

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

**PROMOÇÃO DO INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO DURANTE O
CONTACTO PELE-A-PELE**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Marita Carla Correia Bento

Orientação:

Professora Sara Elisabete Cavaco Palma

Julho de 2024

AGRADECIMENTOS

Até as torres mais altas começaram do chão. Partir do chão e chegar ao final desta jornada, num caminho cheio de desafios, experiências, receios, obstáculos, incertezas, gargalhadas e muito crescimento, só foi possível graças às pessoas que o partilharam comigo.

À Professora orientadora Sara Palma, as palavras serão sempre parcas para agradecer a disponibilidade demonstrada, paciência infinita, motivação nas horas mais difíceis, orientação sábia e apoio durante a realização deste relatório e durante este processo de aprendizagem. Sem o seu contributo, o caminho teria sido - sem dúvida - mais difícil, solitário e incerto.

À Enfermeira Sónia Fonseca, por ter cruzado o meu caminho na altura certa, acendendo uma luz que me acompanhou desde então neste percurso.

À Enfermeira Andreia Mendes, pela partilha incansável de conhecimento, pela procura contante pelas melhores oportunidades de aprendizagem, pelo apoio, orientação, incentivo. Serei, sem dúvida, melhor profissional, graças aos meses que passámos juntas.

Às Enfermeiras Cooperantes, pela constante partilha de conhecimentos, apoio e confiança transmitidos ao longo dos estágios.

Às equipas multidisciplinares dos vários serviços e locais onde decorreram os estágios, pela disponibilidade e acolhimento excecional sempre demonstrados.

Às mulheres, famílias e recém-nascidos, agradeço a honra e o privilégio de deles cuidar, partilhando no processo momentos inesquecíveis, e o seu contributo para este percurso foi, sem dúvida, inestimável.

À Sara e à Catarina, eternas companheiras neste caminho, agradeço as palavras nas horas certas, as lágrimas que me secaram virtualmente, e o amparo que só quem percorre a mesma estrada consegue dar.

Aos meus filhos, por aprenderem lado a lado comigo nesta jornada, e por se lembrarem sempre que quem persegue sonhos não se ausenta, caminha apenas vários caminhos ao mesmo tempo, num paralelo que nos realiza e nos alimenta para continuarmos, juntos.

Ao Filipe. Meu rochedo, fortaleza e porto de abrigo, inspiração e alento, a outra metade de mim. Obrigada por estares presente quando eu não pude estar, por me amparares, nunca me deixando cair, por seres força quando fraquejei e luz quando a escuridão quis prevalecer. Sem ti, nada disto teria sido possível.

RESUMO

Com a elaboração do presente documento, pretende-se espelhar o percurso realizado no sentido da aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O ambiente de cuidados em que decorre o parto e o pós-parto imediato tem profundas implicações no estabelecimento do início precoce da amamentação. Amamentar o recém-nascido durante a primeira hora de vida dá-lhe melhores hipóteses de sobreviver, crescer e desenvolver todo o seu potencial. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica encontra-se numa posição privilegiada para promover a fisiologia do parto e cuidados respeitosos após o nascimento, equilibrando o protagonismo da mulher/família e facilitando o início precoce da amamentação, aumentando a sua probabilidade de sucesso e a qualidade dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O ciclo reprodutivo, gravídico e puerperal pauta-se pela constante necessidade de adaptação da mulher/casal/família aos estímulos físicos, emocionais, psicológicos e sociais que encerra, pelo que, o percurso formativo aqui demonstrado foi norteado pela Teoria de Grande Alcance de Callista Roy, no seu Modelo Adaptativo.

Metodologicamente, optou-se pela realização de uma *Scoping Review*, segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis*, com objetivo de mapear a evidência científica existente acerca das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para a promoção do início precoce da amamentação, durante o contacto pele-a-pele. Foi, ainda, realizado um estudo primário, qualitativo, exploratório e descritivo, visando identificar e descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para a promoção do início precoce da amamentação, assim como explorar a sua perceção acerca das implicações destas intervenções nos cuidados prestados.

Os resultados obtidos sugerem que o parto eutócico e a realização do contacto pele-a-pele imediato estão estreitamente relacionados com o início precoce da amamentação, seguidos de práticas de cuidados como a presença da pessoa significativa, a manutenção da privacidade e a realização de procedimentos durante o contacto pele-a-pele. As intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica passam pela promoção da fisiologia do parto e pós-parto imediato, facilitação do contacto pele-a-pele ininterrupto e independentemente da via do parto, manutenção das condições ambientais favoráveis e apoio emocional e/ou físico à mulher, até à concretização da primeira mamada espontânea do RN.

Palavras-chave: Contacto pele-a-pele; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Início precoce da amamentação; Primeira hora de vida.

ABSTRACT

The purpose of this document is to reflect the path taken towards learning, acquiring and developing the skills of a master's degree and Nurse-Midwife.

The way in which childbirth and the immediate postpartum period take place has profound implications for establishing the early initiation of breastfeeding. Breastfeeding the newborn during the first hour of life gives them the best chance of surviving, growing and developing to their full potential. The Nurse-Midwife is in a privileged position to promote the physiology of childbirth and respectful care after birth, balancing the role of the woman/family, thus facilitating the early initiation of breastfeeding, increasing its likelihood of success and the quality of care in Maternal and Obstetric Health Nursing.

The reproductive, pregnancy and puerperal cycle is characterized by the constant need for women/couples/families to adapt to the physical, emotional, psychological and social changes it entails, and so the training path shown here was guided by Callista Roy's Wide-Range Theory, in her Adaptive Model.

Methodologically, we opted to conduct a Scoping Review, according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis, with the purpose of mapping the existing scientific evidence on the interventions of Nurse-Midwife to promote the early initiation of breastfeeding during skin-to-skin contact. A primary, qualitative, exploratory and descriptive study was also carried out to identify and describe the interventions of Nurse-Midwife to promote the early initiation of breastfeeding, as well as to explore their perception of the importance of these interventions.

The results obtained suggest that the eutocic delivery and immediate skin-to-skin contact are closely related to the early breastfeeding initiation, followed by care practices such as the presence of the significant companion, maintaining privacy and carrying out the procedures during skin-to-skin contact. The Nurse-Midwife's interventions include promoting the physiology of childbirth and the immediate postpartum period, facilitating immediate, uninterrupted skin-to-skin contact, regardless of the delivery mode, maintaining favourable environmental conditions and providing emotional and/or physical support to the woman until the NB's spontaneous first feed.

Keywords: Early initiation of breastfeeding; First hour of life; Maternal and Obstetric Health Nursing; Skin-to-skin contact.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, SIGLAS E SÍMBOLOS

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

ACOG – *The American College of Obstetricians and Gynecologists*

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

BCF – Batimentos Cardio-Fetais

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

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

CPP – Contacto pele-a-pele

CTG – Cardiotocografia

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Enf.^a - Enfermeira

EpS – Educação para a Saúde

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FAME – *Federación de Asociaciones de Matronas de España*

FIGO – *International Federation of Gynecology and Obstetrics*

GND – Gravidez Não Desejada

HTA – Hipertensão Arterial

ICM – *International Confederation of Midwives*

IG – Idade Gestacional

IHAB – Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

IO – Índice Obstétrico

IPA – Início Precoce da Amamentação

ITP – Indução de Trabalho de Parto

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

JBI – *Joanna Briggs Institute*

LA – Líquido Amniótico

MF – Métodos Farmacológicos

MnF – Métodos não Farmacológicos

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

NMC – *Nursing & Midwifery Council*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIE – Projeto Individual de Estágio

PPPP – Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade

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

RCF – Restrição de Crescimento Fetal

RN – Recém-Nascido

RPM – Ruptura Prematura de Membranas

ScR – *Scoping Review*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SUO – Serviço de Urgência Obstétrica

TP – Trabalho de Parto

UCERESMO – Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	13
1.1 O INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO DURANTE O CONTACTO PELE-A-PELE: UM CUIDADO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	13
1.2 O CUIDADO ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM: MODELO ADAPTATIVO DE CALLISTA ROY	17
2 OPÇÕES METODOLÓGICAS	19
2.1 SCOPING REVIEW	19
2.2 TRABALHO DE CAMPO	21
2.2.1 Procedimentos metodológicos	21
2.2.2 Apresentação, análise e discussão dos resultados	22
2.2.2.1 Início precoce da amamentação	23
2.2.2.2 O contacto pele-a-pele como promotor do início precoce da amamentação	24
2.2.2.3 A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	26
2.2.2.4 Implicações da promoção do início precoce da amamentação	27
2.2.3 Considerações éticas	28
3 DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS: UMA ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO	29
3.1 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO	30
3.2 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE	39
3.3 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA E ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA EM GINECOLOGIA	44
3.4 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS	51
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
APÊNDICES	
APÊNDICE I – PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	

APÊNDICE II – SCOPING REVIEW-----

APÊNDICE III – RAZÕES PARA EXCLUSÃO DOS ARTIGOS -----

APÊNDICE IV – MINUTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

APÊNDICE V – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA -----

APÊNDICE VI - MATRIZ DA ANÁLISE DE CONTEÚDO -----

APÊNDICE VII – SESSÃO DE FORMAÇÃO EM EQUIPA “PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO
PUERPÉRIO” -----

APÊNDICE VIII– SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “AMAMENTAÇÃO – DO NASCIMENTO
À ALTA HOSPITALAR” -----

APÊNDICE IX – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “MOBILIDADE DURANTE O TRABALHO
DE PARTO” -----

APÊNDICE X – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO NO
PRÉ-NATAL – UM CUIDADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA” -----

APÊNDICE XI – POSTER “PROMOÇÃO DO INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO: UM CUIDADO
DO ENFERMEIRO OBSTETETRA -----

ANEXOS-----

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E COMISSÃO DE ÉTICA-----

ANEXO 2 – ATRIBUIÇÃO DO TERCEIRO PRÉMIO NO ENCONTRO EEESMO USLAS “NOVA
REALIDADE, AGIR EM EQUIPA” -----

ANEXO 3 – SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS-----

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO -----	22
TABELA 2 - PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS ASSISTIDOS -----	32
TABELA 3 - EXAMES PRÉ-NATAIS E GRÁVIDAS ASSISTIDAS -----	45
TABELA 4 - PARTURIENTES, PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS ASSISTIDOS E PARTOS ASSISTIDOS/PARTICIPADOS-----	52

INTRODUÇÃO

De acordo com o plano de estudos do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) da Escola Superior de Saúde de Santarém, a Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (UCERESMO) surge com o intuito de potenciar a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas e de mestre, no âmbito dos cuidados prestados à mulher/família, no seu ciclo sexual e reprodutivo. Este percurso decorreu entre 25 de setembro de 2023 e 5 de julho de 2024, num total de 1000 horas, nos contextos clínicos do Puerpério, Cuidados de Saúde Primários, cuidados diferenciados à grávida/casal a vivenciar gravidez patológica, Ginecologia e Bloco de Partos (BP).

Durante os módulos de estágio, foi possível a articulação entre a teoria e a prática, a consolidação de conhecimentos, atividade diagnóstica e execução de intervenções em cuidados especializados, aperfeiçoamento da destreza, desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e a pesquisa para a prática de acordo com a evidência científica mais atual. Todo o percurso formativo se alicerçou nas diretrizes espelhadas nos regulamentos que regem a prática da Enfermagem, da Enfermagem Especializada e, especificamente, da Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica; assim como nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO), desenvolvendo a competência profissional, a prática baseada na evidência e o respeito pelo cliente dos cuidados.

O presente relatório surge no sentido de espelhar o percurso desenvolvido, e para responder a dois objetivos gerais: o primeiro, será descrever as atividades desenvolvidas, considerando os objetivos propostos no Projeto Individual de Estágio (PIE) (Apêndice I), numa perspetiva reflexiva e integradora das competências comuns e específicas preconizadas. O segundo, será o desenvolvimento de competências no domínio da investigação; sendo que, para tal, foi selecionada a opção metodológica da *Scoping Review* (ScR), norteada pelas diretrizes do *Joanna Briggs Institute (JBI) Manual for Evidence Synthesis* (Aromataris & Munn, 2020), a partir da questão de revisão “*Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, realizadas durante o contacto pele-a-pele, promotoras do início precoce da amamentação?*”. Foi, ainda, desenvolvido um estudo primário, qualitativo, exploratório e descritivo, sob o tema “*Promoção do início precoce da amamentação durante o contacto pele-a-pele*”. Para a obtenção do grau de mestre, o presente Relatório de Estágio está sujeito a apresentação e discussão pública, conforme o fixado no artigo 23.º do Decreto-Lei nº. 74/2006, de 24 de março, cuja atualização está publicada no Decreto-Lei nº. 65/2018, de 16 de agosto; assim como espelha os descritores de Dublin para o segundo ciclo de estudos, descritos pelo sistema nacional de graus e diplomas do ensino superior, aprovado pelo Decreto-Lei n.º

74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008 e Decreto-Lei n.º 230/2009 (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

O parto não é um momento estanque, e terá repercussões duradouras na saúde, bem-estar e adaptação da mãe e do bebé, na forma como se relacionam após o nascimento e, naturalmente, no processo do início precoce da amamentação (IPA). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) encontra-se numa posição privilegiada para promover práticas facilitadoras do parto e pós parto fisiológicos, minimizando as intervenções médicas rotineiras e, num *continuum*, promovendo o primeiro contacto da mãe com o recém-nascido (RN) e o IPA (OE [Ordem dos Enfermeiros], 2015; Pincho, 2018) Não obstante a evidência científica e orientações internacionais, direcionadas ao cuidado humanizado e promotor da fisiologia durante e após o parto, a prática clínica revela-se (muitas vezes) orientada pelo modelo biomédico, dependente da intervenção e tecnologia, desequilibrando a capacidade e protagonismo da mulher/RN/família no processo de nascimento e na primeira hora após o parto. Pelas razões expostas, surgiu o interesse pela temática, desenvolvendo-se o projeto de investigação acima mencionado, perspetivando aprofundar o conhecimento e desenvolver cuidados de enfermagem especializados que promovessem o contacto pele-a-pele (CPP) e o IPA.

São objetivos específicos deste documento: 1) descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO, na sua atuação nas fases do ciclo sexual e gravídico-puerperal; 2) refletir criticamente sobre as práticas desenvolvidas durante este processo, numa perspetiva de respeito pela individualidade da mulher/família em todas as suas dimensões; 3) compreender a intervenção no EEESMO na promoção do início precoce da amamentação durante o contacto pele-a-pele na sala de partos, através da realização de uma ScR e do trabalho de campo.

Procurando uma organização lógica dos conteúdos presentes no relatório, este encontra-se dividido em 4 capítulos: o primeiro, alude ao enquadramento teórico e concetual, aprofundando os conceitos relativos à temática em estudo e apresentando o Modelo de Enfermagem que norteou a prática de cuidados; o segundo capítulo, descreve as opções metodológicas utilizadas, englobando a ScR e o trabalho de campo desenvolvido; o terceiro capítulo diz respeito à análise reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (ESMO), em cada contexto de estágio; e o quarto capítulo menciona as considerações finais.

