2Fdownload%2Fattachments%2F355599504%2FJBÍ%2520Manual%2520for%2520Evidence%2520Synthesis%2520Nov%25202024.pdf&type=application%2Fpdf&filename=JBÍ%20Manual%20for%20Evidence%20Synthesis%20Nov%202024.pdf>
- Monteiro, M.J.S.M. (2012). *Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento*. Dissertação de Mestrado, ESEP.
- Page, Brennan, S. E., & Munn, Z. (2021). PRISMA 2020: A reporting guideline for the next generation of systematic reviews. *JBÍ Evidence Synthesis*, 19(5), 906–908. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00112>
- Peplau, H.E. (1992). Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 5, 13–18.
- Rasouli, M., Pourheidari, M., & Gardesh, Z. H. (2019). Effect of self-care before and during pregnancy to prevention and control preeclampsia in high-risk women. *International journal of preventive medicine*, 10(1), 21.
- Roy, C. O. (2001). Modelo de Adaptação de Roy na investigação da enfermagem. Roy C, Andrews, HA. *Teoria da enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget, 499-514.
- Santos, A. (2018). *Autocuidado de mulheres grávidas com doença falciforme: construção de um protocolo de enfermagem*. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem
- Shen, M., Gao, R., Chen, S., & et al. (2024). The effectiveness of interventions on improving body image for pregnant and postpartum women: A systematic review of randomized clinical trials. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(581). <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06787-3>
- Silveira, C. S. P., & Ferreira, M. M. (2011). Auto-conceito da grávida - fatores associados. *Millenium*, (40), 53-67.
- Van Benten, E., de Kruif, A., Kiers, H., Coppieters, M. W., & Pool-Goudzwaard, A. L. (2024). Exploring health and illness perceptions to identify the perceived cause of pregnancy-related pelvic girdle pain. A mixed-methods study among primiparous women in The Netherlands. *Midwifery*, 129, 103892.

APÊNDICE VIII– CALENDÁRIO “CADA DIA, UMA FORÇA”

Calendário

"Cada dia, uma força"

1
Está linda, forte e capaz de acolher o seu bebé.

2
Cada momento da gravidez é uma oportunidade para se conectar com o seu bebé e com a sua própria força.

3
É uma mulher incrível e vai ser uma mãe maravilhosa.

4
Apesar das alterações do seu corpo, pense que está cada vez mais bonita.

5
A barriga está grande, mas o seu coração está muito maior.

6
Tem azia, tem cansaço, tem dor, mas o que tem mais é mesmo amor!

7
Ser mãe começa com o amor que dá a si mesma.

8
O seu corpo é um lar incrível para uma nova vida. Celebre cada mudança.

9
O seu brilho é tão forte quanto a vida que cresce dentro de si.

10
Não se esqueça do quão corajosa é, mesmo quando tem medo. Cada dia é uma vitória para si e seu bebé!

11
Sorria! Está a ser cuidada.

12
O seu bem-estar é o primeiro presente que dá ao seu filho.

13
Cada desafio que enfrenta, demonstra a sua resiliência e amor!

14
O seu corpo é forte e capaz de superar desafios. É muito resiliente!

15
Apesar do risco que está a viver, tem o apoio e a força para enfrentar qualquer obstáculo!

16
Está a dar o seu melhor! Não tenha dúvidas!

17
O amor que tem pelo seu bebé é o seu guia.

18
A luz que irradia enquanto gera uma vida é o maior sinal de beleza. Celebre cada momento, por menor que pareça.

19
É uma mulher muito forte. A sua capacidade de amar e de cuidar não tem limites!

20
Merece cuidar de si mesma! Merece descanso e paz.

21
A sua força emocional é ilimitada. Confie!

22
Está exatamente onde precisa de estar para cuidar da sua saúde e da do seu bebé.

23
É uma guerreira. Tenha fé no processo e confiança nos profissionais que a acompanham.

24
Seja cuidadosa e atenta com o seu corpo para garantir que o seu bebé cresça nas melhores condições!

25
É uma mulher resiliente e, mesmo em risco, tem capacidade de lidar com o que vier com serenidade.

26
Enfrentar desafios não tira a sua beleza, só a torna mais autêntica. Ame-se no aqui e no agora.

27
Cada detalhe seu é único e especial. Cuide de sua mente, corpo e alma – isso também é parte do amor pelo seu bebé.

28
Cuidar da sua imagem é mais do que vaidade. É um gesto de amor próprio que reflete na sua força interior.

29
Cada marca do seu corpo conta a história da força e do amor que dedica ao seu bebé.

30
Mesmo nas tempestades, você é um reflexo de esperança e vida. Cuide de si!

APÊNDICE IX– REVISÃO DA LITERATURA” INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM PROMOTORA DA IMAGEM CORPORAL NO PUERPÉRIO”

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTORA DA IMAGEM CORPORAL NO PUERPÉRIO

1 INTRODUÇÃO

O puerpério é o período do pós-parto, que se estende desde o nascimento da criança até retorno dos órgãos reprodutores da mãe ao estado não gravídico, ou seja, ao estado anterior à gravidez ([Direção-Geral Saúde [DGS], 2015; Ferreira, 2016). Trata-se de uma fase marcada por inúmeras mudanças físicas, psicossociais e emocionais, com impacto direto no bem-estar e na saúde da mulher (Secchi, Camargo, & Bertoldo, 2009). Uma das maiores preocupações experienciadas pelas mulheres está relacionada com a imagem corporal, devido, ao peso preponderante na sociedade atual e à percepção da mulher relativamente da sua imagem consoante as experiências vivenciadas ao longo da vida (Brown et al., 2014). A par disso, transformações corporais como ganho de peso, volume abdominal, cicatrizes após cesariana ou episiotomia, alterações nas mamas, podem gerar sentimentos de insatisfação corporal e insegurança quanto à própria aparência, dificultando o processo de aceitação do próprio corpo e adaptação ao novo papel na maternidade (Ferreira, 2016). Desta forma, torna-se essencial compreender e avaliar o nível de insatisfação relativamente à imagem corporal, uma vez que este conceito está intimamente ligado ao bem-estar psicológico e à autoestima da puérpera (Bergmeier et al., 2020). Paralelamente, esta análise permite perceber, por um lado, a representação da mulher relativamente ao seu corpo e, por outro, as suas atitudes/percepções, pelo que é fundamental implementar estratégias eficazes e individualizadas que favoreçam uma transição harmoniosa para a maternidade.

Perante estas premissas, as mulheres no pós-parto enfrentam alterações significativas à medida em que lidam com a adaptação à maternidade, podendo estar a vivenciar períodos críticos de instabilidade e dificuldade em ultrapassar os desafios impostos pela condição de puérpera (Meleis, 2010). Neste contexto, a Teoria de Afaf Meleis (2010) torna-se pertinente, uma vez que considera a maternidade um evento marcante na vida de uma mulher, caracterizado por mudanças profundas que exigem adaptação ao seu novo papel materno. Durante o puerpério, é notório a transição de um estado gravídico para um estado anterior ao da gravidez, que acarreta repercussões ao nível da autoestima e da imagem corporal e, conseqüentemente, no bem-estar emocional da mulher (Meireles, 2010). A aceitação das mudanças corporais e a reconstrução de uma autopercepção positiva acerca da sua visão corporal são fatores fundamentais deste processo de transição.

Esta autoaceitação e reconstrução de uma percepção positiva de si própria não só favorece a transição da maternidade, como também fortalece a autonomia e o bem-estar emocional da mulher. Assim, torna-se relevante abordar o empoderamento, enquanto conceito que enfatiza a importância do fortalecimento individual e coletivo das mulheres, de modo a desenvolverem competências e estratégias de coping para enfrentar as adversidades da vida (Akpotor & Johnson, 2018). No contexto da maternidade, o empoderamento requer a promoção da autoestima, o incentivo à tomada de decisão informada e a criação de uma rede de apoio favorecedora na aquisição de competências necessárias para o papel de mãe (OMS, 2002). Ao capacitar as mulheres para compreenderem, aceitarem as mudanças inerentes a esta fase e exercerem um papel mais ativo nos cuidados a si e ao seu recém-nascido, minimiza os sentimentos de vulnerabilidade e favorece uma adaptação mais positiva (Lima et al., 2019).

Assim, os enfermeiros obstetras (EO) têm atuação essencial, não apenas no cuidado físico da puérpera, mas também na abordagem das questões relacionadas à sua autoimagem. É fundamental que esses profissionais reconheçam a vulnerabilidade emocional das mulheres no puerpério e desenvolvam intervenções específicas que promovam a aceitação das mudanças corporais, reforcem a autoestima e favoreçam uma recuperação saudável. A sensibilização e o suporte emocional durante esta fase contribuem para uma experiência pós-parto mais positiva,

fortalecendo o vínculo materno e o bem-estar geral da mulher.

Palavras-chave (DeCS/MeSH): Enfermeiros-obstetras; Imagem Corporal; Insatisfação Corporal; Empowerment.

2 METODOLOGIA

Tenciona-se, com a concretização desta pesquisa, aprofundar conhecimentos sobre as intervenções do EO na promoção da imagem-corporal da mulher no puerpério.

Para esta revisão, foram definidos como critérios de inclusão: literatura publicada nos idiomas em português, inglês e espanhol; mulheres na fase do puerpério; com vivências negativas/alteradas relativamente à sua imagem corporal e que envolvam cuidados de enfermagem obstétrica. Como critérios de exclusão do estudo apresentam-se idiomas diferentes dos constados nos critérios de inclusão, qualquer fase do ciclo vital da mulher, sem ser o puerpério, vivência da imagem corporal pelo homem. A par disso, considera-se pertinente analisar todo o tipo de estudos, sem limite temporal.

Procedeu-se à pesquisa na base de dados Medline via PubMed, CINAHL, MedicLatina, Psychology and Behavioral Sciences Collection via EBSCO e Scientific Electronic Library Online (SciELO), com as palavras-chave “postpartum period”, “body image”, “body dissatisfaction” e “nurse-midwives”, associando o operador booleano AND. Paralelamente, procurou-se por identificar literatura não publicada nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e Google Scholar.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos cinco estudos selecionados para análise, 1 remete para uma ScR (Portugal), 1 estudo qualitativo (EUA) e 3 estudos quantitativos (Reino Unido, Canadá e EUA), publicados entre os anos 1985 e 2020. Pretende-se, com seleção temporal dos estudos incluídos, contrastar os resultados com a evidência em artigos anteriores e/ou excluídos os critérios descritos. Apesar da existência prévia de uma *scoping review* realizada em Portugal, manteve-se a intenção de desenvolver uma nova revisão devido à necessidade de atualização e ampliação do corpo de evidências disponível. A revisão anterior contemplava estudos publicados entre 2014 e 2018, enquanto a presente revisão incluiu artigos de 1985 a 2020, possibilitando comparar achados mais recentes com evidências históricas e observar a evolução temporal das intervenções relacionadas à gestão do corpo no puerpério. Além disso, na ScR existente, a população em estudo foi diferente e não encontrou estudos com robustez sobre as intervenções de enfermagem, sendo pertinente a realização de uma nova revisão que tente responder a essa lacuna.

Tabela 2: Tabela de extração dos resultados dos artigos elegíveis para análise.

Nº	Autores, ano; país de origem	Nome do artigo; Base de dados	Objetivos e Questão de Pesquisa	Participantes	Métodos	Resultados	Principais descobertas relacionadas com o objetivo da revisão
1	Fialho, P., Antunes, V., Madeira, C., & Amendoeira, J. (2020). Portugal	<i>Promoção da Capacidade da Mulher para Gerir o Corpo no Puerpério: Uma Scoping Review</i> RCAAP	O principal objetivo desta ScR é identificar as intervenções de enfermagem promotoras da gestão do corpo pela mulher no puerpério. Esta ScR apresenta como questão de pesquisa a seguinte: “Quais as intervenções de enfermagem que capacitam a mulher para a gestão do corpo no puerpério?”	O número de participantes variou entre os 20 e as 140 mulheres.	ScR segundo as diretrizes do JBI®. Recurso às bases de dados EBSCOhost (CINAHL Complete, Medline Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Review, Medic Latina), Pubmed, Proquest (Nursing & Allied Health Database) e Scientific Electronic Library Online (SciELO),	Incluídos 3 estudos para análise publicado entre 2014 e 2018 (1 qualitativo e 2 quantitativos). Os resultados apresentados relativamente às intervenções de enfermagem a implementar no puerpério são: <ul style="list-style-type: none"> • Intervenções relacionadas à imagem corporal e autoaceitação (Fornecer estratégias de prevenção e coping para lidar com as alterações da imagem corporal; Orientar a mulher a focar-se na função do seu corpo, reforçando que as mudanças fazem parte da transição para a maternidade; Abordar a imagem corporal no período pré-natal, promovendo expectativas realistas quanto às mudanças físicas). • Intervenções relacionadas à amamentação e controle 	Tendo em conta a preocupação crescente por esta temática, torna-se pertinente incluir estas intervenções nos planos de cuidados, no sentido em que, os EO ao estarem despertos para estes receios/medos nesta fase, consigam atuar de forma antecipada e prevenir o impacto negativo ao nível físico e psicossocial. A par desta premissa, esta revisão enfatiza a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica eficaz com base na confiança e no respeito mútuo, com vista a implementar eficazmente as intervenções, sobretudo a educação para saúde, de modo a melhorar a

						<p>de peso (Incentivar a amamentação como estratégia natural para favorecer a perda de peso e melhorar a satisfação corporal; Educação para a saúde sobre alimentação saudável e gestão do peso desde o período pré-concepcional e pós-parto imediato; Explicar que insatisfação corporal pode impactar negativamente a amamentação, ajudando a mulher a lidar com suas preocupações).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenções de empoderamento e participação ativa da mulher (Estabelecer uma relação terapêutica com escuta ativa e incentivo à participação da puérpera na tomada de decisão sobre o autocuidado; Envolver o companheiro/família/pessoa significativa no apoiar à gestão do corpo e oferecer suporte emocional e prático; Fornecer informações claras e acessíveis, utilizando linguagem 	imagem corporal da mulher no pós-parto.
--	--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

						simples e materiais educativos; Identificar precocemente sinais de ansiedade ou stress no pós-parto e orientar para a procura de apoio especializado quando necessário).	
2	Montgomery, K. S., Best, M., Aniello, T. B., Phillips, J. D., & Hatmaker-Flanigan, E. (2013). EUA	<i>Postpartum Weight Loss; weight struggles, eating, exercise and breastfeeding</i> <i>Google Scholar</i>	O objetivo deste estudo prende-se com a compreensão das experiências e dificuldades das mulheres em perder o peso ganho durante a gravidez. Por não apresentar uma questão de pesquisa explícita, sugere-se a seguinte: "Quais são os desafios enfrentados pelas mulheres no pós-parto em relação à perda de peso e de que forma é que os fatores como a alimentação, o exercício físico e a amamentação influenciam essa experiência?"	<u>População:</u> 24 mulheres com experiência de puerpério nos últimos 5 anos, com idades entre os 25 e os 35 anos.	Estudo qualitativo, com recurso a entrevistas semiestruturadas (de acordo com a perspectiva de Husserl) a mulheres recrutadas pelas redes sociais, pessoais e anúncios em locais públicas.	Atendendo aos relatos das mulheres sobre a sua experiência de puerpério, delinear intervenções direcionadas para a imagem corporal na prestação de cuidados. Para tal, pretende-se que o enfermeiro: <ul style="list-style-type: none"> • Implemente intervenções individualizadas e criativas na gestão do peso no pós-parto (tríade amamentação, atividade física e nutrição); • Promova a partilha de sentimentos e emoções relativamente a esta fase, bem como as dificuldades sentidas na perda de peso; • Aconselhe desde o período pré-concepcional, de modo a ajustar as necessidades das mulheres ao longo do ciclo vital. 	Partindo da análise do estudo, é possível afirmar que existe uma necessidade de orientação constante e antecipada sobre a realidade do pós-parto, nomeadamente acerca da questão do peso corporal. Apesar de não estar subtendido, o facto de manifestarem estas dificuldades e sentimentos negativos demonstram o quanto estão insatisfeitas com a sua imagem corporal. Desta forma, é fundamental que o enfermeiro procure por encontrar estratégias facilitadoras e realistas, utilizando os princípios comunicacionais

							necessários para aumentar a autoestima e autoconfiança da mulher.
3	Walker, L., Timmerman, G. M., Kim, M., & Sterling, B. (2002). Reino Unido	<i>Relationships Between Body Image and Depressive Symptoms During Postpartum in Ethnically Diverse, Low Income Women</i> <i>Google Scholar</i>	Este artigo apresenta quatro objetivos diferentes, sendo os quais os seguintes: <ul style="list-style-type: none"> • Descrever as áreas de maior insatisfação corporal sentidas pelas mulheres com baixo rendimento, desde o pós-parto imediato até às 6 semanas após o parto; • Compreender a relação entre as atitudes relativas à imagem corporal e os sintomas depressivos durante as primeiras 6 semanas de pós-parto; • Analisar o efeito da etnia nos sintomas depressivos e na percepção da mulher perante a sua 	<u>População:</u> Mulheres com idade mínima de 18 anos e sem fatores de risco associado, paridade inferior a 3, partos de termo e capacidade para falar inglês. Devem estar integradas no estudo de <i>Austin New Mothers Study</i> , pertencente a um hospital comunitário. Estas mulheres têm de completar o estudo sobre o status de peso nos três momentos: no pós-parto imediato, às 6 semanas e aos 12 meses após o parto.	Estudo quantitativo longitudinal, utilizando instrumentos padronizados para medir variáveis como imagem corporal e sintomas depressivos nos diferentes momentos (pós-parto imediato, 6 semanas e até aos 12 meses).	Os resultados obtidos relativamente às intervenções de enfermagem a implementar nestas mulheres são: <ul style="list-style-type: none"> • Promover o bem-estar emocional e físico (abordagem da imagem corporal e fornecer cuidados culturalmente apropriados) através de intervenções eficazes e fundamentais • Evitar suposições e discutir proactivamente com as mulheres expectativas em relação ao peso e à imagem corporal; • Fornecer orientação antecipatória acerca dos estilos de vida saudáveis a adotar e informações para desencorajar as tentativas de perda rápida de peso por via de dietas da moda e suplementos; • Desenvolver intervenções sólidas e fundamentadas 	Com a análise deste artigo, é oportuno constatar a necessidade de intervir nestas mulheres, por apresentarem maior níveis de sintomas depressivos e de insatisfação corporal devido à falta de apoio familiar e comunitário, a par da questão da etnia. Desta forma, é crucial que o EO eduque, oriente, forneça apoio e suporte emocional e implemente estratégias eficazes e individualizadas, com vista a melhorar a imagem corporal destas mulheres nesta fase do ciclo vital.