O presente relatório foi elaborado de acordo com as normas da *American Psychological Association*, no que respeita às citações e referência bibliográfica; assim como obedece ao novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O conhecimento em Enfermagem emerge do equilíbrio dinâmico entre a conceção e a prática, da interligação entre a disciplina e a profissão. Considera-se o conceito como a forma mais elementar do pensamento, representando um objeto, acontecimento ou área de atenção, cuja singularidade impossibilita a perceção da totalidade de um fenómeno, só sendo esta possível através da sua conjugação e articulação (Mendes & Bastos, 2021). Por outro lado, as teorias são centrais para a operacionalização do conhecimento científico, já que articulam e explicam a realidade para além dos padrões observáveis, favorecendo as relações entre os fenómenos que, de outra forma, poderiam parecer desconectados. As grandes teorias ou teorias de longo alcance são caracterizadas pelas explicações abrangentes e com um nível elevado de abstração, diferenciando-se das demais pela própria filosofia que incorporam, influenciando o desenvolvimento de outras teorias mais específicas (Mendes & Bastos, 2021).

Este capítulo aprofunda os conceitos subjacentes à temática em estudo, de acordo com a evidência científica mais atual, e aborda o Modelo de Enfermagem norteador do percurso formativo espelhado.

1.1 O INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO DURANTE O CONTACTO PELE-A-PELE: UM CUIDADO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O ambiente de cuidados em que decorre o parto tem profundas implicações no modo como se estabelece o ritmo do IPA. Práticas que colidam com a fisiologia deste processo podem resultar num parto *stressante* ou traumático, atrasando o início e estabelecimento da amamentação (Mohrbacher, 2020). Também a priorização da realização de técnicas e procedimentos ao RN saudável e de termo, nos momentos após o parto, são reflexo da medicalização do nascimento, adiando o CPP e o IPA e contrariando a fisiologia e o instinto primordial da díade mãe-RN (Huang et al., 2022).

É durante a primeira hora após o parto que a mãe tem o pico hormonal de ocitocina, prolactina, serotonina e endorfinas. Também é este, o período em que o RN está mais responsivo às estimulações sensoriais da mãe (pelo tato, cheiro, temperatura), assim como os reflexos necessários para a amamentação estão no seu auge. A ativação e manutenção do comportamento inato do RN para se alimentar parece estar primariamente associado ao toque, especificamente, ao contacto frontal completo do corpo do bebé com o corpo materno (Karimi et al., 2019; Mohrbacher, 2020; Sharma, 2016).

O CPP pode ser definido como a colocação do RN nu, em decúbito ventral e cabeça

lateralizada, sobre o peito nu da mãe (Moore et al., 2016). O CPP imediato é aquele que ocorre logo após o nascimento, e o precoce começa entre a segunda e a vigésima quarta horas de vida. Como prática facilitadora da adaptação do RN ao ambiente extrauterino e da mulher ao estado puerperal e papel parental, com benefícios suportados pela evidência científica, recomenda-se o seu início imediato (independentemente da via do parto) em RN saudáveis, de forma contínua e ininterrupta, até à concretização da primeira mamada, tendo em conta os benefícios fisiológicos, sociais e psicológicos para mães e bebés (Brimdyr et al., 2020; FAME [Federación de Asociaciones de Matronas de España], 2023; Gupta et al., 2021; Holmes et al., 2013; Moore et al., 2016).

A separação rotineira da mãe e do RN após o parto é prática exclusiva dos cuidados obstétricos modernos, contrapondo o instinto presente em qualquer outra espécie mamífera (Bergman, 2019). Descobertas e publicações científicas mais recentes, demonstram que a separação da díade é prejudicial, podendo conduzir à diminuição da interação mãe-bebé, da autoestima materna, da autoeficácia para a amamentação e aumento do *stress* e choro do RN, potenciando o gasto energético e prejudicando, desta forma, a sua capacidade para se alimentar (Bergman, 2019; Karimi et al., 2019; Moore et al., 2016).

As vantagens do CPP para a mãe estão relacionadas com a expulsão mais precoce da placenta, redução da hemorragia pós-parto, diminuição dos níveis de *stress* materno e aumento da oxitocina endógena, que, por sua vez, pode também promover comportamentos parentais e a vinculação. As vantagens para o bebé incluem a diminuição das consequências negativas do *stress* do nascimento e menos choro. A proximidade ao corpo da mãe funciona ainda como estímulo, garantindo a regulação de aspetos da fisiologia neonatal (cardiorrespiratórios, termorreguladores, digestivos, hormonais e comportamentais), assim como permite a colonização da sua pele com bactérias benéficas da pele da mãe, proporcionando proteção contra doenças infecciosas e contribuindo para o desenvolvimento do sistema imunitário do RN (Brimdyr et al., 2020; Gupta et al., 2021; Moore et al., 2016; UNICEF [United Nations Children's Fund], 2016; UNICEF & WHO [World Health Organization], 2018a).

Importa clarificar que o CPP no pós-parto imediato implica um processo, durante o qual o RN passa por nove fases observáveis (descritas pela primeira vez por Widström em 1987) e cujo objetivo primário é encontrar a mama e iniciar a amamentação: choro de nascimento, relaxamento, despertar, atividade, gatinhar, repouso, familiarização, sucção e sono (Widström et al., 2019). Os nove estágios englobam a interação da mãe e do bebé durante este período vital e único, muito para além da passividade implícita de simplesmente colocar o RN sobre a mãe, durante um curto período. O CPP torna-se, assim, o veículo para o comportamento instintivo de sobrevivência do RN para mamar, promovendo um aumento da taxa de amamentação quando

da alta hospitalar, da taxa de amamentação exclusiva, da autoeficácia materna para a amamentação e uma pega otimizada, contornando os problemas associados à pega incitada ou forçada (Brimdyr et al., 2020; Mohrbacher, 2020).

No que concerne ao IPA, não importa o local ou a via de parto: amamentar o RN na primeira hora após o nascimento dá-lhe melhores hipóteses de sobreviver, crescer e desenvolver todo o seu potencial. O risco de morte nos primeiros 28 dias de vida é 33% superior nos RN cuja amamentação foi iniciada 2 a 23 horas depois do nascimento; e mais do dobro, para os que iniciaram a amamentação 1 ou mais dias após o nascimento, comparativamente aos que foram amamentados na primeira hora de vida (WHO, 2017a). Considerando os seus benefícios, a WHO e a UNICEF recomendam que a amamentação tenha início na primeira hora de vida e prevaleça em exclusivo até aos seis meses, a partir dos quais se deve iniciar a alimentação complementar com alimentos seguros e adequados, enquanto a amamentação se mantém até, pelo menos, aos dois anos de idade (UNICEF & WHO, 2018a, 2018b; WHO, 2017a).

Fatores como a escolaridade materna, condições precárias de acesso aos serviços de saúde, falta de formação dos profissionais, gravidezes de risco, parto por cesariana ou práticas culturais como o desperdício do colostro, parecem levar à diminuição da prática do IPA (ACOG [The American College of Obstetricians and Gynecologists], 2021; FIGO [International Federation of Gynecology and Obstetrics], 2022). Por isto, em 1991, A WHO e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do aleitamento materno: Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês (IHAB). Este programa baseia-se em Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, após a declaração de Innocenti apelar aos governos para que assegurassem a prática dos mesmos em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde materna, obstétrica e infantil. O Passo 4 refere que o cuidado após o nascimento deve incluir o encorajamento do CPP imediato e a promoção do IPA, e o passo 6 defende a evicção da oferta de outros líquidos para além do leite materno, aos RN (UNICEF & WHO, 2018b). Assim, O cuidado apropriado na primeira hora de vida é crítico para garantir que a amamentação tem, não só, um início ótimo, como uma continuidade com sucesso; e propõe-se que inclua a promoção do CPP, apoio físico e emocional da mãe, promoção do alojamento conjunto e presença de pessoa significativa, num conjunto complexo de intervenções de suporte a nível prático, emocional, motivacional e informativo, de acordo com as necessidades específicas de cada mulher/RN/família (ACOG, 2018b; FIGO, 2022; Huang et al., 2022; Karimi et al., 2019; UNICEF & WHO, 2018a; WHO, 2017a). Este cuidado assenta num modelo de assistência em parceria com a mulher/RN/família, colocando-os num lugar central durante o processo de nascimento, numa ótica de continuidade e qualidade de cuidados, apoiando as suas escolhas informadas e incentivando a sua autoeficácia (OE, 2015).

Apesar dos benefícios do aleitamento materno suportados pela evidência científica, muitos países mantêm-se longe do objetivo de iniciar precocemente e durante a primeira hora de vida, a amamentação. Apenas 48% dos RN's cujo parto foi assistido por um profissional de Saúde Materna e Obstétrica (SMO), foram amamentados durante a primeira hora de vida, tornando-se evidente o caminho a percorrer no sentido da promoção do IPA por parte destes profissionais (ACOG, 2021; Brimdyr et al., 2020; FIGO, 2022; Pérez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2016; UNICEF, 2016; UNICEF & WHO, 2018a, 2022).

Em Portugal e segundo dados de 2021/2022, 90,1% das mulheres amamentaram em algum momento, 9,5% referiam nunca ter amamentado, 5,7% amamentaram mais de 24 meses, e 31,5% nunca amamentou em exclusivo (Rito et al., 2023). O Consórcio Português de Dados Obstétricos, que congrega dados relativos a 13 instituições prestadoras de cuidados em SMO do setor público, refere que, entre junho de 2023 e junho de 2024, nasceram 26517 RN's nos 13 hospitais, dos quais apenas 16728 foram colocados em CPP imediato e 15973 foram amamentados na primeira hora de vida (Consórcio Português de Dados Obstétricos, 2024).

Enquanto profissão autónoma e sustentada pelas orientações éticas, deontológicas, regulamentares e de qualidade da enfermagem e enfermagem especializada em SMO, a prática do EEESMO pressupõe um cuidado atualizado, baseado na evidência, ético e respeitoso à mulher inserida na família e comunidade, promovendo a sua saúde, satisfação e a qualidade dos cuidados prestados. Assim, no período do pós-parto imediato, cabe ao EEESMO promover medidas de suporte ao RN que facilitem a sua adaptação ao meio extrauterino e conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (ACEESMO [Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica], 2021; OE, 2019b, 2019a).

Considerando a Orientação n.º 002/2023 de 10/05/2023, emitida pela Direção Geral da Saúde (DGS), e atualizada a 26/03/2024, o EEESMO é responsável pela assistência e prestação de cuidados à mulher e RN no parto e pós-parto de baixo risco, assegurando a manutenção do CPP imediatamente após o nascimento sempre que se verifiquem condições de segurança, assim como o incentivo à amamentação precoce, exceto se contraindicada. O RN com índice de Apgar superior a 8 ao 5º minuto e cuja mãe se encontre clinicamente estável e desperta deve (em caso de concordância materna), ser colocado em CPP durante pelo menos uma hora, de forma contínua, assim como deve ser incentivada e assistida a amamentação com início espontâneo durante esse período (DGS, 2023).

1.2 O CUIDADO ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM: MODELO ADAPTATIVO DE CALLISTA ROY

A gravidez, parto e pós-parto assumem-se como um profundo processo de adaptação física, emocional, psicológica e social, para a mulher/RN/família. Por este motivo, a teoria de grande alcance de Callista Roy – Modelo de Adaptação de Roy - surge como teoria norteadora para a prática de cuidados durante este percurso formativo.

Segundo Roy, a pessoa constitui-se por sistemas abertos e holísticos de adaptação, através dos quais, esta se ajusta eficazmente às mudanças no ambiente e afeta o próprio ambiente. O ambiente inclui os estímulos que rodeiam, afetam e são afetados pelo desenvolvimento e comportamento de pessoas ou grupos. A saúde é um estado e um processo de se tornar integrado e completo, refletindo a adaptação da pessoa ao ambiente, coexistindo com a doença na experiência de vida total da pessoa. A Enfermagem é a ciência e a prática que expande a capacidade de adaptação e melhora a transformação do ambiente e da pessoa na reciprocidade da sua interação (Phillips, 2004).

Para Roy, as pessoas são inseparáveis do ambiente que as rodeia. A adaptação é, assim, não só o processo, mas também o resultado através do qual cada ser humano – enquanto indivíduo ou grupo pensante e sensível - utiliza a sua consciência e escolha para interagir com os estímulos ambientais, não se resumindo à luta em resposta a estes estímulos para manutenção da integridade. A adaptação considera-se, portanto, o eixo orientador para a prática dos cuidados de enfermagem, promovendo a adaptação da pessoa e contribuindo para a sua saúde e bem-estar (Phillips, 2004).

O nível de adaptação está em constante mudança, resultado da interação de estímulos focais – internos ou externos que confrontam mais imediatamente o sistema humano – de estímulos contextuais – fatores do ambiente que se apresentam à pessoa, mas não fazem parte do estímulo focal – e estímulos residuais – fatores ambientais externos ou internos, mas pouco claros na presente situação – com a pessoa enquanto sistema vivo (Phillips, 2004).

Para interagir com o ambiente em mudança, a pessoa faz uso dos processos de *cooping*: inatos (através do subsistema regulador, envolvendo o sistema nervoso, químico e endócrino da pessoa) ou adquiridos através da aprendizagem (que envolvem o sistema cognator, caracterizado pela utilização de canais cognitivo-emotivos) (Phillips, 2004).

As respostas da pessoa aos estímulos podem ser de adaptação ou ineficazes, tendo em conta a promoção da integridade ou ausência dela, relativamente aos objetivos do sistema humano. As respostas são produzidas através de quatro modos de adaptação (Roy, 2009):

- O modo de adaptação físico-fisiológico, refere-se à forma como as pessoas interagem com o ambiente através dos processos fisiológicos para satisfação das necessidades básicas (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade, repouso e proteção).
- O modo de adaptação de identidade de autoconceito está relacionado com a necessidade de saber que o se é e como agir em sociedade;
- O modo adaptativo de desempenho do papel descreve os papéis primário, secundário e terciário que um indivíduo desempenha na sociedade;
- O modo adaptativo de interdependência lida com as interações da pessoa dentro do núcleo familiar em que está inserida, numa perspectiva da vontade e capacidade de cada um de dar e receber amor, respeito e valor.

O CPP e o IPA visam a adaptação eficaz do RN à vida extrauterina e da mulher ao estado puerperal e papel parental, de forma suave e respeitadora da fisiologia, sendo o corpo materno parte integrante do ambiente prévio e atual do RN e, por isso mesmo, favorecedor deste processo adaptativo. O EEESMO, enquanto estímulo contextual, tem um papel importante na promoção da resposta adaptativa eficaz materna e do bebé, na medida em que cuida da díade favorecendo os quatro modos adaptativos descritos por Roy. Assim, as intervenções do EEESMO surgem como extensão do ambiente que rodeia a mulher/família, respeitando e interagindo com todas as suas dimensões, nomeadamente do contexto da sala de partos e na promoção do CPP e do IPA.