			<p>imagem corporal no puerpério;</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar os fatores pessoais determinantes e a interligação dos mesmos com a insatisfação da imagem corporal e os sintomas depressivos neste período. <p>Como não apresenta questão de pesquisa, coloca-se as seguintes: “Quais as percepções das mulheres com baixo rendimento relativamente a sua imagem corporal? Quais os sintomas depressivos associados à imagem? Existe alguma correlação entre etnia e a percepção da própria imagem? E quais os fatores determinantes para a insatisfação corporal?”</p>			<p>que promovam bem-estar emocional;</p> <ul style="list-style-type: none"> Integrar estratégias facilitadoras na redução da insatisfação da imagem corporal no pós-parto. 	
Strang, V. R., & Sullivan, P.	<i>Body Image Attitudes During Pregnancy and</i>	A finalidade deste estudo recai sobre examinar as atitudes das mulheres no	<u>População:</u> 63 mulheres no pós-parto, com	Estudo quantitativo experimental, com recurso a escalas	A partir da análise detalhada do artigo, as intervenções de enfermagem a integrar no	Com este artigo, é fundamental perceber que a principal	

4	L. (1985). Canadá	<i>the Postpartum Period.</i> <i>Google Scholar</i>	puerpério no que respeita à sua imagem corporal e de que forma é que estas atitudes diferem com a fase anterior à gravidez e durante. O presente estudo apresenta como questões de pesquisa: <ul style="list-style-type: none"> • Qual é a atitude da mulher em relação à sua imagem corporal durante a 2ª e a 6ª semana? E há alguma mudança de atitude durante esse período? • Há diferença de atitude entre primíparas e múltíparas? E entre o período pré-concepcional, gravidez e pós-parto? 	recém-nascidos saudáveis e partos de termo num hospital urbano no oeste do Canadá, entre janeiro de fevereiro de 1982. Apresenta critérios restritos na seleção das mulheres como submetidas a parto vaginal, não instrumentado, com resultado de um único bebé, sem patologias associadas, em que a díade teve alta ao mesmo tempo. Para além disso, as participantes devem ter um inglês fluente, residir junto à cidade escolhida para estudo, na qual a mãe e o pai do bebé devem ser casados e	de classificação da imagem corporal.	plano de cuidados são: <ul style="list-style-type: none"> • Compreender as percepções das mulheres no pós-parto sobre si mesmas e a forma como elas encaram os seus corpos em transformação no seu quotidiano; • Esclarecer e normalizar a ambivalência de sentimentos e emoções relativamente à imagem corporal durante o puerpério; • Fornecer informações sobre as mudanças corporais, de modo a ter uma visão mais clara e conseqüentemente, uma melhor compreensão da vivência da imagem corporal neste período. 	preocupação descrita pelas mulheres no pós-parto é o retorno ao estado não gravídico, revelando um sentimento mais negativo quando não vai de encontro às expectativas e/ou falta de preparação e confronto com a realidade. Deste modo, o EO deve atuar no sentido de perceber a visão destas mulheres e mitigar estes sentimentos e emoções, ao divulgar informação individualizada e pertinente para melhorar a experiência no período do pós-parto.
---	----------------------	------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				viverem juntos.			
5	Walker, L. O., & Freeland-Graves, J. (1998). EUA	<i>Lifestyle Factors Related to Postpartum Weight Gain and Body Image in Bottle- and Breastfeeding Women</i> <i>Google Scholar</i>	Pretende-se, com este estudo, explorar a relação entre as diversas variáveis como estilo de vida, ganho de peso do pós-parto e atitudes relativamente à imagem corporal nas mulheres que amamentam e as mulheres que não amamentam e fornecem leite de fórmula. Tendo em conta o apresentado, as questões de pesquisa são: <ul style="list-style-type: none"> • Como é que as mulheres que amamentam e as que fornecem ao bebé leite de fórmula diferem em relação ao ganho de peso no pós-parto, estilo de vida e as atitudes em relação à imagem corporal? • Dentro dos métodos de alimentação, o ganho de peso, as 	<u>Amostra:</u> 207 mulheres, cujo nomes constavam nos anúncios de nascimento em jornais; tivessem um único nascimento; residentes em Austin, Texas; e um endereço de correspondência publicado.	Estudo transversal através do uso de questionários com questões sociodemográficas e relacionadas com as variáveis em estudo.	Através da compreensão da relação entre os estilos de vida, ganho de peso e atitudes nas mulheres que a amamentam e as que não amamentam, é de extrema importância que a intervenção de enfermagem esteja direcionada para: <ul style="list-style-type: none"> • Gestão e controlo de peso através do aconselhamento e planeamento de um programa individualizado; • Prevenção o retorno ao tabagismo; • Desenvolvimento de programas alternativos para expandir a prática de enfermagem, em articulação com outros profissionais de saúde. 	Apesar das diferenças notórias entre as mães que amamentam e mães que optam por não amamentar, ambas demonstram insatisfação corporal devido à adoção de estilos de vida menos saudáveis e menores capacidades para se autorregular tanto ao nível da gestão emocional relativa às mudanças corporais inerentes à experiência do pós-parto como ao nível da perda de peso. Deste modo, é essencial que o EO intervenha de forma holística e adapte as suas ações consoante as necessidades e vivências das mulheres no pós-parto, independentemente da opção de método de alimentação ao recém-nascido.

			<p>atitudes em relação à imagem corporal estão interligadas com a questão do estilo de vida (exercício aeróbico, hábitos de ingestão de gordura, tabagismo, etc.)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • As mulheres com maior ou menor ganho de peso no pós-parto apresentam diferenças nos estilos de vida? 				
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

O puerpério representa uma fase de intensas transformações físicas e emocionais para a mulher, marcado pela adaptação ao período pós-parto e pelas mudanças decorrentes da gravidez (Mesquita et al., 2011). As mulheres ao se confrontarem com estas alterações, especialmente associadas à imagem corporal - como ganho ou perda de peso, modificação na percepção do próprio corpo e discrepância entre as expectativas e a realidade, podem experimentar baixos níveis de autoestima, instabilidade emocional (Novaes, 2024). Dada a sua relevância, é fundamental que o EO adote estratégias que auxiliem as mulheres na aceitação e gestão dessas mudanças, minimizando possíveis impactos negativos na qualidade de vida e no bem-estar pessoal e familiar.

A análise aprofundada dos cinco artigos incluídos nesta revisão, em consonância com as competências do Enfermeiro Obstetra (OE) no processo de transição para a maternidade (OE, 2019), permitiu identificar seis categorias essenciais para os cuidados de enfermagem dirigidos à promoção da imagem corporal positiva nas mulheres no puerpério. Estas categorias podem correlacionar-se entre si, com o intuito de dar sustentação aos cuidados de enfermagem e capacitar as mulheres a promover a sua imagem corporal neste processo de transição (Meleis, 2010, Pereira et al., 2011).

Deste modo, dos cinco artigos selecionados, destacaram-se as seguintes categorias:

1. Compreender as percepções das mulheres no pós-parto sobre si mesmas (Montgomery et al., 2013; Strang & Sullivan, 1985);
2. Fornecer informações claras e realistas sobre as mudanças corporais (Montgomery et al., 2013; Strang & Sullivan, 1985; Walker et al., 2002);
3. Implementar intervenções direcionadas para a gestão do peso corporal e estilos de vida saudável (Fialho et al., 2020; Montgomery et al., 2013; Strang & Sullivan, 1985, Walker & Freeland-Graves, 1998, Walker et al., 2002);
4. Promover o bem-estar emocional e físico da mulher nesta fase do ciclo vital (Montgomery et al., 2013; Strang & Sullivan, 1985, Walker et al., 2002);
5. Promover o processo de tomada de decisão livre e esclarecida e a participação ativa das mulheres (Fialho et al., 2020);
6. Desenvolver programas alternativos e iniciar a abordagem da imagem corporal desde o pré-concepcional, de modo a ajustar as necessidades das mulheres nas diferentes fases da vida (Montgomery et al., 2013; Walker & Freeland-Graves, 1998).

No pós-parto, as mulheres vivenciam alterações fisiológicas e psicológicas que influenciam diretamente a percepção da sua imagem corporal (Strang & Sullivan, 1985; Walker & Freeland-Graves, 1998). Diversos estudos apontam que o ganho de peso, queda de cabelo, alterações cutâneas, modificações nos órgãos sexuais e diminuição do desejo sexual estão entre os fatores que impactam negativamente a autoestima e o bem-estar emocional das puérperas (Fialho et al., 2020; Walker et al., 2002; Hodgkinson, Smith & Wittkowski, 2014; Koyuncu & Duman, 2022). Embora não fosse foco da pesquisa, um dos estudos incluídos demonstra as diferenças das percepções corporais entre etnias, na medida em que as mulheres anglo-hispânicas são mais preocupadas com a questão do peso e da autoimagem do que as mulheres afroamericanas devido aos padrões culturais (Walker et al., 2002). De forma semelhante, mulheres obesas tendem a apresentar maior insatisfação corporal, confirmando a influência do Índice de Massa Corporal sobre a autoimagem (Brown et al., 2014).

Diante desse cenário, torna-se fundamental que o Enfermeiro Obstetra (EO)

adote uma abordagem holística, capaz de **compreender as percepções das mulheres sobre si mesmas**. Para tal, é essencial que o **EO forneça informações claras e realistas sobre as mudanças corporais**, favorecendo a aceitação das transformações e uma transição mais positiva para a maternidade (Strang & Sullivan, 1985; Walker et al., 2002; Montgomery et al., 2013). Esta ideia é corroborada por outros estudos, que destacam a influência dos mídia na intensificação dos padrões irreais de beleza, essencialmente em mulheres no contexto ocidental. A pressão social, amplificada pelos meios de comunicação, pode levar a comportamentos inadequados na tentativa de recuperar rapidamente o corpo pré-gravídico, e a frustração diante da não concretização desse objetivo intensifica o impacto psicológico do pós-parto (Fialho et al., 2020; Hodgkinson et al., 2014; Koyuncu & Duman, 2022; Montgomery et al., 2013). Para minimizar o impacto, é fundamental criar um ambiente propício à partilha de ideias e de expressões das puérperas, de modo a compreender as percepções sobre si mesmas e, conseqüentemente, educá-las em relação aos aspetos corporais de maior preocupação. Estratégias educativas, como panfletos e flyers, bem como o envolvimento do parceiro e da família, mostram-se eficazes para uniformizar cuidados, oferecer suporte emocional e facilitar a adaptação às mudanças físicas e emocionais (Fialho et al., 2020). Outro ponto central é a tríade nutrição, peso e atividade física, associada ao papel da amamentação na perda ponderal pós-parto (Montgomery et al., 2013).

Apesar de algumas evidências indicarem que o aleitamento materno favorece a redução do peso, outros estudos apontam impacto neutro ou negativo na autoimagem, especialmente relacionado ao aspeto das mamas durante o esvaziamento do leite (Brown et al., 2014; Fialho et al., 2020; Gillen et al., 2021). Intervenções eficazes devem integrar recomendações nutricionais, incentivo à atividade física adaptada e estratégias de promoção da autoestima e autodeterminação, uma vez que mulheres com melhor imagem corporal apresentam menores índices de ansiedade, stress e depressão (Fialho et al., 2020; Koyuncu & Duman, 2022).

Assim, o EO deve estabelecer uma relação terapêutica, promovendo educação em saúde, esclarecimento de dúvidas e incentivo a comportamentos saudáveis, enquanto desencoraja dietas restritivas ou uso de suplementos sem orientação (Fialho et al., 2020; Walker et al., 2002; Walker & Freeland-Graves, 1998; Montgomery et al., 2013; Strang & Sullivan, 1985), com recurso aos princípios de uma comunicação eficaz para educar, apoiar, esclarecer dúvidas, através da implementação de **intervenções direcionadas à gestão do peso corporal e promoção de estilos de vida saudável**. Para garantir um acompanhamento eficaz, essas intervenções não devem incluir apenas recomendações nutricionais e incentivo à atividade física, mas também estratégias para promover a autoestima, confiança e autodeterminação da mulher, atendendo à correlação direta entre a imagem corporal e o risco de depressão pós-parto. Os achados encontrados nos estudos concluem que mulheres com uma melhor imagem corporal apresentam menores níveis de ansiedade, stress, depressão, entre outros (Fialho et al., 2020; Koyuncu & Duman, 2022, Walker et al., 2002). Importa referir que, mulheres afro-americanas estão mais propensas a sintomatologia depressiva, apesar de se sentirem menos insatisfeitas com a sua autoimagem que puérperas, conseqüente da falta de suporte familiar e social e de recursos financeiros (Walker et al., 2002; Ganapathy, 2019). Assim, partindo destes pressupostos, é notório a necessidade do EO de integrar uma abordagem individualizada e sensível às especificidades de cada mulher, sobretudo a funcionalidade do corpo em vez da aparência e a minimização da sintomatologia depressiva, facultando estratégias de coping necessárias para **promover o bem-estar emocional e físico da mulher nesta fase do ciclo vital**

(Walker et al., 2002, Strang & Sullivan, 1985, Montgomery et al., 2013).

Além disso, é essencial **estimular a tomada de decisão livre e esclarecida**. O acesso a informação baseada em evidências e o desenvolvimento de competências para interpretar essas mudanças conferem à mulher maior capacidade para realizar escolhas adequadas às suas necessidades, favorecendo o empoderamento e uma vivência positiva da maternidade (Fialho et al., 2020).

Por fim, destaca-se a relevância de **iniciar a abordagem da imagem corporal no período pré-concepcional**, com programas educativos que integrem saúde física, emocional e hábitos de vida saudáveis. Intervenções precoces desde a adolescência podem reduzir ansiedade e stress, além de promover maior aceitação das alterações do ciclo gravídico-puerperal (Walker & Freeland-Graves, 1998; Montgomery et al., 2013). Para isso, o EO deve atuar de forma integrada e multidisciplinar, em parceria com psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, garantindo um cuidado holístico e contínuo, que fortaleça a saúde física e mental da mulher ao longo do ciclo vital.

CONCLUSÃO

O pós-parto representa um período crítico do ciclo vital, no qual as mulheres enfrentam desafios multifacetados que envolvem tanto as mudanças físicas decorrentes da gravidez e do parto, como também transformações emocionais e sociais significativas. O impacto dessas mudanças pode manifestar-se em diferentes aspectos da vida da mulher, sobretudo na autoimagem, na saúde mental, na dinâmica conjugal e na adaptação à maternidade.

A partir da análise dos achados desta revisão, evidencia-se a relevância do EO no acompanhamento da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal, atuando como agente transformador na promoção da saúde materna. Para além disso, o EO assume uma função educativa e de suporte, capacitando as mulheres a desenvolverem uma relação mais positiva com as mudanças corporais inerentes à maternidade, enquanto estimula a adoção de estilos de vida saudáveis e sustentáveis.

Ao oferecer informações baseadas na evidência, criar espaços de escuta ativa e partilha e incentivar a tomada de decisão livre e esclarecida, o EO contribui diretamente para a construção de uma maternidade mais consciente e humanizada. A sua intervenção não se limita ao período gestacional ou ao pós-parto, mas estende-se ao longo do ciclo vital da mulher, reconhecendo a necessidade de abordar a imagem corporal desde o período pré-concepcional e adaptando-se às diferentes fases da vida feminina.

A atuação do EO transcende a esfera individual e alcança a dimensão familiar e comunitária, promovendo o envolvimento do parceiro e da rede de apoio como elementos-chave para a adaptação materna. A implementação de programas alternativos, a valorização da amamentação, a abordagem integrada da tríade nutrição, peso e atividade física, e a educação para a saúde são reflexos do compromisso do EO em proporcionar um acompanhamento integral, baseado na empatia, no respeito e na ciência. Para que esse impacto seja ainda mais significativo, é imperativo investir na formação contínua e no trabalho multidisciplinar, permitindo que o EO disponha das ferramentas necessárias para enfrentar os desafios contemporâneos da maternidade. Ao unir conhecimento técnico, sensibilidade e inovação, o EO consolida-se como um pilar fundamental na promoção da saúde da mulher, contribuindo para uma experiência materna mais positiva, empoderadora e livre de pressões irrealistas. Assim, o EO não apenas cuida, mas também transforma, educa e inspira, assegurando que cada mulher vivencie a maternidade com dignidade, confiança e bem-estar. Por isso, considera-se crucial o investimento contínuo nesta área, de modo a capacitar as mulheres e suas

famílias a enfrentarem as dificuldades do pós-parto como desafios superáveis, promovendo uma melhor percepção da imagem corporal e, conseqüentemente, uma maior qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akpotor, M. & Johnson, E. (2018). Client Empowerment: A concept analysis. *International Journal of Caring Sciences*, 11 (2), 743-750.
- Bergmeier, H., Hill, B., Haycraft, E., Blewitt, C. (2020). Maternal body dissatisfaction in pregnancy, postpartum and early parenting: An overlooked factor implicated in maternal and childhood obesity risk. *Appetite*, p. 1-8.
- Brown, A, Rane, J. & Warren, L. (2014). Body image concerns during pregnancy are associated with a shorter breast duration. *Midwifery*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.06.003>.
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Fialho, P., Antunes, V., Madeira, C., & Amendoeira, J. (2020). Promoção da capacidade da mulher para gerir o corpo no puerpério: uma scoping review. *Revista da UI_IPSantarém*, 8(1), 223-237.
- Ferreira, A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia – Fisiologia do Puerpério*. Lisboa: Lidel, 438-442.
- Ganapathy, T. (2019). Excessive gestational weight retention and weight gain in postpartum: Perception of women. *Indian Journal of Health Sciences and Biomedical Research kieu*, 12(1), 28-34.
- Gillen, M. M., Markey, C. H., Rosenbaum, D. L., & Dunaev, J. L. (2021). Breastfeeding, body image, and weight control behavior among postpartum women. *Body Image*, 38, 201-209.
- Hodgkinson, E., Smith, D. & Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 330. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-330>.
- Koyuncu, S. B., & Duman, M. (2022). Body dissatisfaction of women during postpartum period and coping strategies. *Women & Health*, 62(1), 68-78. DOI: 10.1080/03630242.2021.2017207
- Lima, V., Hollanda, G., Oliveira I., Santos, L.; Carvalho C., (2019), Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle. *Rev Fun Care Online*. 2019 jul/set; 11(4):968-975 Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.
- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., da Rocha Morgado, F. F., & Ferreira, M. E. C. (2020). Autoaceitação em gestantes e mulheres no pós-parto: uma pesquisa qualitativa. *Motricidade*, 16, 72-84.
- Mesquita, A. C., Paulino, C. D. S., & Nogueira, S. A. (2011). Uma nova vida após o parto: cuidados à mulher no puerpério. *Percursos*.
- Montgomery, K., Best, M., Aniello, T., Phillips, J. D., & Hatmaker-Flanigan, E. (2013).