2 OPÇÕES METODOLÓGICAS

A metodologia pode definir-se como o estudo e avaliação dos caminhos disponíveis e suas subsequentes utilizações, orientando o rumo do pensamento e da prática na abordagem da realidade, e um instrumento sem o qual a ciência não poderia existir (Vilelas, 2022). A prestação de cuidados de enfermagem especializados acarreta a exigência técnica e científica inerente à diferenciação de competências, nomeadamente, no que concerne a decodificação, disseminação e concretização de investigação pertinente, de modo a permitir a atualização de conhecimentos e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019a).

Este capítulo descreve as opções metodológicas conduzidas com vista à aquisição de competências na área da investigação em enfermagem e numa ótica da prática baseada na evidência. Foi, assim, realizada uma revisão sistemática da literatura com recurso à metodologia ScR, e ainda um estudo primário, qualitativo, exploratório e descritivo.

2.1 SCOPING REVIEW

A *Scoping Review* tem sido definida como uma metodologia de síntese que pretende identificar e mapear, de forma metódica e ordenada, a amplitude da evidência científica disponível relativamente a um tópico, campo, conceito ou problema, independentemente da fonte; e identificar lacunas na literatura ou preceder as revisões sistemáticas futuras (Pollock et al., 2023). Neste sentido, foi realizada uma ScR (disponível para consulta integral em formato de artigo para publicação, no Apêndice II), norteadas pelos princípios metodológicos do *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (Aromataris & Munn, 2020), sob o tema “Promoção do início precoce da amamentação durante o contacto pele-a-pele”, com o objetivo de mapear a evidência científica existente acerca das intervenções do EEESMO, promotoras do IPA durante o CPP após o parto. Definida a questão de revisão “Quais as intervenções do EEESMO, realizadas durante o contacto pele-a-pele, promotoras do início precoce da amamentação?”, determinaram-se os critérios de inclusão de acordo com o método PCC: População – EEESMO; Conceitos - Contacto pele-a-pele, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Início precoce da amamentação, Primeira hora de vida; Contexto - Sala de Partos. Consideraram-se todos os tipos de desenho de estudo, com publicação sem limite temporal definido, disponíveis em texto integral, em idioma português, inglês ou espanhol e relativos à espécie humana. Excluíram-se estudos fora do âmbito da temática, que integrassem outra população ou que incluíssem dados relativos a RN com idade gestacional (IG) inferior a 34 semanas, pelo maior risco de complicações ao nascimento que impossibilitassem o IPA.

A pesquisa foi realizada em janeiro de 2024 e conduzida nas plataformas *PubMed* e

EBSCOhost, nas bases de dados *MEDLINE Complete*, *CINAHL Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* e *MedicLatina*, utilizando a expressão de pesquisa “obstetric nursing AND (kangaroo mother care method OR skin to skin contact) AND (breast feeding OR early initiation of breastfeeding) AND delivery Rooms”.

O processo de seleção dos estudos encontra-se esquematizado PRISMA 2020 *flow diagram for new systematic reviews* (disponível para consulta no Apêndice II - ScR) e decorreu em três etapas: na primeira, identificaram-se o número de artigos existentes nas bases de dados selecionadas e de acordo com a expressão de pesquisa, num total de 142 (6 artigos na PUBMED e 136 artigos na EBSCOhost), rejeitando-se 9 por se encontrarem duplicados. Na etapa seguinte e após leitura do título e do *abstract* dos artigos identificados na primeira fase, foram rejeitados 116 artigos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos. Dos 17 artigos restantes e lidos integralmente, 11 artigos foram excluídos (Apêndice III), após verificação por dois revisores de modo independente e resolvidas as divergências por meio de discussão. Na terceira etapa, os seis artigos incluídos foram analisados, submetidos à extração de dados e sumariada a referida extração num formulário tabular (disponível para consulta no Apêndice II - ScR).

Os seis artigos emergentes da pesquisa descrita foram realizados entre 2009 e 2023, todos de origem internacional, escritos em inglês. A amostra variou entre 200 e 6616 participantes. Os artigos incluídos são estudos primários, 2 qualitativos e 4 quantitativos.

Numa descrição sumária dos resultados identificados, salienta-se a promoção do CPP imediato como fator preditor mais importante para o IPA, seguida de outras práticas de cuidados após o nascimento, tais como a manutenção da privacidade, o nascimento de um RN saudável, a prestação de cuidados imediatos e realização do exame físico do RN durante o CPP e a presença do convivente significativo após o parto. O parto eutócico e a assistência ao parto e pós-parto imediato por EEESMO foram, também, associados positivamente à prática do CPP e IPA, explicando-se os achados através dos conhecimentos do EEESMO relativos aos benefícios desta prática, e favorecimento da fisiologia deste período. Já o parto por cesariana é considerado como fator inibitório da prática do CPP, impactando o estabelecimento do IPA. A postura “*hands-off*” é mais utilizada pelos EEESMO e mais bem aceite pelas mulheres, sendo a prática “*hands-on*” pouco clara nas suas intervenções concretas e direcionada à rápida concretização da pega. Por fim, a falta de recursos humanos, a fragmentação e descontinuidade dos cuidados após o parto – orientada pelos protocolos institucionais, interpretação das políticas e influências sociais – e a subestimação da importância do apoio profissional foi identificada como prejudicial para a consistência das intervenções realizadas pelos EEESMO para a promoção do IPA.

2.2 TRABALHO DE CAMPO

Após o mapear a evidência científica existente acerca da temática em estudo e confrontar os resultados obtidos com o contexto prático de cuidados, manifestou-se a necessidade de explanar as intervenções do EEESMO promotoras do IPA e explorar a sua perceção relativamente às implicações desta prática nos cuidados prestados, nomeadamente, no local onde decorreu o estágio ESMO na sala de partos. Descrevem-se, seguidamente, as etapas do estudo primário desenvolvido.

2.2.1 Procedimentos metodológicos

A disciplina de Enfermagem, com ênfase no cuidado centrado na pessoa-cliente, leva a investigação em Enfermagem para uma ótica humanístico-relacional, difícil de compreender num paradigma que não seja o qualitativo, apelando ao raciocínio indutivo e procurando compreender e descrever os fenómenos tal como estes se apresentam, fazendo ressaltar o sentido e significado que os indivíduos lhe atribuem (Fortin, 2009; Sousa & Ferrito, 2022). Posto isto, optou-se pelo paradigma qualitativo, num estudo exploratório e descritivo, em que se pretende explorar e descrever um fenómeno e o seu significado, no seu ambiente natural, numa relação dinâmica entre o mundo objetivo e a subjetividade dos sujeitos (Vilelas, 2022).

Partindo da questão de investigação “Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, realizadas durante o contacto pele-a-pele, promotoras do início precoce da amamentação?” e com os objetivos de identificar e descrever as intervenções do EEESMO para a promoção do início precoce da amamentação, assim como explorar as suas implicações nos cuidados prestados, definiram-se como critérios de inclusão: participantes que fossem EEESMO, desempenhassem funções no BP, aceitassem participar no estudo e falassem língua portuguesa. A amostra foi obtida através do método de amostragem não probabilista por conveniência, mediante convite, constituindo-se por enfermeiros que cumpram os critérios de inclusão, até a saturação dos dados (Bardin, 2016).

Como instrumento de colheita de dados, optou-se pelas entrevistas semiestruturadas, realizadas durante o mês de abril de 2024, aplicadas após receção da autorização pela Comissão de Ética e Conselho de Administração da Instituição onde se realizou o estudo (Anexo 1) e consentimento informado dos participantes (Apêndice IV), gravadas em áudio. O guião da entrevista (Apêndice V) foi composto por questões elaboradas com base na pesquisa previamente efetuada, procurando aferir junto dos participantes qual a sua perceção sobre o tempo e intervenientes no IPA, a sua relação com o CPP imediato, as intervenções desenvolvidas na sua promoção e as suas implicações nos cuidados prestados. Com a finalidade de validar o

instrumento de colheita de dados, o guião da entrevista foi previamente aplicando a duas enfermeiras, que não fizeram parte da amostra, com as mesmas características das participantes, constatando-se não haver necessidade de refinamento ou ajuste do mesmo.

As entrevistas semiestruturadas decorreram num ambiente sem interrupções, numa sala dentro do BP, salvaguardando a privacidade dos participantes e não excedendo a duração prevista de 15 minutos; tendo sido transcritas e codificadas com a letra E (E1, E2, ..., E7) e a gravação eliminada após a sua transcrição.

2.2.2 Apresentação, análise e discussão dos resultados

Procedeu-se à análise dos dados recolhidos através das entrevistas, de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2016), nas suas três fases, resumindo-se integralmente em formato tabular os resultados obtidos (Apêndice VI). Na primeira fase - a pré-análise - através da leitura atenta e exaustiva das transcrições, organizou-se o material obtido de modo a responder a critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Composto o *Corpus*, na segunda fase - a exploração do material, através da seleção dos segmentos de texto analisados à luz do fenómeno proposto para estudo - possibilitou-se a definição de categorias *à posteriori* e por temática, em função dos quais o conteúdo foi classificado. Por fim, na terceira fase, os dados obtidos foram alvo de tratamento e interpretação, para que sejam significativos, fiáveis, válidos e seja possível promover a base para inferência, recomendação e suporte à decisão, no âmbito do tema em estudo (Bardin, 2016; Vilelas, 2022).

Atingiu-se a saturação dos dados após a realização de 7 entrevistas, efetuadas aos EEESMO, de acordo com os critérios de inclusão definidos. Todos os participantes eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre 33 e 59 anos – numa média de idades de 45,9 anos - e tempo de experiência profissional enquanto EEESMO entre 1 e 24 anos (média de 12,4 anos). Da análise do conteúdo realizada às falas dos participantes, emergiram quatro categorias e oito subcategorias, conforme a tabela 1:

Tabela 1 - Categorias e subcategorias da análise de conteúdo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Início precoce da amamentação	Tempo para o início precoce da amamentação Intervenientes no processo
O contacto pele-a-pele como promotor do início precoce da amamentação	Determinantes para a realização do contacto pele-a-pele e início precoce da amamentação Influência do contacto pele-a-pele no estabelecimento do início precoce da amamentação
A intervenção do EEESMO	Hands-on Hands-off

Implicações da promoção do início precoce da amamentação	Qualidade dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
	Adesão à amamentação

2.2.2.1 Início precoce da amamentação

Na categoria Início precoce da amamentação, emergiram duas subcategorias: Tempo para o início precoce da amamentação e Intervenientes no processo. Verificou-se que, quanto à subcategoria tempo para o seu início, os EEESMO dividem a sua prática entre 3 unidades de registo: o mais precocemente possível, na primeira hora de vida e de acordo com a observação dos sinais de prontidão do RN/desejo materno para iniciar o processo. Salienta-se que, embora todos os enfermeiros indicassem um *timing* específico - de acordo com o preconizado pela WHO, no seu guia orientador de proteção, promoção e suporte ao aleitamento materno (2017a) – apenas 1 EEESMO entrevistado não verbalizou ter em conta a observação dos sinais de prontidão do RN/desejo materno para iniciar o processo. A atenção a este aspeto revelou-se, todavia, nas falas dos restantes 6 EEESMO, tais como “*se houver por parte do recém-nascido (...) movimentos de busca, de procura (...) desejo/vontade materno manifestado*” (E1, E6); ou “*eu convido é que toda a gente a assistir aos passos [do comportamento instintivo do recém-nascido]. Porque realmente o bebé faz tudo, se o deixarem...*” (E4). Da mesma forma, Widström et al. (2019) e Pang et al. (2023) referem que, apesar dos benefícios comprovados e descritos na literatura sobre o CPP e o alcance espontâneo da mama por parte do RN (diminuição do tempo até à primeira mamada, maior eficácia e aumento da taxa de amamentação exclusiva às 24 horas pós-parto), existe ainda a necessidade da implementação de medidas para minimizar a interferência dos profissionais neste momento. Widström et al. (2019) sugerem a divulgação de *posters* nas salas de parto acerca dos nove estádios do comportamento instintivo do RN, preparação da roupa materna e material em redor para receber o RN imediatamente após o parto, minimização de distrações, promoção de posicionamento confortável após o parto e promoção do papel da pessoa significativa no processo. Por outro lado, Fewtrell et al. (2020), referem que, apesar da amamentação e o seu início precoce serem simultaneamente naturais e otimizados para a mãe e RN, importa que o profissional de saúde esteja atento à dinâmica de cada diáde, respeitando a sua variabilidade. Neste sentido, a atenção individual e personalizada permite aumentar a satisfação materna com a experiência, a taxa de sucesso da primeira mamada e redução do *stress* causado pela pressão para a adesão a recomendações fixas e genéricas, para além da otimização dos resultados em saúde.

Relativamente à subcategoria intervenientes no processo, derivaram quatro unidades de registo: A díade mãe/RN, a pessoa de referência presente e o EEESMO, representada através das falas “A mãe e o acompanhante, o recém-nascido e a enfermeira/profissional de saúde” (E3, E6, E7); a díade mãe/RN, patente na fala “o interveniente é a mãe e o bebé” (E4), a díade mãe/RN e profissional de saúde, conforme se espelha na fala “Recém-nascido, a mãe e o profissional de saúde” (E1) e ainda o EEESMO: “[o EEESMO] tem de ser o principal interveniente, tem de ser ele a motivar e incentivar” (E2). Embora os dados apurados na ScR e por autores como Dubey et al. (2023), considerem uma prevalência superior do IPA nas mulheres acompanhadas por uma pessoa significativa, ao analisar os dados recolhidos, verificou-se que a presença da pessoa significativa como preditor positivo para o IPA não foi evidenciada por 4 dos 7 EEESMO entrevistados. O EEESMO como interveniente no processo do IPA é tida em conta por 6 dos 7 participantes, dado que se alinha com os resultados previamente apurados na ScR e com autores como Barry & Tighe (2013) e Silva L. A. T. et al. (2020), que consideram o EEESMO como facilitador da sintonia da díade, com preferência por um modelo de cuidados mais promotor da fisiologia e com menor uso de intervenções potencialmente prejudiciais.

2.2.2.2 O contacto pele-a-pele como promotor do início precoce da amamentação

Para esta categoria, definiram-se duas subcategorias: Determinantes para a realização do contacto pele-a-pele e início precoce da amamentação e Influência do contacto pele-a-pele no estabelecimento do início precoce da amamentação.

Relativamente à subcategoria determinantes para a realização do CPP e do IPA, as falas de 3 EEESMO importam para a unidade de registo estabilidade da puérpera/recém-nascido: como exemplo, surge a fala “se o bebé estiver estável e a mãe também o permitir” (E7); já a unidade de registo via e tipo de parto verifica-se nas falas: “se for um parto distócico, ou se for um parto em que seja mais complicado a adaptação à vida extrauterina, ahh... claro que leva mais tempo, não é...” (E4); “Nas cesarianas, infelizmente, não conseguimos fazer o contacto precoce, porque os pediatras estão sempre ali muito ahhh... quase a ver se o bebé sai, porque a temperatura da sala não é a mais adequada...” (E7). Estes resultados são suportados pelos dados evidenciados na ScR realizada, apontando também o parto eutócico e o nascimento de um RN saudável como promotores realização do CPP, com vista ao IPA. Por outro lado, a evidência disponível sustenta que o parto por cesariana é um preditor negativo importante para a realização do CPP, com consequente influência no IPA (Cohen et al., 2018; Ulfa et al., 2023). Dado o aumento crescente da taxa de cesarianas em Portugal – de 26,8% para 37,8% entre 1999 e 2022 (Pordata, 2022) – e a taxa de 33,2% em 2023 na instituição em questão (SNS Transparência,

2023), este parece ser um achado importante, enfatizando a importância da atuação do EEESMO na promoção do CPP e do IPA nos partos por cesariana sob anestesia locorregional, de acordo com as suas competências específicas de proteção, promoção e suporte ao aleitamento materno e orientações internacionais (OE, 2019b; UNICEF & WHO, 2018b).