- Postpartum weight loss: weight struggles, eating, exercise, and breast-feeding. *Journal of Holistic Nursing*, 31(2), 129-138.
- Novaes, E., Aquino, E. M., Gabrielli, et al. (2024). Percepção de imagem corporal, características socioeconômicas e estilo de vida em mulheres participantes do ELSA-Brasil na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 40, e00107823.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Acedido a 25/01/2025: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamentodas-compet%C3%AAncias-espec%C3%ADficas-doesmo.pdf
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: Modelo de capacitação para uma filosofia de cuidados. *Nursing*, 267. Disponível em http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.UvviRvI_tfc.
- Strang, V. R., & Sullivan, P. L. (1985). Body image attitudes during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 14(4), 332-337.
- Secchi, K., Camargo, B. V., & Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 25(2), 229–236. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722009000200011>
- Walker, L., Timmerman, G. M., Kim, M., & Sterling, B. (2002). Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse, low income women. *Women & Health*, 36(3), 101-121. DOI: 10.1300/J013v36n03_07
- Walker, L. O., & Freeland-Graves, J. (1998). Lifestyle factors related to postpartum weight gain and body image in bottle-and breastfeeding women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27(2), 151-160.

APÊNDICE X– CARTÃO “ESPELHO MEU, ESPELHO MEU, COMO ACOLHER O
CORPO QUE A MATERNIDADE ME DEU?”

“Espelho, Espelho Meu, Como acolher o corpo que a maternidade me deu?”



Hidrate-se e Alimente-se bem



- Beba bastante água (+ 1,5l/dia).
- Priorize alimentos ricos em proteínas, ferro, cálcio.



Fortaleça o seu corpo

- Comece com caminhadas leves e exercícios de alongamento e, com o tempo, recomece a atividades físicas mais intensas.



Cuide da Postura e do Assolho Pélvico

- Evite ficar muito tempo em posições desconfortáveis.
- Pondere fisioterapia pélvica.



Cuide da pele e dos seus cabelos



- Use cremes hidratantes.
- Use produtos suaves para o cabelo.



Valorize o Vestir-se bem



- Escolha peças que favoreçam sua nova fase, como roupas de amamentação práticas, estilosas e confortáveis.



Reforce a Autoestima e Reserve tempo para cuidar de si!

- banho relaxante, skincare, leitura, entre outras atividades prazerosas.



“Espelho, Espelho Meu, Como acolher o corpo que a maternidade me deu?”

Para mais dicas...

PODCAST




...da Estudante EESMO Joana
Coelho





APÊNDICE XI– SCOPING REVIEW “O PAPEL DO ACOMPANHANTE NA SALA DE
PARTOS E O SEU CONTRIBUTO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE EXERCÍCIOS
RESPIRATÓRIOS: UMA SCOPING REVIEW


O papel do acompanhante na sala de partos e o seu contributo para a implementação de exercícios respiratórios: Uma *scoping review*


The role of the birth companion in the delivery room and their contribution to the implementation of breathing exercises: A Scoping Review


Nome Sobrenome¹
 [orcid.org/0000-0000-0000-0000](#)


Nome Sobrenome²
 [orcid.org/0000-0000-0000-0000](#)

Nome Sobrenome³
 [orcid.org/0000-0000-0000-0000](#)

Nome Sobrenome⁴
 [orcid.org/0000-0000-0000-0000](#)

Nome Sobrenome⁵
 [orcid.org/0000-0000-0000-0000](#)

Nome Sobrenome^{**}
 [orcid.org/0000-0000-0000-0000](#)

Nome Sobrenome⁷
 [orcid.org/0000-0000-0000-0000](#)

¹Afiliação (departamento/serviço, instituição, cidade, país).

²Afiliação (departamento/serviço, instituição, cidade, país).

³Afiliação (departamento/serviço, instituição, cidade, país).

⁴Afiliação (departamento/serviço, instituição, cidade, país).

⁵Afiliação (departamento/serviço, instituição, cidade, país).

⁶Afiliação (departamento/serviço, instituição, cidade, país).

⁷Afiliação (departamento/serviço, instituição, cidade, país).

Resumo

Introdução

A presença contínua de um acompanhante na sala de partos é amplamente reconhecida como um elemento preponderante para a promoção de uma experiência de parto positiva. Para além do suporte emocional e físico, o acompanhante pode desempenhar um papel ativo na aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor, como os exercícios respiratórios. O apoio incondicional prestado durante este momento, tão marcante para a vida de uma mulher, contribui decisivamente, para o seu conforto e bem-estar, favorecendo um ambiente mais seguro, acolhedor e propício a uma vivência positiva do parto.

Objetivo

Mapear a evidência científica sobre o papel do acompanhante na sala de partos, com foco no seu contributo na aplicação de exercícios respiratórios durante o trabalho de parto.

Métodos

Esta *Scoping Review* segue a metodologia de *Journals-Brigg-Institute*. Incluíram-se estudos em português, inglês e espanhol, que envolvem mulheres em trabalho de parto e/ou acompanhantes com a abordagem do uso de exercícios respiratórios com o apoio do acompanhante. O processo de seleção de estudos e extração de dados foi realizado através de dois revisores independentes.

Resultados

Destacaram-se 3 estudos, publicados entre os anos 2022 e 2024, com 5 intervenções fundamentais desempenhadas pelos acompanhantes às parturientes. Destacam a importância da presença de um acompanhante treinado para apoiar e implementar exercícios respiratórios durante o trabalho de parto, elemento crucial na promoção do bem-estar materno e na eficácia do controlo da dor.

Conclusão

Estes achados reforçam a importância de preparar os acompanhantes para uma participação ativa no parto e incentivam a inclusão de orientações específicas sobre o apoio à respiração na educação para a saúde pré-natal e nos protocolos institucionais. Verifica-se escassez de estudos em português e em Portugal sobre a temática, pelo que se recomenda maior investimento nesta temática.

Palavras-chave

Exercícios Respiratórios; Familiares Acompanhantes; Salas de Partos; Trabalho de Parto.

APÊNDICE XII- FLYER “RESPIRAR JUNTOS”

RESPIRAR JUNTOS



GUIA PRÁTICO PARA ACOMPANHANTES NO PARTO

FASE LATENTE - RESPIRAÇÃO TOTAL

Nesta fase, a parturiente pode usar respiração lenta e profunda para relaxar entre contrações. O acompanhante pode encorajar:

1. **Inspiração profunda pelo nariz** (4 segundos).
2. **Expiração lenta pela boca** (6 segundos), como se estivesse a soprar uma vela suavemente.
3. Toque suave ou sinal visual para lembrar de manter o ritmo, ou seja, **"Como se estivesse a cheirar uma flor e a soprar uma vela"**.



Inspira... expira...
inspira... expira...
estás a ir muito bem



FASE ATIVA - RESPIRAÇÃO TORÁCICA LENTA

À medida que as contrações aumentam, manter um ritmo respiratório constante pode ajudar a gerir a dor. Para tal, o acompanhante deve:

1. Usar frases curtas para manter o foco: **"Inspira... expira... inspira... expira... estás a ir muito bem"**.
2. **Inspirar e expirar ao mesmo tempo que a parturiente**, colocando a mão da grávida no seu peito para ajudar a ritmar a respiração.

PERÍODO EXPULSIVO - RESPIRAÇÃO COM PRESSÃO ABDOMINAL

Nesta fase, a mulher sente o reflexo de "empurrar" e precisa de apoio firme e sereno. Como o/a acompanhante pode ajudar:

1. Incentivar **inspirações profundas no início da contração**, **"como se fosse mergulhar..."**.
2. Guiar ou acompanhar a **expiração lenta e com força**.
3. **Evitar frases confusas** — manter mensagens simples e positivas.
4. Entre as contrações, lembrar de **relaxar e respirar normalmente**.




1 Como se fosse mergulhar

2 Como se fosse esvaziar um balão

3 Como soprar devagar para apagar uma vela sem a apagar de 1 vez

APÊNDICE XIII – FORMAÇÃO NO SERVIÇO MATERNO-FETAL




CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA UMA AUTOIMAGEM POSITIVA NA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: UMA SCOPING REVIEW

Autores
JOANA COELHO
230000130@ESSAUDE.IPSANTAREM.PT
PROF.ª SARA PALMA

DEZEMBRO DE 2024

Objetivo



Mapear a evidência científica sobre a importância da atuação do EESMO na promoção de uma autoimagem positiva nas mulheres grávidas em condições de alto risco.

JOANA COELHO
DEZEMBRO DE 2024

Índice



- INTRODUÇÃO
- OBJETIVO
- METODOLOGIA
- RESULTADOS E DISCUSSÃO
- CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

JOANA COELHO
DEZEMBRO DE 2024

Introdução

A gravidez é um período de adaptação a uma nova realidade, que acarreta inúmeras transformações físicas, emocionais, psicossociais marcantes, culminando no nascimento de uma ou mais crianças. (DGS, 2015)

Contudo, na perspetiva das grávidas de alto risco, os desafios são acrescidos e vão além das condições médicas, uma vez que os reajustes corporais se tornam impactantes para a mulher grávida sobretudo a questão da aparência física e imagem corporal. (FERREY ET AL., 2021)



Assim, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) é essencial para garantir o bem-estar físico e emocional através da implementação de estratégias individualizadas e adequadas à mulher, para reforçar uma autoimagem positiva e facilitar as exigências impostas pela gravidez.