Quanto à subcategoria influência do contacto pele-a-pele no estabelecimento do início precoce da amamentação, os EEESMO entrevistados foram unânimes quanto à associação positiva entre estes, na unidade de registo contacto pele-a-pele como preditor do início precoce da amamentação. São exemplos as falas: *“terá de haver esse contacto pele-a-pele, para que depois se desencadeie a amamentação precoce (...). Ele é que vai ser o espoletador (...), o ponto de partida”* (E2); e *“É fundamental, é... para mim é imprescindível, é mandatório [o contacto pele-a-pele] o que eu verifico é que se não houver nada fora do comum, a amamentação estabelece-se naturalmente, sozinha, e... e muito rapidamente”* (E4). A unidade de registo duração/continuidade/interrupções, explicita que o CPP deve durar o máximo tempo possível, embora as exigências institucionais e procedimentos a realizar possam interferir neste processo. São exemplos as falas: *“Deixar o bebé em contacto pele a pele o máximo que conseguirmos”* (E5); *“(...) eu, normalmente, não interrompo o contacto pele a pele para pesar o bebé, ou para fazer a vitamina k, portanto: o bebé nasce, fica com a mãe”* (E7);

Não deve haver interrupções, não haver aquela separação de levar bebés para berçários para prestar cuidados se não for necessário (...). Deveria haver... mais sensibilidade nessa questão, não haver esta interrupção que eu vejo acontecer muito, para garantir realmente os benefícios da tal golden hour (...) (E6);

“Quando há pressa, não se forçam os pais (...) mas às vezes ‘olha, e se fossemos já pesar, o que é que acha?’, quando eu acho que nós não podemos fazer isso, porque nós somos os que temos a informação de que aquilo é fundamental” (E4). Os resultados descritos vão ao encontro do demonstrado pela ScR, que identifica o CPP como o principal preditor do IPA, e também aponta as exigências institucionais e a fragmentação dos cuidados após o parto como principais limitações à realização do CPP contínuo e ininterrupto até à primeira mamada espontânea do RN. Também um outro estudo desenvolvido na Austrália, debruça-se sobre o CPP enquanto processo facilitador do IPA, devendo este ocorrer continua e ininterruptamente até à concretização espontânea da primeira mamada, verificando que a maioria dos EEESMO não o pratica desta forma, por questões relacionadas ao desconhecimento sobre os benefícios da prática, subvalorização das capacidades inatas do RN para iniciar espontaneamente a amamentação, ou exigências institucionais (Cantrill et al., 2004).

2.2.2.3 A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Na categoria A intervenção do EEESMO, as duas subcategorias emergentes descreveram a prática mais comum dos EEESMO entrevistados: Hands-on e Hands-off. Contudo, após a análise dos dados, verifica-se que as subcategorias não constituem práticas mutuamente exclusivas, e todos os EEESMO consideravam ambas na sua prestação de cuidados. As três unidades de registo na subcategoria *Hands-on* são a primiparidade, como demonstra as falas - “a questão também se é um primeiro filho (...) porque interfere também em termos da prática da mãe” (E1); e “Depende de nós, eu acho que basicamente de nós, e então se for uma primípara... temos de ser mesmo nós a dar ali aquela ajudinha fundamental, e pôr ali as vezes o dedinho no sítio certo” (E2) – e também a unidade de registo Profissional como expert e o acompanhante como suporte, evidenciadas nas falas:

Será mais o profissional que vai ter de estimular e apoiar (...) ele é que vai auxiliar e é que vai dar as primeiras indicações para que essa adaptação seja a mais eficaz possível. (...) aquelas emoções todas [da puérpera] não lhe permitem ter aquele discernimento. (E2);

“A presença do acompanhante (...) pode ficar ali a segurar [posicionar] mais um bocadinho, dar ali um apoio (...) e há ali toda uma promoção da tríade” (E1). Já a subcategoria *Hands off* divide-se em cinco unidades de registo: a multiparidade, através da fala “às vezes num segundo filho, elas próprias sozinhas conseguem avançar” (E1); a Orientação para a técnica - “a minha ajuda ou a minha interferência... é feita no sentido de ensinar como ela [a puérpera] ira atuar à posteriori, dar algumas indicações que favorecem a adaptação do bebé à mama” (E3); a unidade de registo Promoção de ambiente seguro e acolhedor, demonstra-se na fala:

Eu acho que a única coisa que o enfermeiro deve fazer é de facto, ficar a assistir em termos de segurança do bebé (...) acho que quanto menos se tocar no bebé, é o ideal. (...) depois a luz, tentar o mínimo de luz possível (...) o som, e os movimentos ao lado... tudo o que não distraia o bebé, não é, portanto, quanto menos tocarmos, menos interrompemos os passos (E4).

A unidade de registo facilitação das escolhas do casal descreve-se na fala “inicialmente acho que não [devemos intervir], acho que deve ser uma escolha do casal, e lá está, é a posição com que eles se sentirem mais confortáveis inicialmente” (E5); e, por fim, a Presença encorajadora e apoio emocional está patente na fala:

(...) depois fazer toda a promoção da amamentação, e ajudar, dar o apoio, elogiar, tranquilizar a mãe, ajudar na boa pega (...) o enfermeiro é muito o apoio, o aconselhamento, estar presente, o ajudar. (...) normalmente fico algum tempo junto da mãe e do bebé, para perceber se houve realmente uma boa adaptação à mama, e tento, logo ali, corrigir alguma coisa ou tentar ajudar..., mas, normalmente tento... facilitar, ser um elemento facilitador (E7).

As práticas *hands-on* e *hands-off* foram também achados importantes na literatura consultada; não sendo, no entanto, efetivamente conclusivas quais as intervenções específicas da prática *hands-on*. Um estudo qualitativo, realizado no Brasil, identifica a importância do ambiente acolhedor e seguro, a presença e apoio dos profissionais e o papel ativo da pessoa significativa presente como práticas facilitadoras do IPA (Silva M. M. et al., 2020). Por outro lado, parece prevalecer a necessidade de uma prática *hands-on* com vista à adaptação rápida do RN à mama, incitada pela exigência de gestão recursos e práticas institucionais, como a escassez de vagas ou da indispensabilidade da ocorrência da primeira mamada para transferência da puérpera para o serviço de internamento (Edwards et al., 2018).

2.2.2.4 Implicações da promoção do início precoce da amamentação

Da última categoria emergente definiram-se duas subcategorias: Qualidade dos cuidados em enfermagem de saúde materna e obstétrica e Adesão à amamentação. A subcategoria qualidade dos cuidados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, evidenciou-se através das duas unidades de registo: Concretização de indicadores de qualidade e Promoção de experiência de parto positiva, em falas como “*Se nós queremos prestar bons cuidados, temos de ter umas diretrizes e eu acho que essa é fundamental, eu acho que são indicadores de boa qualidade dos cuidados que se prestam, sim*” (E2); “*é muito mais tranquilizador, e depois, todas as intervenções que tens de fazer à mãe se calhar são... já não sentem a dor que sentiriam quando o bebé não está ali, em contacto pele-a-pele*” (E7); e

(...) favorecer também a promoção e a vivência do momento que é o nascer de um filho, e promover esse contacto pele-a-pele (...) concretizar da amamentação precocemente, (...) nós podermos participar e fomentar isso, acho que, em termos de cuidados de enfermagem, é uma coisa bastante positiva (E1).

Por último, a subcategoria Adesão à amamentação derivou das unidades de registo Facilitação da amamentação no puerpério imediato e Facilitação da amamentação após a alta, conforme espelhado nas falas:

a amamentação [precoce], o bebé poder fazer isso, dá à mãe uma sensação (...) de eu sou capaz (...) acho que isso é uma experiência que tem muito impacto, porque dá segurança à mãe, que o bebé é capaz e que a mãe é capaz, e que os três são capazes [de amamentar] (E4);

e “se a gente quer que estes bebés ahhh ... tentem uma adaptação à mama o mais precoce para tentar mantermos, no futuro, uns bons indicadores de aleitamento materno (...) quanto mais cedo a gente investir, provavelmente, maiores serão os resultados” (E2).

As ideias que emergiram das falas dos participantes podem ser cimentadas com os achados de uma revisão sistemática e meta-análise, conduzida no Irão, que concluiu que a promoção do CPP e a concretização do IPA parecem associar-se ao sucesso da primeira mamada, conduzindo à diminuição da oferta de leite artificial durante a hospitalização e pós-parto, aumento da autoeficácia materna para a amamentação e aumento da taxa de amamentação exclusiva aquando da alta (Karimi et al., 2019). Ainda, de acordo com os PQCEESMO, no domínio da amamentação, constituem-se indicadores sensíveis aos cuidados especializados em SMO a taxa de mães que iniciam a amamentação na primeira hora após o parto e os ganhos na capacidade para amamentar (ACEESMO, 2021).

2.2.3 Considerações éticas

A realização de qualquer projeto de investigação coloca, ao investigador, exigências decorrentes do necessário cumprimento dos princípios éticos e morais (Vilelas, 2022). Desta forma, aquando do desenvolvimento do presente trabalho de investigação, esteve subjacente o cumprimento dos princípios éticos alicerçados no respeito pela dignidade da pessoa humana, como o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra desconforto e prejuízo e à justiça e equidade, antes, durante e após a participação dos entrevistados. Para tal, foi-lhes prestado esclarecimento e entregue a minuta do Consentimento Informado, onde consta a explicação da pesquisa, sendo a formalização da participação feita após a assinatura do mesmo. A privacidade, anonimato e confidencialidade foram garantidos mediante a gravação das entrevistas em sala fechada e livre de interrupções; e, na sua posterior transcrição. As mesmas foram identificadas através de códigos (E1, E2, E3, E4... E7), procedendo-se à eliminação permanente dos áudios após transcrição.

3 DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS: UMA ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO

O EEESMO assume, no seu exercício profissional, intervenções autónomas e interdependentes – de acordo o baixo ou alto risco envolvido nos processos de vida, saúde/doença e ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019b). Portanto, cabe ao EEESMO, prestar cuidados de forma holística e centrados na pessoa cliente enquanto ser único, com dignidade e direito a autodeterminar-se, considerando a sua inter-relação com os seus conviventes significativos e ambiente que os rodeia, no sentido da melhor adaptação aos estímulos internos e externos a que se sujeita (OE, 2015, 2019b; Phillips, 2004). Pretende-se, neste capítulo, espelhar o percurso desenvolvido em cada contexto de estágio e por ordem cronológica, descrevendo as atividades desenvolvidas com vista a responder aos objetivos delineados no PIE, e de forma a concretizar a aquisição das respetivas competências comuns e específicas, à luz da prática baseada na evidência e do referencial teórico que norteou a experiência de cuidados.

Procurando rentabilizar o processo de descrição deste percurso, optou-se por agrupar as atividades desenvolvidas tendo em conta os objetivos transversais a todos os estágios; e, posteriormente, descrever as que se desenvolveram especificamente em cada contexto.

Em todos os módulos de estágio, foi possível dar resposta ao objetivo 1 do PIE: conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional e funcional dos serviços, assim como integrar a equipa de enfermagem do mesmo. Para isto, foi essencial o estabelecimento de uma relação profissional com as enf.^{as} cooperantes, enf.^{as} coordenadoras, chefes dos serviços e restante equipa de enfermagem e multidisciplinar. Foram também lidos os documentos orientadores, projetos de interesse e protocolos disponíveis em cada contexto, conhecidos os espaços físicos e recursos humanos e materiais disponíveis, assim como os critérios de distribuição utentes/EEESMO. Procurou-se integrar as equipas de acordo com as metodologias de trabalho implementadas e identificar projetos de interesse para participação e contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados em cada serviço.

Após a integração nos contextos e nas equipas, desenvolveram-se atividades para consecução do objetivo 2 - desenvolver competências técnicas e práticas nas áreas da gestão de cuidados e recursos humanos, materiais e físicos, com vista à melhoria contínua e qualidade dos cuidados. Para isto, procurou-se observar a metodologia e organização de recursos humanos e materiais, numa ótica de consumo eficiente e de prestação de cuidados seguros e de qualidade. Sempre que possível, a estudante colaborou nos pedidos de reposição de *stock*, acondicionamento materiais ou medicamentos, verificação de equipamentos ou gestão de vagas, transferências ou encaminhamentos entre serviços/recursos na comunidade. A

organização, planeamento e priorização das atividades de cuidados e vigilância foram também alvo de atenção, visando a gestão otimizada do tempo e dos recursos disponíveis.

Ao longo dos vários contextos, foi exequível desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica (objetivo 3), através da elaboração da ScR acima descrita e procurando sempre aplicar os resultados obtidos nos contextos, objetivando a prática baseada na evidência e a qualidade dos cuidados.

Em cada contexto, procurou-se desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas para a planificação, execução e avaliação de sessões de educação para a saúde ou de formação em Saúde Materna e Obstétrica, conforme o descrito no objetivo 4. Para isto, procedeu-se ao levantamento das necessidades dos serviços/pessoa-cliente relativamente à formação/EpS, rentabilizando-se também as oportunidades de aprendizagem e análise de situações clínicas relevantes, e participando em sessões de formação que ocorressem nos locais. O planeamento e execução das sessões de formação em serviço/EpS em cada local descrever-se-á nos subcapítulos referentes a cada local de estágio, pela especificidade inerente a cada uma.

Por fim, procurou-se desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação referentes ao percurso de aprendizagem, de acordo com o preconizado no objetivo 5. Neste sentido, estabeleceram-se momentos de reflexão pessoal ou conjuntamente com as enf.^{as} cooperantes, acerca dos cuidados prestados ou diferenças na execução da prática de cuidados entre os diferentes profissionais, fomentando o autoconhecimento e assertividade. Procurou-se aceitar a crítica construtiva e cimentar estratégias para ultrapassar dificuldades ou barreiras percecionadas ao longo do percurso formativo. Realizaram-se, ainda e oportunamente, momentos de auto e hétero avaliação com as enf.^{as} cooperantes e professora orientadora.

3.1 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO

O puerpério, período de seis a oito semanas após o parto, é um importante momento de adaptação para a mulher/família, pautando-se pela regressão das alterações anatómicas e fisiológicas do estado gravídico. Divide-se em três fases: imediato (até 24 horas após o nascimento), precoce (entre as 24 horas e o final da primeira semana) e tardio, até à sexta semana (Graça, 2017; Marshal & Raynor, 2020; Ricci, 2019). Durante o puerpério, especialmente nos primeiros dias, a mulher/mãe encontra-se a recuperar do parto, num ajustamento físico e hormonal importante, enquanto aprende a cuidar e nutrir o seu bebé. Também o homem/pai experiencia a transição para a paternidade, desafiando-se no cuidado ao bebé e cuidado à mulher, mais fragilizada fisicamente, necessitando, portanto, de apoio individualizado (ACOG, 2018a; Marshal & Raynor, 2020). Neste sentido, o período pós-parto materializa ainda o tornar-

se mãe e tornar-se pai. A parentalidade consiste num processo de adaptações necessárias no desempenho do papel, na identidade de autoconceito e interdependência, no qual o casal recebe o RN e o integra não só na família e respetiva dinâmica, mas também na forma como se veem a si próprios e na sociedade, e como se relacionarão entre si e com os outros após a chegada do novo bebé, proporcionando respostas adaptativas compensatórias ou comprometidas enquanto indivíduos/família (Roy, 2009).

O desenvolvimento de competências no contexto do internamento de puerpério fez-se sob a orientação/supervisão de duas EEESMO, num total de 150 horas, entre o dia 22 de setembro e o dia 27 de outubro de 2023, no serviço de puerpério de um hospital nível IIb a sul do país. O serviço constitui-se de 12 enfermarias: 9 para 3 puérperas/RN, 2 para 2 puérperas/RN e 1 individual para situações particulares. A equipa de enfermagem inclui 17 enfermeiros de cuidados gerais, 2 EEESMO, 1 especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, 1 coordenador EEESMO e 1 chefe EEESMO. O ratio enfermeiro/utente varia conforme a especificidade de cuidados, lotação e turno, com prestação de cuidados pelo método do enfermeiro responsável. Encontra-se, ainda, implementado o Projeto Alta EEESMO, cuja finalidade é a preparação da alta da puérpera de baixo risco pelo EEESMO.

Os primeiros dias de puerpério, na ausência de fatores de risco, consideram-se sob incidência reduzida de complicações maternas. Por isto, a avaliação e prestação de cuidados à puérpera, bem como a resolução de complicações *minor* durante este período, é da responsabilidade do EEESMO (Ayres-de-Campos & Pinto, 2022). Integrou-se com entusiasmo o Projeto Alta EEESMO, dentro dos critérios clínicos de inclusão bem definidos em protocolo próprio. Assim, eram observadas e avaliadas as díades que cumpriam os critérios de inclusão do protocolo: nas situações de evolução puerperal dentro dos parâmetros expectáveis, e após a validação da alta do RN por parte da especialidade pediátrica, a alta era oficializada pela EEESMO responsável pelo projeto; e as situações desviantes do padrão da normalidade, eram comunicadas à equipa médica. Entre 24h a 48h depois da alta e após consentimento informado da puérpera/família, era efetuado um contacto telefónico no sentido de apurar o seu estado geral e do RN no domicílio e esclarecer eventuais dúvidas que tenham surgido. Os contactos telefónicos pós-alta revelaram-se momentos ricos de aprendizagem e aquisição de competências: através destes, era possível validar a EpS realizada durante o internamento, apurar necessidades específicas de autocuidado e cuidados ao RN no contexto domiciliário, ou ainda validar expectativas ou desconstruir receios que surgissem após a alta, permitindo um verdadeiro cuidado personalizado e com continuidade. Era ainda perceptível a sua qualidade, na forma como as famílias reconheciam a voz da estudante ao telefone e se mostravam à vontade para colocar questões e partilhar como decorria este período de adaptação. Enquanto estudante

e numa fase inicial, a autonomia para o cuidado e tomada de decisão subjacente à integração deste projeto, materializou a responsabilidade profissional, ética e legal inerente à competência do EEESMO (OE, 2019a). Posteriormente, após momentos de reflexão autónoma e conjuntamente com a enf.^a cooperante, foi possível assumir progressivamente autonomia na prestação de cuidados no âmbito deste projeto, monitorizando o estado de saúde da puérpera e RN, potenciando a sua saúde e referenciando, sempre que necessário, as situações que se encontravam para além da esfera de cuidados do EEESMO (OE, 2019b). Por isto, e numa lógica de melhoria contínua, considera-se a criação e desenvolvimento deste projeto uma mais-valia na valorização da ESMO enquanto profissão autónoma.

No âmbito do Projeto Alta EEESMO, a estudante sugeriu integrar o *ebook* em desenvolvimento, elaborando um capítulo sobre a fisiologia do quarto trimestre e a importância do CPP na amamentação exclusiva. Contudo, devido à identificação de outra necessidade do serviço, foi realizada uma sessão de formação para a equipa de enfermagem sobre “*Promoção da Saúde Mental no Puerpério – a intervenção do Enfermeiro Obstetra*” (Apêndice VII). Embora não indo ao encontro da temática em estudo, a equipa aderiu com entusiasmo à sessão de formação, considerando-se a sua elaboração e realização uma mais-valia para este percurso formativo, já que permitiu a pesquisa bibliográfica e a partilha de informação atualizada para a melhoria dos cuidados prestados no contexto clínico.

Foram prestados cuidados a 78 puérperas e a 79 RN, conforme a tabela 2:

Tabela 2 - Puérperas e RN assistidos

PUÉRPERAS ASSISTIDAS		RECÉM-NASCIDOS ASSISTIDOS	
Baixo Risco – 65	Risco moderado/elevado - 13	Baixo Risco - 64	Risco moderado/elevado - 15
TOTAL – 78		TOTAL – 79	

A prestação de cuidados especializados em ESMO à puérpera/casal/RN, refletiu uma prática sensível e individualizada, proporcionando uma experiência de pós-parto positiva, na qual as mulheres/famílias são capazes de se adaptar à sua nova identidade social e desenvolver um sentido de confiança e competência como mãe/pai (WHO, 2022b). Foi ainda essencial, reconhecer o padrão normal no período puerperal e de adaptação à vida extrauterina do RN, referenciando e colaborando com outros profissionais conforme as necessidades ou complicações detetadas, quer para a saúde da mulher, quer para a saúde do RN, ou para a adaptação adequada à parentalidade (NMC [Nursing & Midwifery Council], 2019; OE, 2019b).

Quanto ao objetivo 6: desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas que permitam acolher a mulher/casal/família no serviço de puerpério, promoveu-se um ambiente

seguro e acolhedor, respeitando a privacidade e dignidade da pessoa-cliente, adequando a linguagem e conteúdo informativo e respeitando a cultura, religião, etnia, crenças e valores de forma individual e holística. O alojamento conjunto foi assegurado, de acordo com o protocolo do serviço, conforme o preconizado no passo sete dos dez passos para o sucesso da amamentação, segundo a IHAB, a qual o hospital integra desde 2005 (UNICEF & WHO, 2018b).

Quanto ao objetivo 7 - desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas que permitam cuidar a puérpera/família, promovendo a saúde, a capacitação para o autocuidado e transição para a parentalidade, no período de internamento no serviço de puerpério, desenvolveram-se intervenções de vigilância e de EpS, que se descrevem seguidamente.

A abordagem inicial da puérpera consistia na avaliação do estado de consciência, sinais vitais, pele e mucosas, involução uterina, presença de ferida perineal (episiorrafia ou perineorrafia) ou ferida abdominal (no caso de parto por cesariana), lóquios (quanto à cor, cheiro e quantidade), mamas e mamilos (características da pele, consistência, integridade), membros inferiores, alimentação, eliminação vesical e intestinal; bem como do seu estado emocional, nível de dor e sensação de bem-estar (presença de ansiedade ou eventual desconforto), interação com o RN e estabelecimento da amamentação (Ricci, 2019). A avaliação da involução uterina, dos lóquios ou a inspeção do períneo era, muitas vezes, geradora de desconforto físico ou emocional para as mulheres cuidadas. Procurou-se, por isso, explicitar o motivo e importância da avaliação; os achados normais e potenciais sinais de alarme a comunicar; promover ou incentivar os cuidados de higiene após a avaliação; e ainda promover o conforto e alívio da dor através de medidas não farmacológicas ou farmacológicas, conforme as preferências manifestadas e prescrição médica.

A par das atividades de vigilância, todos os momentos de interação eram oportunidade para preparação da alta. Através da EpS, eram fornecidas informações relativamente à fisiologia, recuperação, adaptação e capacitação para o autocuidado no período puerperal, nomeadamente: involução uterina, lóquios, cuidados às mamas e lactação, cuidados perineais, recuperação do pavimento pélvico, recomeço da atividade sexual, contraceção pós-parto, alimentação, possíveis alterações emocionais fisiológicas ou patológicas, ou prevenção de fenómenos tromboembólicos; de acordo com a disponibilidade e conhecimento prévio da puérpera, promovendo a decisão informada e esclarecida e uma adaptação física e mental satisfatória e positiva (Ricci, 2019; Marshal & Raynor, 2020). O espaço deixado para a colocação de questões ou dúvidas permitia validar a informação fornecida e a intervenção individualizada.

Embora as atividades desenvolvidas para concretização deste objetivo não se tenham pautado por nenhuma dificuldade acrescida, a estudante percecionou como facilitador o facto de já ter sido, ela própria, puérpera. A perceção pessoal da importância do cuidado

individualizado, aliada às referências bibliográficas e teóricas que sustentaram a prática de cuidados neste contexto específico, possibilitou alcançar uma atitude empática e promotora do estabelecimento de uma relação de confiança, com vista à satisfação da puérpera/família e qualidade dos cuidados prestados.

O apoio, suporte e proteção da amamentação foi um dos grandes focos de atenção durante este módulo de estágio, enquanto intervenção especializada em ESMO (OE, 2019b), tendo-se constatado ser este o motivo pelo qual mais frequentemente era solicitado apoio.

A maioria das mulheres deseja amamentar; e a larga maioria das que não o fazem, baseiam a sua decisão em mitos, receios, experiências anteriores, desinformação ou falta de suporte neste processo (Mohrbacher, 2020; Pincho, 2018). Por isto, a mulher era questionada acerca da forma como pretendia alimentar o seu bebé, procurando averiguar a tomada de decisão para a amamentação. Havia uma preocupação da estudante em clarificar os motivos das mães que não pretendiam fazê-lo, no sentido de esclarecer dúvidas, receios ou falta de informação que pudesse estar na base dessa decisão. No entanto, caso a mulher decidisse informadamente não amamentar, era igualmente apoiada, sem julgamentos ou juízos de valor, sendo comunicado ao médico assistente a sua intenção para que pudesse ser prescrito e administrado o inibidor da produção láctea. Por fim, era realizada EpS quanto à preparação e administração do leite artificial de forma segura e mantendo o respeito pelos sinais de fome e saciedade do bebé. Durante este estágio, verificou-se que as mulheres que optavam pela alimentação do RN com leite artificial, o faziam, essencialmente, com base em crenças culturais. Neste sentido, a estudante procurou manter um cuidado culturalmente sensível, embora sentisse necessidade de refletir sobre o peso destas convicções face aos benefícios documentados do aleitamento materno, nomeadamente, para a adaptação da mulher e do RN nos seus modos físico-fisiológico e de interdependência (Phillips, 2004). Por isto, respeitando as convicções culturais das famílias cuidadas, procurou-se salientar estes mesmos benefícios, numa perspetiva de EpS potenciadora dos ganhos em saúde e a adaptação da díade.

Após a decisão de amamentar, numa primeira fase, era realizada a observação da mamada. De acordo com a necessidade de orientação e especificidades demonstradas, interveio-se no sentido potenciar as capacidades e domínio da puérpera quanto à diferenciação e composição do leite materno, sinais de fome/saciedade do RN e transferência adequada de leite, boa pega, posicionamento da mãe e do bebé durante a amamentação, frequência e duração das mamadas, cuidados às mamas e estratégias para a prevenção de complicações (Carvalho & Gomes, 2021).

Atendendo à temática em estudo, as puérperas eram incentivadas a realizar CPP para estimular reflexos inatos nos RN's mais adormecidos ou com menor interesse na amamentação,

observando-se progressivamente maior interesse e eficácia na adaptação à mama e extração de leite destes RN, aumentando a confiança materna na amamentação. Este processo revelou-se uma ferramenta útil na prestação de cuidados, conforme evidências descritas da ScR.

Quanto ao objetivo 8 - desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas que permitam informar, orientar e apoiar a mulher/família sobre o crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme e cuidados ao recém-nascido, mobilizaram-se conhecimentos e competências acerca dos cuidados específicos a ter com o RN e suas características de crescimento e desenvolvimento, para promoção do cuidado competente dos pais e capacitação para os desvios da normalidade e sinais de alerta a comunicar.

À semelhança da abordagem inicial da puérpera, era realizado o exame físico céfalo-caudal do RN, contemplando a aparência geral (padrão comportamental, tónus muscular, resposta ao toque, choro), perfusão periférica, respiração, pele e mucosas, traumatismos decorrentes do parto, coto umbilical, eliminação vesical e intestinal e alimentação.

A EpS realizada quanto aos cuidados ao RN tinha em atenção o estado geral, disponibilidade demonstrada e aspetos identificados como lacunas pela puérpera/casal. De modo geral, os cuidados de higiene e conforto, cuidados com a pele, a alimentação e o choro do RN foram os principais focos de interesse demonstrados. Neste sentido, os pais foram esclarecidos quanto ao comportamento expectável do RN, na sua imaturidade neurológica e necessidade de proximidade e CPP com a mãe (ou pai, caso fosse o desejo do casal), assim como importou esclarecê-los que o choro é tanto uma forma de comunicação como um mecanismo regulatório do RN, sendo basilar que os pais aprendam a observar e ouvir o bebé para que sejam capazes de lhe responder positivamente, acolhendo o RN e permitindo tanto a própria expressão do choro como a satisfação das necessidades subjacentes a este (Seabra, 2009).

O banho do RN era um cuidado realizado no turno da tarde, para que a pessoa significativa pudesse estar presente e de forma a gerir os cuidados a prestar de acordo com as rotinas do serviço. O primeiro banho ao RN saudável deve ser adiado 24 horas após o nascimento, decorrendo a realização mais precoce do mesmo de crenças culturais e em oposição aos benefícios documentados do adiamento desta intervenção (Priyadarshi et al., 2022; WHO, 2022b). Os pais eram incentivados neste sentido (salvo desejo em contrário) realizando-o sob supervisão, para esclarecimentos ou ajuda na execução da técnica. Este era também um momento ótimo para a observação da pele e das mucosas do RN, no sentido de avaliar a sua adaptação à vida extrauterina: a má perfusão periférica traduz-se em cianose, pelo que a avaliação de sinais de cianose central (lábios, tórax) pode determinar a intervenção precoce e a prevenção de complicações. Já as extremidades do RN são frequentemente frias e cianóticas – acrocianose, comumente mencionada pelos pais como preocupante – sem que isso tenha

significado patológico, pelo que se percecionou como essencial comunicar estes aspetos aos pais, para que estes estejam atentos aos sinais de alarme e confortáveis com as alterações fisiológicas decorrentes do processo de adaptação à vida extrauterina (Marshall & Raynor, 2020).