JOANA COELHO
DEZEMBRO DE 2024

Metodologia



QUESTÃO DE PESQUISA

“Quais os cuidados de enfermagem necessários para promover uma autoimagem positiva nas mulheres com gravidez patológica ou de alto risco?”

QUESTÃO PCC

POPULAÇÃO - Equipa de EESMO

CONCEITOS - Autoimagem, Gravidez de Alto Risco; Adaptação; Relações Interpessoais

CONTEXTO - Cuidados de Enfermagem prestados à mulher com gravidez de alto risco e com problemas na autoimagem

JOANA COELHO
DEZEMBRO DE 2024



Metodologia

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Todo o tipo de desenhos de estudos;
- Idiomas em português, inglês e espanhol, que incluam intervenções de enfermagem obstétrica;
- Grávidas patológicas com problemas na sua autoimagem.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Estudos que envolvem mulheres com gravidez de baixo risco, não gestantes e mulheres no pós-parto;
- Estudos com idiomas diferentes dos referidos.

JOANA COELHO
DEZEMBRO DE 2024

Metodologia, segundo JBI



Resultados e Discussão



Dos dois estudos incluídos para análise, 1 remete para estudos mistos (Brasil) e 1 revisão sistemática da literatura (China), publicados entre os anos 2015 e 2024.

Figura 1- Prisma Flow Diagram Adaptado (Page et al, 2021).

JOANA COELHO
DEZEMBRO DE 2024

Resultados e Discussão

Partindo de uma análise aprofundada dos artigos incluídos e tendo em consideração as competências do EEESMO na adaptação à gravidez com desvios de padrão, emergiram 4 intervenções de enfermagem fundamentais a serem integradas no plano de cuidados, facilitando o vínculo terapêutico bem como o processo de adaptação e aceitação à nova imagem corporal:

- Incentivar a verbalização de sentimentos e de dúvidas - estratégias de coping e habilidades para resolução de problemas (relatos, espelhos, etc.)

JOANA COELHO
DEZEMBRO DE 2024





Resultados e Discussão

- Implementar atividades promotoras de uma autoimagem positiva - técnicas de mindfulness, cognitivo-comportamental e de relaxamento com o acompanhamento por parte da equipa multidisciplinar;
- Envolver a família e promover o apoio social (reintegração, vínculo terapêutico, troca de experiências, redes comunitárias);
- Apoiar a nível espiritual - integração de lideranças espirituosas (orações, meditação).

JOANA COELHO
DEZEMBRO DE 2024

Considerações finais



A intervenção do EEESMO é vital não só na promoção de uma autoimagem positiva, mas também na melhoria da vivência gravidez condições de alto risco.

Contudo, importa referir que é notório a ausência de estudos em Portugal relacionado com a temática, uma vez que a grande maioria dos artigos estão focados na autoimagem nas gestantes de baixo risco e no pós-parto ou em situações de risco de morte perinatal e/ou neonatal.

JOANA COELHO
DEZEMBRO DE 2024

Referências Bibliográficas

- Carvalho, B. (2020). A influência da idade materna avançada na gravidez. Universidade de Coimbra. Tese de Mestrado. Acessado a <https://estudogeral.ucp.pt/bitstream/10316/97743/1/TESE%20FINAL.pdf> Faria, N., Ramos, S. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Extremos da Idade e Gravidez. Lisboa: Lidel, 94-98.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2021). Norma n.º 015/2021: Vigilância da gravidez de baixo e alto risco. Lisboa: DGS.
- Ferrey, A.E., Astbury, N.M., Kenworthy, Y. et al. (2021). Exploring women's thoughts on self-weighting during pregnancy: results of the Self-Weighting in Pregnancy: Experiences (SWIPE) study. BMC Pregnancy Childbirth 21, 154 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03636-5>.
- Ferraz, B. A., Masotti, C. G., Benetti, F. A., Estevão, A., & Castiglione, M. (2021). Autoimagem e percepção corporal durante o período gestacional: existe influência do exercício físico? Revisão integrativa. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, 32(1). A intervenção do EEESMO é vital não só na promoção de uma autoimagem positiva, mas também na melhoria da qualidade de vida das grávidas com condições de alto risco. Contudo, importa referir:
- Ausência de estudos em Portugal relacionado com a temática, uma vez que a grande maioria dos artigos estão focados na autoimagem nas gestantes de baixo risco e no pós-parto: [Maior investimento nesta área.](#)
- Henriques, C., Mendes, M., & Ramalho, S. (2023). Gravidez de Alto Risco: Perceção das Gestantes sobre as Necessidades de Saúde e Práticas de Cuidados da Equipa de Enfermagem. In Livro de Resumos do 12º Congresso Iberoamericano em Investigação Qualitativa (p. 62). Luídamedia.
- Peplau, H.E. (1992). Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice. Nursing Science Quarterly, 5, 13-18.
- Roy, C. O. (2001). Modelo de Adaptação de Roy na investigação da enfermagem. Roy C., Andrews, HA. Teoria da enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget, 499-514.
- Santos, A. (2018). Autocuidado de mulheres grávidas com doença falciforme: construção de um protocolo de enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem
- van Biezen, E., de Knijf, A., Kiers, H., Coppieeters, M. W., & Pool-Goudzwaard, A. I. (2024). Exploring health and illness perceptions to identify the perceived cause of pregnancy-related pelvic girdle pain. A mixed-methods study among primiparous women in the Netherlands. Midwifery, 129, 103892.

JOANA COELHO
DEZEMBRO DE 2024



Calendário

"Cada dia, uma força"

6 Tem azia, tem cansaço, tem dor, mas o que tem mais é mesmo amor!

7 Ser mãe começa com o amor que dá a si mesma.

8 O seu corpo é um lar incrível para uma nova vida. Celebre cada mudança.

9 Cada momento da gravidez é uma oportunidade para se conectar com o seu bebé e com a sua própria força.

10 O seu brilho é tão forte quanto a vida que cresce dentro de si.

11 Não se esqueça da sua coragem e mesmo quando tem medo. Cada dia é uma vitória para si e seu bebé!

12 É uma mulher incrível e vai ser uma mãe maravilhosa.

13 Cada desafio que enfrenta, demonstra a sua resiliência e amor!

14 O seu corpo é forte e capaz de superar desafios. É muito resiliente!

15 Apesar do risco que está a viver, tem o apoio e a força para enfrentar qualquer obstáculo!

16 Está a dar o seu melhor! Não tenha dúvidas!

17 O amor que tem pelo seu bebé é o seu guia.

18 A luz que irradia enquanto gera uma vida é o maior sinal de beleza. Celebre cada momento, por menor que pareça.

19 É uma mulher muito forte. A sua capacidade de amar e de cuidar não tem limites!

20 Merece cuidar de si mesma! Merece descanso e paz.

21 A sua força emocional é ilimitada. Confie!

22 Está exatamente onde precisa de estar para cuidar da sua saúde e da do seu bebé.

23 É uma guerreira. Tenha fé no processo e confiança nos profissionais que a acompanham.

24 Seja cuidadosa e atenta com o seu corpo para garantir que o seu bebé cresça nas melhores condições!

25 É uma mulher resiliente e, mesmo em risco, tem capacidade de lidar com o que vier com serenidade.

26 Entrentar desafios não tira a sua beleza, só a torna mais autêntica. Ame-se no aqui e no agora.

27 Cada detalhe seu é único e especial. Cuide de sua mente, corpo e alma – isso também é parte do amor pelo seu bebé.

28 Cuidar da sua imagem é mais do que vaidade. É um gesto de amor próprio que reflete na sua força interior.

29 Cada marca do seu corpo conta a história da força e do amor que dedica ao seu bebé.

30 Mesmo nas tempestades, você é um reflexo de esperança e vida. Cuide de si!

JOANA COELHO DEZEMBRO DE 2024

Serviço de Medicina Materno-Fetal
Maternidade Alfredo da Costa
dezembro 2024

Elaborado por Joana Coelho (Estudante da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, IPE - EBSB)

Obrigada!

CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA
UMA AUTOIMAGEM POSITIVA NA
GRAVIDEZ DE ALTO RISCO:
UMA SCOPING REVIEW

“A vida não exige que sejamos os melhores, mas sim
que tentemos sempre o nosso melhor.”
(Brown, H. Jackson)

Autores
JOANA COELHO
230000130@ESSAUDE.IPSANTAREM.PT
PROF.ª SARA PALMA

DEZEMBRO DE 2024

APÊNDICE XIV – FORMAÇÃO NO SERVIÇO PUERPÉRIO



INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTORA DA IMAGEM CORPORAL NO PUERPERIO: UMA SCOPING REVIEW

Autores

JOANA COELHO

230000130@ESSAUDE.IPSANTAREM.PT

PROF.ª SARA PALMA

FEVEREIRO DE 2025

Introdução

O puerpério é um período do pós-parto, que se estende desde o nascimento da criança até retorno dos órgãos reprodutores da mãe ao estado não gravídico, ou seja, ao estado anterior à gravidez.

(Direção-Geral Saúde (DGS), 2015; Ferreira, 2016).

Uma das maiores preocupações experienciadas pelas mulheres está relacionada com a imagem corporal, devido ao peso preponderante da imagem na sociedade atual e à percepção da mulher relativamente a si própria. (Brown et al, 2014)



Assim, os enfermeiros obstetras (EO) desempenham um papel crucial, não apenas no cuidado físico da puérpera, mas também na abordagem das questões relacionadas à sua autoimagem. É fundamental que esses profissionais reconheçam a vulnerabilidade emocional das mulheres no puerpério e desenvolvam intervenções específicas que promovam a aceitação das mudanças corporais, reforcem a autoestima e favoreçam uma recuperação saudável.



JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025

Índice

- INTRODUÇÃO
- OBJETIVO
- METODOLOGIA
- RESULTADOS E DISCUSSÃO
- CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025

Objetivo



Mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras da imagem corporal nas mulheres no pós-parto.

JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025

Metodologia



QUESTÃO DE PESQUISA

“Quais os cuidados de enfermagem requeridos no sentido de promover uma imagem corporal positiva nas mulheres no puerpério?”

QUESTÃO PCC

POPULAÇÃO - Equipa de EO

CONCEITOS - Imagem-Corporal; Puerpério; Insatisfação Corporal; Cuidados de Enfermagem; Empowerment, Transição para Maternidade.

CONTEXTO - Contextos com cuidados de enfermagem direcionados à puérpera com problemas na sua imagem corporal

JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025



Metodologia

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Todo o tipo de desenhos de estudos;
- Idiomas em português, inglês e espanhol, que incluam intervenções de enfermagem obstétrica;
- Mulheres na fase do puerpério e com vivências negativas relativamente à sua imagem corporal.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Estudos que envolvem mulheres em outra fase do ciclo vital, sem ser o puerpério;
- Estudos com idiomas diferentes dos referidos.

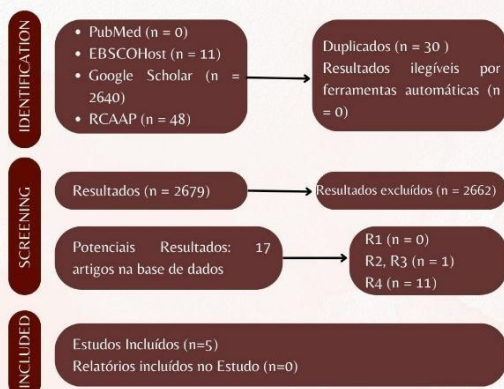
JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025

Metodologia, segundo JBI

DESCRITORES MESH	TERMOS DE LINGUAGEM NATURAL
<ul style="list-style-type: none"> • “Postpartum Period”; • “Body Dissatisfaction”; • “Body Image”; • “Self-Concept”; • “Coping Skills”; • “Nursing Care”; • “Attitude of Health Personnel”; • “Nurs*”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Postpartum Women”; • “Postpartum care”; • “Puerperium”; • “postpartum”; • “Self-Image”; • “Self-Perception”; • “Self-Esteem”; • “Coping Strategies”; • “Support Strategies”; • “Self-Image”.
<p>EXPRESSÃO DE PESQUISA (postpartum or postpartum period or puerperium and postpartum women or postpartum care) AND (nursing care OR attitude of health personnel OR nurs*) AND (coping strategies OR coping skills OR support strategies) AND (body image OR self-image OR self-concept OR self-esteem OR self-perception OR body dissatisfaction).</p>	

JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025

Metodologia



Dos cinco estudos selecionados para análise, 1 remete para Revisão Sistemática da Literatura (Portugal), 1 estudo qualitativo (EUA) e 3 estudos quantitativos (Reino Unido, Canadá e EUA), publicados entre os anos 1985 e 2020.

Figura 1- Prisma Flow Diagram Adaptado (Page et al, 2021).

JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025

Resultados e Discussão

Com a análise aprofundada dos artigos incluídos e tendo em consideração as competências do EO no processo de transição para a maternidade (OE, 2019), emergiram 6 categorias essenciais a serem contempladas nos cuidados de enfermagem. Estas categorias podem correlacionar-se entre si, com o intuito de dar sustento aos cuidados de enfermagem e capacitar as mulheres a promover a sua imagem corporal neste processo de transição (Meleis, 2010, Pereira et al, 2011).

- Compreender as perceções das mulheres no pós-parto sobre si mesmas e incentivar a verbalização de sentimentos e de dúvidas;

JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025

Resultados e Discussão

- Fornecer informações claras e realistas sobre as mudanças corporais (pressão social, influência dos media, estilos de vida) - uso de flyers e panfletos e envolvimento da família;
- Implementar intervenções direcionadas para a gestão do peso corporal e estilos de vida saudável - tríade nutrição, peso e atividade física; amamentação; intervenções promotoras da autoestima, confiança e autodeterminação da mulher.
- Promover o bem-estar emocional e físico da mulher nesta fase do ciclo vital;

JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025

Resultados e Discussão

- Promover o processo de tomada de decisão livre e esclarecida e a participação ativa das mulheres;
- Desenvolver programas alternativos e iniciar a abordagem da imagem corporal desde o pré-concepcional, de modo a ajustar as necessidades das mulheres nas diferentes fases da vida.



JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025

Considerações finais



A intervenção do EO é vital não só na promoção de uma autoimagem positiva, mas também na melhoria da vivência da transição para a maternidade.

Não obstante, importa referir a necessidade do investimento contínuo nesta área para capacitar as mulheres e família a confrontarem-se com as dificuldades vivenciadas nesta fase, a par da criação de programas educativos direcionados para esta área de intervenção desde o período pré-concepcional.

JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025

Desafios

JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025

Referências Bibliográficas

- Akpotor, M. & Johnson, E. (2018). Client Empowerment: A concept analysis. *International Journal of Caring Sciences*, 11 (2), 743-750.
- Brown, A. Kane, J. & Warren, L. (2014). Body image concerns during pregnancy are associated with a shorter breast duration. *Midwifery*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.06.003>.
- DCS. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. <https://www.dps.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pd11.aspx>
- Fialho, P., Antunes, V., Madeira, C., & Amendoeira, J. (2020). Promoção da capacidade da mulher para gerir o corpo no puerpério: uma scoping review. *Revista da U.I.P.Santarém*, 8(1), 223-237.
- Ferreira, A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Fisiologia do Puerpério*. Lisboa: Lidel, 438-442.
- Ganapathy, T. (2019). Excessive gestational weight retention and weight gain in postpartum: Perception of women. *Indian Journal of Health Sciences and Biomedical Research* klu, 12(1), 28-34.
- Gillen, M. M., Marley, C. H., Rosenbaum, D. L., & Danae, J. L. (2021). Breastfeeding, body image, and weight control behavior among postpartum women. *Body Image*, 38, 201-209.
- Hodgkinson, E., Smith, D. & Witkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 330. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2330-14-330>.
- Koyuncu, S. B., & Duman, M. (2022). Body dissatisfaction of women during postpartum period and coping strategies. *Women & Health*, 62(3), 68-78. DOI: 10.1080/03630242.2021.2012707
- Lima, V., Holland, G., Oliveira L., Santos, L., Carvalho C., (2019). Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle. *Rev Fun Care Online*. 2019 jul/set; 11(4):968-975. Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.
- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., da Rocha Morgado, F. F., & Ferreira, M. E. C. (2020). Anotação em gestantes e mulheres no pós-parto: uma pesquisa qualitativa. *Matricidade*, 16, 72-84.
- Mesquita, A. C., Paulino, C. D. S., & Nogueira, S. A. (2011). Uma nova vida após o parto: cuidados à mulher no puerpério. *Percurso*.
- Mungomery, K., Best, M., Avelina, T., Phillips, J. D., & Hamaker-Fantigan, E. (2013). Postpartum weight loss: weight strategies, eating, exercise, and breast-feeding. *Journal of Holistic Nursing*, 31(2), 129-138.
- Novaes, E., Aquino, E. M., Gabrielli, et al. (2024). Percepção de imagem corporal, características socioeconômicas e estilo de vida em mulheres participantes do ELSA-Brasil na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 40, e00107823.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Acesso a 25/01/2025: https://www.ordenenfermeiros.pt/media/1707/regulamento-%C3%A8A-391-2019_regulamentadas-compar%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-do-esmo.pdf
- Pereria, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: Modelo de capacitação para uma filosofia de cuidados. *Nursing*, 267. Disponível em http://www.fonumenfermagem.org/dossier-tecnico/revista/nursing/Item/3503-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados-LivR01_16.
- Strang, V. R., & Sullivan, P. L. (1985). Body image attitudes during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 14(4), 332-337.
- Székely, K., Camargo, B. V., & Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 25(2), 229-236. <https://doi.org/10.1590/0010-37722009000200011>
- Walker, L., Timmerman, G. M., Kim, M., & Sterling, B. (2002). Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse, low income women. *Women & Health*, 35(3), 101-121. DOI: 10.1300/J013v35n03_07
- Walker, L. O., & Freeland-Grau, J. (1998). Lifestyle factors related to postpartum weight gain and body image in bottle-and breastfed women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27(2), 151-160.



JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025

Calendário

"Cada dia, uma força"

- 1 Está linda, forte e capaz de acolher o seu bebé.
- 2 Cada momento da gravidez é uma oportunidade para se conectar com o seu bebé e com a sua própria força.
- 3 É uma mulher incrível e vai ser uma mãe maravilhosa.
- 4 Apesar das alterações do seu corpo, pense que está cada vez mais bonita.
- 5 A barriga está grande, mas o seu coração está muito maior.
- 6 Tem azia, tem cansaço, tem dor, mas o que tem mais é mesmo amor!
- 7 Ser mãe começa com o amor que dá a si mesma.
- 8 O seu corpo é um lar incrível para uma nova vida. Celebre cada mudança.
- 9 O seu brilho é tão forte quanto a vida que cresce dentro de si.
- 10 Não se esqueça do quão corajosa é, mesmo quando tem medo. Cada dia é uma vitória para si e seu bebé!
- 11 Sorria! Está a ser cuidada.
- 12 O seu bem-estar é o primeiro presente que dá ao seu filho.
- 13 Cada desafio que enfrenta, demonstra a sua resiliência e amor!
- 14 O seu corpo é forte e capaz de superar desafios. É muito resiliente!
- 15 Apesar do risco que está a viver, tem o apoio e a força para enfrentar qualquer obstáculo!
- 16 Está a dar o seu melhor! Não tenha dúvidas!
- 17 O amor que tem pelo seu bebé é o seu guia.
- 18 A luz que irradia enquanto gera uma vida é o maior sinal de beleza. Celebre cada momento, por menor que pareça.
- 19 É uma mulher muito forte. A sua capacidade de amor e de cuidar não tem limites!
- 20 Merece cuidar de si mesma! Merece descanso e paz.
- 21 A sua força emocional é ilimitada. Confie!
- 22 Está exatamente onde precisa de estar para cuidar da sua saúde e da do seu bebé.
- 23 É uma guerreira. Tenha fé no processo e confiança nos profissionais que a acompanham.
- 24 Seja cuidadosa e atenta com o seu corpo para garantir que o seu bebé cresça nas melhores condições!
- 25 É uma mulher resiliente e, mesmo em risco, tem capacidade de lidar com o que vier com serenidade.
- 26 Enfrentar desafios não tira a sua beleza, só a torna mais autêntica. Ame-se no aqui e no agora.
- 27 Cada detalhe seu é único e especial. Cuide de sua mente, corpo e alma - isso também é parte do amor pelo seu bebé.
- 28 Cuidar da sua imagem é mais do que vaidade. É um gesto de amor próprio que reflete no seu bebé.
- 29 Cada marca do seu corpo conta a história da força e do amor que dedica ao seu bebé.
- 30 Mesmo nas tempestades, você é um reflexo de esperança e vida. Cuide de si!

Serviço de Internamento Puerpério
Maternidade Alfredo da Costa
10 de Abril de 2025

Elaborado por Joana Coelho (Estudante da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, IPS - ESMO)

**“Espelho, Espelho Meu,
Como acolher o corpo que a
maternidade me deu?”**

Hidrate-se e Alimente-se bem

- Beba bastante água (+ 1,5l/dia).
- Priorize alimentos ricos em proteínas, ferro, cálcio.

Cuide da pele e dos seus cabelos

- Use cremes hidratantes.
- Use produtos suaves para o cabelo.

Fortaleça o seu corpo

- Comece com caminhadas leves e exercícios de alongamento e, com o tempo, recomece a atividades físicas mais intensas.

Valorize o Vestir-se bem

- Escolha peças que favoreçam sua nova fase, como roupas de amamentação práticas, estilosas e confortáveis.

Cuide da Postura e do Pavimento Pélvico

- Evite ficar muito tempo em posições desconfortáveis.
- Pondere fisioterapia pélvica.

Reforce a Autoestima e Reserve tempo para cuidar de si!

- banho relaxante, skincare, leitura, entre outras atividades prazerosas.

JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025

**“Espelho, Espelho Meu,
Como acolher o corpo que a
maternidade me deu?”**

Para mais dicas...

PODCAST

...da Estudante EESMO Joana Coelho

Serviço de Internamento Puerpério
Maternidade Alfredo da Costa
fevereiro 2025

JOANA COELHO
FEVEREIRO DE 2025

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
PROMOTORA DA IMAGEM CORPORAL
NO PUERPÉRIO · UMA SCOPING REVIEW

Obrigada!

Autores
JOANA COELHO
230000130@ESSAUDE.IPSANTAREM.PT
PROFª SARA PALMA

FEVEREIRO DE 2025

APÊNDICE XV – E-BOOK “*ENQUANTO TE ESPERO: ORIENTAÇÕES PARA UMA
MATERNIDADE SAUDÁVEL*”

ENQUANTO TE ESPERO

ORIENTAÇÕES PARA UMA
MATERNIDADE SAUDÁVEL
MANUAL PRÁTICO



2025



ANEXOS

ANEXO I – 1º PRÉMIO NA COMUNICAÇÃO LIVRE E CERTIFICADO DE
PARTCIPAÇÃO NO SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL



Programa Erasmus+, o Projeto EdSeX
referência 2021-1-ES01-KA220-HED-
050023306

INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

CERTIFICATE

Joana Filipa Gonzaga Caseiro Inácio Coelho

Participated in the International Seminar Sexual Education: Promoting European Health which took place on the 18th and 19th of June 2024, at the Escola Superior de Saúde Santarém, Portugal, lasting 12h.

EdSeX Project Coordinator

Maria Sagrario Cantarino, PhD

President of the Scientific Committee

Hélia Dias, PhD



Programa Erasmus+, o Projeto EdSeX
referência 2021-1-ES01-KA220-HED-
050023306

INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

CERTIFICATE

Joana Filipa Gonzaga Caseiro Inácio Coelho

Participated in the International Seminar Sexual Education: Promoting European Health, with an **ORAL COMMUNICATION** entitled: **The Nursing Intervention for Mastectomized Women that Promotes Self-Image: A Scope Review**, having won **first prize** of oral communications. The seminar took place on the 18th and 19th of June 2024, at the Escola Superior de Saúde Santarém, Portugal, lasting 12 hours.

EdSeX Project Coordinator

Maria Sagrario Cantarino, PhD

President of the Scientific Committee

Hélia Dias, PhD



ANEXO II – PARECER E AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO POR PARTE DA COMISSÃO
DE ÉTICA DO HOSPITAL ONDE SE REALIZOU O ESTUDO

PARECER E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Título: Estudo intitulado "Intervenções de enfermagem em mulheres mastectomizadas, promotoras da imagem-corporal".

Investigador Principal: Enf^a Joana Filipa Gonzaga Caseiro Inácio Coelho

A **Comissão de Ética** para a Saúde do o trabalho em
epígrafe obteve parecer positivo por unanimidade maioria em reunião do dia 08/04/2025.

Estiveram presentes:


- Nome: Dr. Miguel Rodrigues (Presidente)
- Nome: Dra Natália Dias
- Nome: Dra Ana Soares
- Nome: Dra Aurora Tomaz
- Nome: Dra Benedita Nunes
- Nome: Dra Cátia Gradil
- Nome: Dra Eunice Teixeira
- Nome: Dra Isabel Pereirinha
- Nome: Dr. José Luis Metello
- Nome: Dr. Manuel Quintãos
- Nome: Enf^a Teresa Chambel

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.



Dr. Miguel Rodrigues
Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 17/4/2025.



Dr. Pedro Correia Azevedo
Presidente do Conselho de Administração

Almada, 17/4/2025

ANEXO III – SÍNTESE E REGISTO DAS ATIVIDADES

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	N ^o
Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family Counseling and health promotion</i>	36
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations (100)</i>	100
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor:</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries (40)</i>	47
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	—
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	—
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	17
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	10
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorraphy</i>	24
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy (40)</i>	54
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	76
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	35
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period (100)</i>	102
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy new-born (100)</i>	101
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	—
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/ <i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	34
Prática simulada/ <i>Simulated practice:</i>	
• Prática de manobras de Leopold/ <i>Leopold's maneuver practice</i>	X
• Prática de partos eutócicos/ <i>Practice of eutocic births</i>	X
• Prática de partos pélvicos/ <i>Practice of breech births</i>	X
• Prática de distocias de ombros/ <i>Shoulder dystocia practice</i>	X
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Practice on episiorrhaphy, perineorraphy</i>	X

 Santarém, 11 de julho de 2025

 Estudante/*Student* Joana Filipa Gonzaga Caseiro Indole Coelho

 Professor/*Teacher* Sara Elisabete Cavaco Palma

 Coordenador do curso/*The course coordinator*

 Assinado por: **Maria da Conceição Fernandes Santiago**

Num. de identificação: 08560601

ANEXO IV – PARTICIPAÇÃO NA MESA REDONDA “PARA ALÉM DO PARTO” E
PARTICIPAÇÃO COM O PÓSTER NO 4º ENCONTRO DE EESMO DA ULS ALMADA-
SEIXAL



DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que JOANA FILIPA GONZAGA CASEIRO INÁCIO COELHO, natural de Alcanena, nascida a 09-07-1998, de nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, portadora do NIF n.º 227636546, participou como palestrante na 3ª Mesa do Redonda – Para Além do Parto, do 4º Encontro do EESMO da ULSAS, que decorreu a 09 de maio de 2025, com o tema:

- Promoção da Autoimagem na Puérpera

Almada, 30 de junho de 2025

O Responsável pela Entidade

Enf.ª Élia Santos

4.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em
Saúde Materna e Obstétrica da ULS Almada-Seixal

"PLANEAR O FUTURO"

CERTIFICADO DE PÓSTER

Certifica-se que **Joana Coelho** e **Sara Palma** apresentaram o trabalho na forma de póster, intitulado **"Contributos da enfermagem para uma autoimagem positiva na grávidas de alto risco: uma scoping review"** no 4.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) da ULS Almada-Seixal, intitulado "Planear o Futuro", realizado a 9 de maio de 2025, na Egas Moniz School of Health and Science.

Almada, 9 de maio de 2025


Rosália Marques
Enfermeira Gestora

Pela Comissão Científica do 4º EEESMO da ULS Almada-Seixal