Após o RN completar 24 horas de vida, eram realizados o rastreio auditivo neonatal universal por otoemissões acústicas (SPP [Sociedade Portuguesa de Pediatria], 2007); e, na manhã seguinte à admissão no serviço e sempre com o consentimento e na presença dos pais, todos os RN com peso igual ou superior a 2000g, eram vacinados contra a hepatite B, conforme o Plano Nacional de Vacinação (DGS, 2019). A estudante procurou, sempre que aceite pelo casal, realizar a vacinação do RN em CPP e a amamentar (de acordo com os benefícios descritos quanto à diminuição dos níveis de stress do RN e consequente choro), sentindo que os casais aceitavam a sugestão e observavam claramente os benefícios desta prática. Nesse momento, os casais eram informados sobre os potenciais efeitos adversos e os cuidados a ter, após a vacinação.

Relativamente ao objetivo 9 - desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados e em colaboração com a equipa multidisciplinar no tratamento da puérpera/RN de risco com patologia associada ou complicações decorrentes do período pós-parto/adaptação à vida extrauterina, as patologias associadas ou complicações mais comuns foram a diabetes gestacional (DG), a infeção puerperal e a icterícia fisiológica do RN.

O protocolo do serviço relativamente à vigilância do perfil glicémico das mulheres e RN com história de DG estava em atualização; no entanto, a prática assentou na monitorização da glicemia capilar da puérpera 1 hora pós-prandial até se obterem valores abaixo dos 140mg/dl em duas pesquisas consecutivas. Nessa altura, era suspensa a monitorização e efetuado o encaminhamento para reclassificação da diabetes, de acordo com a orientação da equipa médica. Quanto à EpS, intervenção da estudante incluía orientação relativa à adoção de uma alimentação variada e equilibrada, incentivo à amamentação e atividade física adequada e regular (SPD [Sociedade Portuguesa de Diabetologia], 2017). Quanto ao RN e segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2013a), a monitorização da glicémia capilar deve ser executada quando sintomáticos (com tremores, irritabilidade ou letargia, recusa alimentar, hipotermia, convulsões ou coma), ou assintomáticos com os fatores de risco associados (de causa materna ou neonatal, como presença de diabetes, outros filhos macrossómicos, terapêutica intraparto com tocolíticos beta-agonistas ou glicose, RN pré-termo, Restrição de Crescimento Fetal [RCF], sépsis neonatal, entre outros). Nos casos de hipoglicémia, deve privilegiar-se o aumento da frequência da amamentação (no mínimo de 10 a 12 vezes em 24h), a suplementação com leite materno em detrimento do leite artificial e avaliação da necessidade de administração oral ou endovenosa de dextrose, em concentrações e quantidades a

determinar de acordo com o valor de glicemia, sintomas e peso do RN (Giouleka et al., 2023; SPN, 2013a). Embora a avaliação da glicémia do RN fosse algo arbitrária e nem sempre segundo o preconizado pela evidência mais atual, as medidas corretivas da hipoglicémia centravam-se nas acima descritas. Em reflexão acerca do exposto, concluiu-se que práticas de cuidados em ESMO à díade, após o nascimento, constituem um fator decisivo para a diminuição da prevalência de hipoglicemia em RN de termo saudáveis. A intervenção da estudante baseou-se na prevenção da hipoglicemia, recomendando o CPP frequente (dado que este ativa os reflexos primitivos neonatais para a alimentação), a iniciação precoce da amamentação e a rápida resposta aos sinais precoces de fome, mantendo a articulação com a equipa multidisciplinar para a vigilância e tratamento das situações de hipoglicémia (Mohrbacher, 2020). Foram, por fim, partilhados alguns dos documentos resultantes da pesquisa bibliográfica acerca desta temática com a enf.^a cooperante, a fim de integrarem as referências do protocolo em elaboração.

O ingurgitamento mamário ou a presença de fissura mamilar foram as complicações associadas à amamentação mais comuns durante este módulo de estágio. O ingurgitamento é secundário à ativação secretória ou lactogenese II, habitualmente entre 2 e 4 dias após o parto, na sequência da descida sérica da progesterona e estrogénios e aumento da prolactina, após a dequitação. A mama tende a ficar tensa, sensível, dolorosa, quente e pode ocorrer pirexia materna (Carvalho & Gomes, 2021; Mohrbacher, 2020). A maioria das puérperas cuidadas com ingurgitamento solicitava apoio, orientando-se para a amamentação em livre demanda e aplicação compressas frias após a mamada para redução do edema. Em caso de manutenção do desconforto após a mamada, era sugerida a extração manual gentil e apenas até ao alívio sintomático, de modo a não estimular maior produção e permitir a atuação do FIL – fator de inibição da lactação - naturalmente produzido quando a mama está cheia e que permite a regulação da produção de acordo com a demanda do bebé; bem como a administração de analgésicos ou anti-inflamatórios segundo prescrição médica (Mohrbacher, 2020). A presença de fissuras mamilares é, habitualmente, decorrente da pega ineficaz; ou, mais raramente, devida a anomalias orofaciais do RN (como freio lingual curto). Nestes casos, a intervenção passava pela orientação da puérpera quanto à importância da correção da pega, iniciando a amamentação pelo lado não afetado, exposição dos mamilos ao ar sempre que possível, aplicação de colostro após cada mamada ou de agentes cicatrizantes de aplicação tópica, administração de terapêutica analgésica segundo prescrição e era monitorizado o processo de cicatrização do mamilo (Campos & Pinto, 2022; Marshal & Raynor, 2020). As complicações descritas diminuía a confiança materna no processo de amamentação, pelo que a estudante procurava fortalecer os mecanismos de *cooping* adquiridos da puérpera, para fazer face ao estímulo focal percecionado (Phillips, 2004), realizando EpS quanto aos sinais de transferência de leite, otimização do

conforto no posicionamento e enfatizando a autoeficácia materna para a amamentação, valorizando o desempenho da puérpera e do caráter finito das complicações relatadas.

A icterícia fisiológica neonatal surge após as 48-72 horas e desaparece, habitualmente, após os 14 dias de vida. A intervenção da estudante baseava-se na identificação dos RN com risco potencial de desenvolverem icterícia: IG inferior a 38 semanas, presença de cefalohematoma, incompatibilidades sanguíneas, irmãos com necessidade de fototerapia, amamentação exclusiva ou icterícia nas primeiras 24 horas de vida (NICE [National Institute for Health and Care Excellence], 2016). A coloração da pele era avaliada oportunamente, no quarto bem iluminado naturalmente, realizando digitopressão gentil na base do nariz, testa ou externo no sentido de verificar a coloração amarelada antes do reenchimento capilar, atendendo à progressão céfalo-caudal da icterícia. Sendo a bilirrubina excretada através das fezes, o cuidado da estudante passava também pelo incentivo à amamentação frequente, num total não inferior a 10-12 mamadas em 24 horas, de modo a aumentar a ingesta, potenciar a excreção e favorecer o estabelecimento da produção de leite. Era providenciado o apoio às mães para a otimização do posicionamento e da pega, avaliando os sinais de transferência efetiva de leite e detetando precocemente os sinais de fome para que nenhuma oportunidade fosse perdida. Nos casos de necessidade de suplementação, privilegiava-se o leite materno e as mães eram apoiadas nas técnicas de extração manual ou com bomba (Flaherman & Maisels, 2017).

Quando ocorria a necessidade de realização de fototerapia, os cuidados prestados relacionavam-se com o apoio à mulher/casal durante o tratamento, e o controlo de possíveis efeitos colaterais ou complicações do procedimento. Os pais eram, neste sentido, incentivados à permanência do RN sob a luz e apenas com fralda, retirando-o apenas para a prestação de cuidados; esclarecidos quanto à necessidade da utilização de proteção ocular adequada durante a permanência do RN sob fototerapia, bem como da evicção do uso de cremes/óleos ou loções na pele do bebé; e alertados para a importância das mamadas frequentes e da vigilância da frequência e características das micções, pelo risco acrescido de desidratação. Para além disto, era avaliada a temperatura, o estado geral, tonicidade e reflexos do RN (NICE, 2016; SPN, 2013b). Por fim, salienta-se ter sido esta a complicação que mais ansiedade causava aos pais. Estes tinham, muitas vezes, dificuldade em manter o RN sob a fototerapia, assim como associavam o berço específico para o efeito, à doença grave. Por isto, privilegiou-se a expressão de emoções e o esclarecimento efetivo das questões colocadas, de forma a potenciar os processos de *cooping* inatos e adquiridos do casal e o favorecimento do modo adaptativo satisfatório face ao estímulo *stressor* presenciado (Roy, 2009).

3.2 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE

As alterações físicas, emocionais e sociais decorrentes da gravidez e do puerpério são consideradas estímulos - quer internos, quer externos - cuja adaptação da mulher/casal se faz necessária para a manutenção do seu bem-estar e saúde. O seu autoconceito altera-se ao longo da gravidez; quer pelas modificações físicas decorrentes do crescimento e maturação fetal, quer pelas transformações emocionais sentidas pela mulher/casal. Também o seu papel social sofrerá alterações, na sua construção enquanto mãe/pai do RN que nascerá, numa relação de interdependência afetiva que se deseja satisfatória entre a tríade (Roy, 2009). Assim, a saúde e bem-estar da grávida resultam da prevalência dos fatores de saúde em relação aos de risco, no sentido da constante adaptação aos estímulos, através do incentivo e valorização dos mecanismos de *cooping* da mulher/família (Cardoso et al., 2023). O EEESMO surge, assim, como elemento facilitador da adaptação da mulher/casal, avaliando sinais de adaptação física, do autoconceito, do desempenho de papel parental e interdependência, a fim de adequar e promover intervenções que suportem a integridade holística da pessoa-cliente de cuidados, de acordo com os seus objetivos (Marshall & Raynor, 2020; Phillips, 2004).

O estágio decorreu entre o dia 30 de outubro e o dia 7 de dezembro de 2023, num total de 150 horas, numa Unidade de Saúde Familiar integrada (à data) no Agrupamento de Centros de Saúde Estuário do Tejo. A equipa de Enfermagem era constituída por 2 Enfermeiras generalistas, 1 EEESMO e 1 Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, e todas exerciam funções como enfermeiras de família. Existia, ainda, apenas 1 médico a exercer funções neste contexto de estágio. Foi, também, possível integrar o programa de preparação para o parto e parentalidade (PPPP), numa Unidade de Cuidados na Comunidade da mesma área.

O acesso universal e gratuito a consultas de Planeamento Familiar (PF) e métodos contraceptivos nos cuidados de saúde primários, é essencial para diminuir gravidezes indesejadas, garantindo informação sobre diferentes métodos e permitindo uma escolha personalizada e consequente maximização da adesão terapêutica (DGS, 2015a; SPDC [Sociedade Portuguesa da Contraceção], 2020). Embora o edifício dispusesse de uma sala para a consulta de PF, esta encontrava-se suspensa durante o período de estágio, pela impossibilidade de resposta médica para a prescrição do contraceptivo selecionado às mulheres sem médico de família atribuído. Também a consulta pré-concepcional era apenas disponibilizada às mulheres com médico de família atribuído, não tendo sido possível, durante este período, realizar qualquer uma delas, pelo que não se considera atingido o objetivo 10 - desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados especializados à mulher/família durante a consulta de Planeamento Familiar e período pré-concepcional. No entanto, pontual e

informalmente, existiu iniciativa da estudante para que se tenham desenvolvido atividades definidas para o seu cumprimento, como o esclarecimento acerca dos métodos contraceptivos disponíveis e fornecimento dos mesmos, orientação quanto à sua administração, ou EpS quanto à vivência da sexualidade, orientando-as acerca das fases do seu ciclo menstrual e promovendo a regulação da fecundidade e fertilidade, de acordo com as necessidades evidenciadas (OE, 2019b). Numa perspetiva reflexiva, concluiu-se que a autonomia do EEESMO se encontrava subvalorizada. De acordo com o regulamentado para o seu exercício profissional, faz parte da sua esfera de competências informar e orientar a mulher quanto aos métodos contraceptivos disponíveis e adequados à sua condição, promovendo a decisão esclarecida e a educação para a saúde sexual e reprodutiva, facultando os métodos contraceptivos adequados e supervisionando a sua utilização; assim como informar e orientar a mulher/casal/família quanto ao planeamento familiar e saúde pré-concepcional, referenciando situações para além da sua área de atuação (OE, 2019b). Atribui-se este facto à organização da prestação de cuidados segundo enfermeiro de família, o que condicionava o tempo disponível da EEESMO.

Quanto ao objetivo 11 - desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados especializados à mulher/família durante o período pré-natal, foi possível prestar cuidados a 25 grávidas/casais em consulta de vigilância pré-natal e a 15 grávidas/casais no PPPP.

A vigilância da gravidez permite reduzir a mortalidade e morbilidade materno-fetais: tanto pela vigilância, deteção e tratamento precoces de complicações, como através da identificação do risco de desenvolvimento de complicações e consequente referência para instituições de saúde com o nível apropriado de cuidados obstétricos (DGS, 2015b; WHO, 2016). Pretende-se que a consulta de vigilância da gravidez de baixo risco, ministrada pelo EEESMO, seja um *continuum* de cuidados centrados nas necessidades da grávida e pessoa com quem partilha o projeto parental, que promova a vivência saudável da gravidez e facilite a adaptação à parentalidade e preparação para o parto, sob participação ativa do casal grávido (ACEESMO, 2021; Cardoso et al., 2023). No entanto, o contexto atual dos cuidados em SMO e a necessidade da presença médica para assegurar as prescrições (ecográficas, analíticas ou de suplementação preconizadas) durante a gravidez (de baixo risco), remete a população cuidada para um clima de franca vulnerabilidade. O número reduzido de médicos (neste caso, apenas um), exigiu uma gestão diária e cuidadosa da marcação das consultas de vigilância da gravidez, para que a grávida tivesse uma consulta a cada trimestre realizada em articulação com o médico, sendo que as restantes eram realizadas autonomamente pela EEESMO. Existe, para este efeito, a colaboração de dois outros médicos (a desempenhar funções noutra local), que se articulam com a EEESMO, de forma a assegurar as prescrições de forma atempada, ao maior número possível de grávidas.

Este processo revelou-se especialmente enriquecedor na aquisição e desenvolvimento de competências na área da gestão de cuidados e recursos, sendo que cabia à EEESMO coordenar a articulação da equipa, negociando os recursos face à necessidade de manutenção da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019a).

Previamente a cada consulta de vigilância pré-natal, eram estudados os dados referentes às grávidas/famílias, no sistema informático, de forma a estruturar os cuidados de acordo com as necessidades demonstradas e IG. O acolhimento era realizado de forma a potenciar o estabelecimento da relação terapêutica e de confiança, num ambiente acolhedor e seguro, promovendo a integração da grávida/casal no plano de cuidados, que se estabelecia de acordo com as suas necessidades e expectativas. Após o acolhimento, as atividades eram realizadas a fim de monitorizar a saúde e bem-estar da grávida/feto, os critérios de risco da gravidez e respetiva referenciação de situações para além do escopo de atuação do EEESMO (OE, 2019b). Era realizado o exame físico e obstétrico, integrando a avaliação do peso, índice de massa corporal, presença de edemas, tensão arterial, altura do fundo uterino (se IG superior a 20 semanas) e auscultação dos batimentos cardio-fetais (BCF) com recurso a *doppler* (se IG superior a 12 semanas). As manobras de Leopold eram realizadas nas grávidas com IG superior a 30 semanas, para melhor identificação do ponto de intensidade máxima dos BCF (Sequeira et al., 2020). Inicialmente, foi a atividade foi mais desafiante, destacando-se o apoio da EEESMO Cooperante, que incentivou o procedimento e facultou estratégias facilitadoras da sua consecução, aumentando progressivamente a segurança e eficácia da estudante na sua execução.

Procurou-se ainda avaliar o conhecimento prévio da mulher/casal face à gravidez e alterações físicas, emocionais e possíveis efeitos colaterais decorrentes da mesma, objetivando a promoção da saúde pré-natal, estilos de vida saudáveis na gravidez e orientação para as medidas de suporte e alívio dos efeitos colaterais possíveis (OE, 2019b). Desta forma, abordaram-se aspetos como as alterações fisiológicas e físicas (hormonais, cardiovasculares, respiratórias, urinárias, gastrointestinais); questões relativas ao desenvolvimento fetal e orientações promotoras do autocuidado (alimentação e aumento ponderal, uso de substâncias, sono/repouso, vestuário, higiene e conforto, atividade física, sexualidade) numa ótica de capacitação e decisão informada; e os efeitos colaterais associados a cada trimestre, como a sonolência, náusea ou vômito, pirose, dor músculo-esquelética, presença de varicosidades, leucorreia, obstipação e padrão de contratilidade uterina, entre outros (Cardoso et al., 2023). Eram, também, avaliados os resultados analíticos e ecográficos realizados entre consultas, se aplicável, referenciando ao médico assistente as situações desviantes na normalidade.

Na primeira consulta, era verificado o estado vacinal da grávida. A vacina contra difteria, tétano e tosse convulsa, era administrada numa dose única, entre as 20 e as 36 semanas, após a

realização da ecografia do 2º trimestre e preferencialmente antes das 32 semanas (DGS, 2016). Era, também, proposta a administração das vacinas para a gripe sazonal e Covid-19, administradas num intervalo não inferior a 14 dias entre si, conforme a norma 002/2021 da DGS (DGS, 2021). Também, às grávidas com fator Rh negativo, era administrada a Imunoglobulina anti-D, após consentimento informado, às 28 semanas de gestação (DGS, 2007a).

Não obstante a vigilância física, atribuiu-se também importância à vigilância psicossocial da gravidez. Era avaliada a adaptação à gravidez e ao filho vindouro (questionando a grávida/casal acerca do planeamento/desejo relativamente à gravidez, como receberam a notícia em família, adaptações logísticas a fazer, e como se sentiam com as modificações em curso); assim como a saúde mental e psicossocial. Objetivou-se detetar alterações no significado da gravidez individualmente e na família, funcionalidade e apoio familiar, situações de ilegalidade, desemprego ou precariedade habitacional, adequando os recursos disponíveis às necessidades específicas da mulher/família (Cardoso et al., 2023).

Relativamente ao Objetivo 12, desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados especializados à mulher/família durante o puerpério e ao recém-nascido até aos 28 dias de vida, foram realizadas 2 consultas de revisão do puerpério, entre a 4ª e a 6ª semanas após o parto. As puérperas e o RN foram acompanhadas pelos companheiros, iniciando-se a consulta com espaço para questões ou receios que pudessem ser esclarecidos ou simplesmente para a escuta ativa, observando-se a interação da díade/tríade. Após este momento, era realizado o exame físico céfalo-caudal, o exame obstétrico, e avaliação do estado psicológico e emocional da puérpera, procurando detetar desvios à fisiologia do puerpério ou respostas desadaptadas ao corpo pós-gravídico, aos desafios do cuidado ao bebé, ao papel parental ou à relação do casal (DGS, 2015b; OE, 2019b). De acordo com o tema investigativo proposto, foi possível observar ambas as díades a amamentar, fazendo-se proveito da oportunidade para abordar questões relativas à manutenção do CPP e amamentação, aspetos a otimizar quanto à pega, posicionamento, extração efetiva de leite ou frequência das mamadas, de acordo com as necessidades evidenciadas. Foram, também, abordadas questões relativas à alimentação, atividade física, recuperação da musculatura do pavimento pélvico, retorno à sexualidade e contraceção pós-parto (DGS, 2015b).

As tríades cuidadas no âmbito da aquisição de competências estabelecidas neste objetivo enquadraram-se no expectável para este período, não tendo sido detetadas situações desviantes a referenciar. No entanto, refletiu-se acerca do número reduzido de experiências: embora um maior número tivesse facilitado este processo de aprendizagem, consideraram-se ambos os momentos proveitosos para a aquisição e desenvolvimento das competências

preconizadas, procurando apoiar o processo de transição e adaptação à parentalidade e potenciar a saúde da puérpera/RN/família (OE, 2019b).

Por fim, em qualquer contacto com as mulheres cuidadas, eram efetuados registos de enfermagem quanto às intervenções realizadas, quer no Boletim de Saúde da Grávida (BSG), quer na plataforma informática, de modo a permitir a continuidade de cuidados.

De acordo com os PQCEESMO (ACEESMO, 2021), a preparação para o parto consiste num programa de saúde cujo objetivo é desenvolver na mulher e pessoa significativa conhecimentos, capacidades, autoeficácia e consciencialização da relação entre os seus recursos e a evolução do TP, visando uma experiência de parto positiva. Ao EEESMO, cabe a conceção, planeamento, coordenação, supervisão e implementação de programas de preparação completa para o parto, parentalidade responsável e promoção do aleitamento materno; e a promoção da elaboração do plano de parto, aconselhando a mulher/casal para uma decisão livre e esclarecida (OE, 2019b). Durante o estágio, foi possível acompanhar dois grupos em PPPP, assegurados exclusiva e autonomamente por uma EEESMO, que orientou o percurso da estudante neste contexto específico. Previamente à integração no grupo, era realizada uma entrevista à grávida/casal, de modo a averiguar dados obstétricos relevantes, expectativas e necessidades específicas face à gravidez atual. As formações tinham lugar presencialmente, nas instalações da unidade de saúde, às terças e quintas-feiras, entre as 14h e as 17h.

Após validação com a professora orientadora e enf.^a cooperante, foi com entusiasmo que se prepararam duas sessões de EpS, para apresentar aos dois grupos que se encontravam no PPPP. O primeiro, relacionava-se com a temática sob investigação, intitulado *“Amamentação – do nascimento à alta hospitalar”* (Apêndice VIII); e o segundo, surgiu a pedido de um dos grupos, visivelmente interessado no movimento livre durante o trabalho de parto, intitulado *“Movimento durante o trabalho de parto”* (Apêndice IX). Os grupos aderiram positivamente e com entusiasmo a estes momentos, validando a informação e colocando questões pertinentes e demonstrativas de interesse pelo conteúdo abordado.

Considerou-se a integração dos PPPP substancialmente importante para o percurso de aprendizagem e aquisição de competências especializadas para o cuidado em ESMO. Estes, por serem ministrados de forma autónoma pelo EEESMO (de acordo com as suas competências regulamentares específicas em ESMO para a conceção, planeamento, coordenação, implementação e avaliação de PPPP), revelam-se um momento excelente para a construção de uma relação de confiança, não só com a figura unitária presente, como também com a figura coletiva do EEESMO (OE, 2019b). As grávidas/casais presentes demonstravam confiança na informação fornecida, verbalizando capacitação e autonomia informada para a tomada de

decisões. Por outro lado, sendo que a grande maioria planeava um parto hospitalar no setor público (e que a assistência ao parto seria, provavelmente, assegurada por um EEESMO), era possível fomentar a ideia de parceria nos cuidados, numa atitude colaborativa para a manifestação das suas preferências e expectativas. Neste sentido, o plano de parto foi abordado nos dois grupos acompanhados, surgindo como um instrumento que sintetiza o planeamento realizado pela mulher e pessoa significativa relativamente aos desejos, expectativas, valores e crenças a respeito do seu parto, favorecendo a sua autonomia e tomada de decisão informada e consciente (Cardoso et al., 2023). Por ser importante que esta construção aconteça em parceria com os profissionais de SMO, para que a informação que alicerça a sua construção seja fidedigna, atual, e adequada às circunstâncias específicas da mulher/casal, promoveu-se junto dos casais a sua elaboração, prestando os esclarecimentos necessários e apoiando as decisões informadas (APDMGP (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto), 2017, OE, 2019b).

Por outro lado, refletiu-se acerca da necessidade de atualização constante e baseada na evidência mais recente, dada a imprevisibilidade das questões colocadas nos mais diversos temas incluídos nos PPPP. Sabendo antecipadamente o tema de cada sessão do programa, era possível consultar bibliografia adequada e sustentada pela evidência, de modo a informar consistentemente o grupo e responder às questões colocadas.

3.3 ESTÁGIO ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA E ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA EM GINECOLOGIA

Estes módulos de estágio decorreram entre o dia 18 de dezembro de 2023 e 11 de fevereiro de 2024. As primeiras seis semanas (num total de 150 horas) foram dedicadas ao desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados especializados à mulher cuja gravidez cursa com complicações; e as duas semanas subsequentes (num total de 50 horas) objetivaram a prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade, em processo de saúde/doença ginecológica e durante o período do climatério, a fim de potenciar os seus resultados em saúde e a vivência saudável da sexualidade (OE, 2019b).

Os estágios tiveram lugar no serviço de internamento de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital nível IIb, com cuidados perinatais de referência na região sul do país, sob orientação de uma EEESMO. O serviço dispunha de 32 camas, em quartos duplos ou triplos, sendo que a ala inicial do serviço recebia mulheres internadas por patologia do foro ginecológico, onco-ginecológico e senologia; a ala central alojava grávidas com patologia associada à gravidez e/ou indução do trabalho de parto (ITP); e a final, mulheres em processo de interrupção médica da

gravidez (IMG). A equipa era constituída por 20 elementos, sendo que 14 deles eram EEESMO, e o horário era organizado de modo que estivessem, pelo menos, 2 EEESMO presentes no turno da manhã e tarde, e 1 EEESMO no turno da noite; e a prestação de cuidados decorria sob o método de enfermeiro responsável. Importa aludir ao facto de o local onde decorreu o estágio não ter sido o inicialmente definido, por constrangimentos decorrentes do número de vagas disponíveis para alocar os estudantes do CMESMO. Por isto, foi necessário adaptar os objetivos e atividades inicialmente definidos, sem prejuízo da aquisição e desenvolvimento das competências gerais e especializadas preconizadas.

Embora, na sua maioria, as gravidezes sejam processos naturais e com um desfecho positivo; por vezes, surgem condições clínicas que afetam o seu decurso normal, condicionando a saúde da mulher grávida e/ou do feto (Ricci, 2019). A WHO (2017b) refere que cerca de 15% de todas as mulheres grávidas desenvolverão algum tipo de complicação potencialmente fatal, com consequente necessidade de cuidados especializados, e algumas necessitarão ainda de intervenção obstétrica importante para sobreviver. No decorrer da prática de cuidados, evidenciou-se que a mulher/casal se confrontavam não só com a necessidade de adaptação à gravidez, como também ao processo de doença. Por isto, o modo de adaptação físico-fisiológico solicitava-se, perante estes dois estímulos focais, sendo necessário que o EEESMO facilitasse uma resposta adaptativa, enfatizando os mecanismos de *cooping* internos e externos da mulher/casal face à adaptação à gravidez patológica (Phillips, 2004; Roy, 2009). As intervenções especializadas neste contexto, preconizaram o cuidar da mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, promovendo a sua adaptação ao processo de saúde/doença, assim como identificar precocemente sinais e sintomas de complicações decorrentes do seu estado clínico, referenciando as situações para além da competência do EEESMO (OE, 2019b). Foram, neste sentido, prestados cuidados a 91 grávidas/famílias, de acordo com a tabela 3:

Tabela 3 - Exames Pré-natais e grávidas assistidas

GRÁVIDAS EM ITP	GRÁVIDAS DE RISCO	TOTAL EXAMES PRÉ-NATAIS
23	68	119

Para responder ao objetivo específico 15: desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados à grávida/feto/família de risco, em contexto de internamento e consulta de ambulatório hospitalar, promovendo a vivência positiva e adaptação da mulher/casal face aos processos patológicos na gravidez, concretizaram-se as atividades abaixo descritas, no âmbito do serviço de internamento de Obstetrícia.

Após o acolhimento ao serviço e equipa - numa atitude ética e empática, procurando estabelecer uma relação de confiança e promover a adaptação da grávida/casal ao novo

ambiente - era realizada a colheita da informação necessária para um planeamento, diagnóstico de enfermagem e tomada de decisão para os cuidados centrados na pessoa cliente. Aquando da entrevista/consulta do processo clínico/BSG, eram averiguados dados relativos à gravidez e situação atual; antecedentes pessoais, familiares e obstétricos/ginecológicos; frequência do PPPP e elaboração do plano de parto; planeamento e aceitação da gravidez atual e o contacto da pessoa/convivente/familiar significativo para anexar ao processo. A grávida era ainda indagada acerca da sua intenção de amamentar, bem como da história de amamentação prévia, caso se adequasse, procurando momentos informais para a aplicação do projeto de investigação no serviço. De facto, a maioria das mulheres cuja gravidez cursava com complicações com prognóstico favorável, pretendia amamentar o seu bebé, embora todas demonstrassem dificuldade em planear o seu processo de amamentação, face à ansiedade decorrente do processo de doença e hospitalização atual. Todavia, discutir o processo de amamentação revelou-se (muitas vezes) um caminho de esperança no futuro, permitindo à grávida centrar-se nos aspetos positivos que a amamentação possibilitaria após o nascimento, pelo que estes momentos informais de EpS se consideraram uma mais-valia para o cuidado prestado. Salvaguardam-se ao exposto as situações de gravidez patológica com prognóstico reservado, em que se optou por valorizar o bem-estar da grávida em detrimento do plano de amamentação, pela incerteza face ao desfecho da gravidez. Neste sentido, foi elaborada uma sessão com o título *“Promoção da amamentação no período pré-natal: um cuidado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”* (Apêndice X), com o objetivo de refletir com os enfermeiros do serviço sobre as intervenções promotoras do estabelecimento e manutenção da amamentação durante o período pré-natal, no contexto de internamento de grávidas de risco. Considerou-se este momento relevante para o percurso formativo, na medida em que permitiu a pesquisa bibliográfica e visou contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, no âmbito específico da conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções à mulher/família a vivenciar processos de saúde/doença na gravidez (OE, 2019b).

A ansiedade foi um foco de atenção importante durante este estágio, sendo transversal a todas as grávidas/famílias cuidadas e independe do diagnóstico que motivasse o internamento. Estima-se que a incidência da ansiedade seja cerca de 5,17% mais elevada e afete até 40% das mulheres cuja gravidez cursa com complicações (Leite et al., 2021). A ansiedade afeta ainda os mecanismos de *cooping* da mulher, prejudicando a sua resposta adaptativa (Roy, 2009); assim como parece traduzir-se em comprometimento fetal, associando-se a resultados neonatais negativos como a prematuridade, baixo peso ao nascimento ou restrição de crescimento fetal, através do aumento da tensão arterial materna e consequente diminuição da perfusão uteroplacentária. Para além disto, o feto parece preparar o seu cérebro para a chegada ao mundo

extrauterino de acordo com o nível de ameaça deduzido pela “temperatura emocional” da mãe, percecionado através dos sinais vitais ou do nível das hormonas do *stress* que atravessam a barreira placentária (Abrar et al., 2019; Leite et al., 2021; Marshal & Raynor, 2020).

O cuidado especializado da estudante incluiu a escuta ativa das emoções e preocupações da mulher/família, estabelecendo uma relação terapêutica de confiança que possibilitasse o esclarecimento efetivo das dúvidas e diminuição da ansiedade. Foi importante aferir conhecimento da grávida/casal face ao processo de saúde/doença que vivenciavam, adequando a informação fornecida e contribuindo para a efetividade das estratégias de *cooping* para lidar com o estímulo focal e contextual representando pela patologia associada à gravidez e hospitalização (Phillips, 2004). Foram, também, implementadas estratégias de relaxamento, de acordo com as preferências da mulher/casal, como sendo a música, imaginação guiada, toque terapêutico ou presença de acompanhante, como facilitadoras da adaptação eficaz.

Os diagnósticos clínicos mais comuns neste contexto de estágio foram a ameaça de parto pré-termo (APPT), a ITP e rotura prematura de membranas pré-termo (RPMPT). Foram, ainda, cuidadas grávidas que, por razão clínica ou gestação prolongada, se encontravam internadas para ITP. Por fim, foi possível prestar cuidados à mulher/família proposta para IMG, na sequência de diagnóstico fetal incompatível com a vida extrauterina ou morte fetal *in utero*.

Com o intuito de avaliar o bem-estar materno-fetal, a rotina incluía a avaliação dos sinais vitais maternos, auscultação dos BCF com recurso a *doppler* e/ou registo cardiotocográfico. A realização e interpretação da cardiotocografia (CTG) é uma intervenção autónoma do EEESMO, e pretende avaliar indiretamente o estado de oxigenação fetal, através da avaliação dos BCF, da contratilidade uterina, dos movimentos fetais e sua relação (Graça, 2017). Esta era realizada a todas as grávidas com IG superior a 28 semanas, durante 30 ou 40 minutos, uma ou duas vezes por dia (exceto se a condição clínica materno-fetal ditasse uma avaliação mais exaustiva), segundo o protocolo do serviço. Antes da realização do exame, eram efetuadas as quatro manobras de Leopold, objetivando identificar o número de fetos; a apresentação, posição e atitude fetal; a altura da apresentação e o foco de máxima intensidade para auscultação dos BCF (Johnson & Taylor, 2023; Sequeira et al., 2020). Salienta-se que a monitorização cardiotocográfica e sua interpretação remetem para a integração do traçado obtido na situação clínica da grávida/feto, para correta avaliação dos achados (Gibb & Arulkumaran, 2024). Importou clarificar aspetos como a IG (sendo que fetos após as 40 semanas, bem oxigenados, tendem a ter uma FCF mais próximas dos 110 bpm), quadros infecciosos maternos (que podem conduzir a taquicardia fetal), ou a realização de corticoterapia para maturação pulmonar fetal - com possível redução da variabilidade basal da FCF (Gibb & Arulkumaran, 2024; Graça, 2017). Neste sentido, houve um particular investimento da estudante na pesquisa bibliográfica relativamente à

interpretação da CTG, por forma a detetar precocemente desvios da normalidade do bem-estar fetal e encaminhar as situações cuja vigilância ultrapassava a esfera de competências do EEESMO. Também o apoio da enf.^a cooperante foi fundamental para atingir este objetivo.

O repouso no leito, frequentemente prescrito durante este estágio e sendo uma medida controversa quanto à sua sustentação pela evidência científica, suscitou necessidade de reflexão por parte da estudante. Sendo a indicação para permanência no leito, é utilizado como medida terapêutica ou preventiva em várias situações de risco gravídico, como a APPT, RPMPT, gestação múltipla, hipertensão induzida pela gravidez, placenta prévia, hemorragia do segundo ou terceiro trimestre ou RCF (Lauder et al., 2020; Saccone et al., 2023). No entanto, os seus benefícios têm sustentação científica débil; havendo, por outro lado, efeitos adversos documentados, como sendo a atrofia muscular, ganho inadequado de peso materno e fetal, aumento do risco de ocorrência de fenómenos tromboembólicos ou alterações emocionais (Lauder et al., 2020; Maloni, 2011). De forma a minimizar os constrangimentos sentidos pelas mulheres cuidadas com esta prescrição (que verbalizavam mais ansiedade e sentimentos de frustração e tristeza), foi privilegiado o apoio emocional, a partilha de sentimentos, incentivo à presença de acompanhante ou a aplicação de técnicas de relaxamento (como a imaginação guiada, musicoterapia ou toque terapêutico), de acordo com as necessidades demonstradas.

A ITP pode definir-se como a intervenção realizada a fim de iniciar artificialmente o processo do trabalho de parto, de forma química ou mecânica (Marshall & Raynor, 2020; WHO, 2022a). A maioria das mulheres cuidadas neste contexto tinham atingido as 41 semanas de gestação, ou a gravidez cursava com patologia associada que determinava a sua interrupção antes das 41 semanas. Era realizada por parte da estudante uma anamnese cuidada, revendo os motivos para a ITP ou existência de possíveis contraindicações; assim como avaliado o bem-estar materno-fetal pré ITP. Verificou-se que, a maioria, tinha pouco conhecimento acerca dos motivos da ITP ou das alternativas possíveis, adotando essencialmente uma postura passiva, pelo que o tema foi alvo de reflexão, conjuntamente com a enf.^a cooperante. Neste sentido e de acordo com o conhecimento prévio demonstrando, as grávidas foram instruídas quanto ao procedimento e aos resultados esperados, enfatizando o seu papel ativo e tomada de decisão informada. Após decisão terapêutica médica e início da ITP, a intervenção da estudante baseava-se na prestação de cuidados de vigilância do bem-estar materno-fetal, e a grávida era apoiada nas medidas de promoção do conforto e gestão da dor. A relação de confiança construída através da presença e segurança da estudante no esclarecimento das dúvidas, permitia capacitar as grávidas como parceiras no processo terapêutico, aumentando a sua confiança e determinação aquando da transferência para o BP.

Numa situação particular e sobre a qual se refletiu, uma grávida (já internada há mais de 24 horas em processo de indução, com uma cesariana prévia, sinais evidentes de cansaço e pouco convicta do sucesso desta indução) mostrou-se progressivamente mais interessada no seu papel ativo, à medida que a estudante se mantinha presente, facilitando o esclarecimento de dúvidas e apoiando a gestão da dor. Observou-se um incremento progressivo do TP, à medida que a grávida era incentivada a movimentar-se livremente e recorria ao duche como estratégia não farmacológica para gestão da dor; e o TP evoluiu muito rapidamente, ocorrendo a rotura espontânea da bolsa amniótica e a transferência urgente da grávida/casal para o BP. A estudante solicitou autorização à equipa presente e à enf.^a cooperante para permanecer a acompanhar aquela família, sendo que o parto ocorreu pouco depois. Momentos após o nascimento do RN, a mulher verbalizou satisfação, dizendo à estudante “você tinha razão: eu consegui!”. Validou-se, assim, a importância da continuidade de cuidados de qualidade centrados na pessoa-cliente, da presença contínua e estabelecimento da relação de confiança.

O contexto da prestação de cuidados especializados às mulheres internadas para IMG foi, provavelmente, o maior desafio durante este estágio. Estas eram encaminhadas da Consulta de Embriologia Fetal, após diagnóstico pré-natal que revelasse malformações congénitas *major*, e o internamento era realizado na ala final do serviço, minimizando o contacto com as restantes grávidas, com o ruído dos cardiotocógrafos ou com as vocalizações das mulheres em TP.

O EEESMO é, muitas vezes, o profissional mais presente durante o processo de aborto tardio ou morte perinatal. No entanto, é reconhecida a falta de evidência científica relativa às intervenções de apoio e suporte das famílias em luto perinatal (Fernández-Férez et al., 2021). A comunicação terapêutica revelou-se uma habilidade crucial durante o cuidado à mulher/família fragilizada nesta circunstância tão específica e avassaladora, tornando-se o caminho para o cuidado centrado na pessoa-cliente. Aquando do internamento, as famílias encontravam-se maioritariamente em fase de revolta face ao diagnóstico, expressando sentimentos de raiva, angústia ou impotência. Por outro lado, alguns casais optavam pelo silêncio, sendo possível observar apenas a comunicação não verbal e, desta forma, inferir a melhor conduta para proporcionar conforto e cuidados. Assim, foi importante atender a algumas intervenções úteis em comunicação terapêutica, tais como dar importância à experiência da pessoa, facilitar a expressão de emoções, aceitar e respeitar, escutar, refletir e responder e empatizar (Coelho, 2021). Procurou-se, desta forma, potenciar os mecanismos de *cooping* da mulher/casal, para que integrassem o estímulo focal e contextual, e procurassem uma adaptação satisfatória durante o processo de hospitalização (Roy, 2009). A criação de vínculo da estudante com a família era, muitas vezes, inevitável. Tornou-se, pois, necessária a criação de estratégias facilitadoras (como momentos de reflexão e análise de situações específicas), para que a emoção pessoal não

interferisse com a prestação dos cuidados. Sobrepor as necessidades de cuidado das mulheres/família à emoção e percepção da situação da estudante foi um trabalho contínuo, facilitado pela reflexão conjunta, apoio e orientação da enf.^a cooperante.

Durante este módulo de estágio, foi também possível prestar cuidados à mulher/família no contexto de internamento motivado por patologia ginecológica, onco-ginecológica ou da mama; assim como no contexto de consulta externa, nomeadamente de patologia do colo uterino e gravidez não desejada (GND). Os diagnósticos que mais frequentemente motivavam o internamento relacionavam-se com a gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica ou patologia oncológica da mama, para tratamento cirúrgico. Descrevem-se, de seguida e sumariamente, as atividades desenvolvidas para consecução dos objetivos 13 - Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a realização de atividades de diagnóstico, vigilância e prestação de cuidados especializados no âmbito da ginecologia e 14 - Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a promoção da saúde, adaptação e vivência positiva dos processos de saúde/doença do foro ginecológico.

O cancro da mama perspetiva-se um fenómeno com impacto físico, emocional e prático; consistindo num desafio, quer na perspetiva da pessoa cuidada, quer na perspetiva do profissional que a cuida (Heidary et al., 2023). A mama tem um papel muito além do físico e fisiológico, em todas as etapas do desenvolvimento da mulher até à idade adulta: é também encarada como símbolo do erotismo, sensualidade e sexualidade feminina. Por isto, a vivência deste processo provoca na mulher/família sentimentos como raiva, angústia, ansiedade, medo e dúvida face ao diagnóstico, sendo que as mulheres se veem confrontadas ainda com o impacto do tratamento na sua autoimagem e identidade feminina (Franco et al., 2021).

Foi possível prestar cuidados à mulher durante o período pré e pós cirúrgico, numa continuidade que se revelou essencial na promoção do conforto emocional e facilitação da adaptação físico-fisiológica e de autoconceito ao processo vivenciado (Roy, 2009), face ao profundo impacto do diagnóstico e subsequente tratamento cirúrgico. O cuidado especializado embasou-se na relação terapêutica, permitindo a expressão de emoções e questões relativas ao procedimento, e à expressão da sexualidade e identidade feminina após cirurgia. Realizaram-se intervenções de vigilância (monitorização dos sinais vitais, controlo da dor, cuidados à ferida cirúrgica e medidas de prevenção e controlo de infeção), assim como de EpS relativamente aos cuidados cicatriciais, promoção da comunicação entre o casal e apoios na comunidade.

Quanto à consulta da GND, esta é realizada autonomamente por uma EEESMO, com a colaboração da equipa médica sempre que necessário, promovendo a decisão esclarecida para a interrupção voluntária da gravidez (IVG), informando e orientado a mulher relativamente à

sexualidade e contraceção após o aborto e aos recursos disponíveis na comunidade (OE, 2019b). Num primeiro momento, após verificação dos documentos necessários (ecografia de datação da gravidez e atestado médico, grupo sanguíneo, consentimento informado, livre e esclarecido para o procedimento e dados da consulta inicial realizada no centro de saúde), as mulheres eram orientadas quanto ao procedimento a realizar (de acordo com o preconizado na Circular Normativa n.º 9/SR de 21/06/2007 [DGS, 2007b]), cuidados durante o mesmo e sinais de alarme que motivariam observação médica. Eram prestados esclarecimentos quanto aos métodos de controlo de fertilidade disponíveis, a fim de iniciar o contracetivo (por elas selecionado) em tempo útil. A consulta de seguimento era marcada, num prazo aproximado de duas semanas, a fim de confirmar a conclusão do aborto, colocar contraceção intrauterina (se aplicável) e confirmar o agendamento da consulta de planeamento familiar no centro de saúde.

O aborto não acompanhado por profissional de saúde é considerado a quinta maior causa de mortalidade materna, e as diretrizes internacionais nomeiam o cuidado à mulher sob este procedimento como elemento essencial dos serviços básicos de saúde reprodutiva e um meio de redução da mortalidade e morbilidade maternas (ICM [International Confederation of Midwives], 2014). As razões apontadas para a realização de IVG são maioritariamente económicas, emocionais e sociais; sendo que, na origem da GND estão a não adesão, descontinuidade ou uso incorreto dos métodos contraceptivos (Palma et al., 2021). Numa perspetiva reflexiva do percurso desenvolvido, considerou-se este contexto como importante para a aquisição de competências especializadas no cuidado à mulher no seu ciclo reprodutivo, sendo que o EEESMO detém, de forma regulamentar, os conhecimentos e aptidões necessárias para assistir o processo de IVG, promover o planeamento familiar e o aconselhamento contracetivo e, desta forma, potenciar a saúde da mulher (OE, 2019b; Palma et al., 2021).

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

O parto é uma experiência profunda, com repercussões físicas, psicológicas, sociais e existenciais a curto e longo prazo. Experiências de parto positivas têm o potencial de transformar a mulher que os vivencia, impactando as escolhas, empoderamento, sensação de controlo, satisfação e autoeficácia, promovendo uma adaptação à maternidade tranquila e eficaz (Kurz et al., 2022; Olza et al., 2018). As recomendações da WHO para uma experiência de parto positiva preconizam a assistência ao TP baseada em práticas eficazes, prevenindo as práticas potencialmente prejudiciais, de forma que os profissionais de saúde possam apoiar as mulheres para que alcancem os resultados físicos, emocionais e psicológicos desejados para si próprias, para os seus bebés e suas famílias (WHO, 2018, 2020).

As atividades de vigilância e assistência ao TP, parto e puerpério imediato decorreram sob supervisão e orientação de uma EEESMO, no serviço de BP de um hospital EPE a sul do país, de nível IIb, entre 19 de fevereiro e 5 de julho de 2024, totalizando 500 horas. Em 2023, ocorreram 2720 partos neste hospital, dos quais 902 (33,2%) foram cesarianas (SNS Transparência, 2023). O BP dispõe de 8 salas de parto individuais, 2 salas para a realização de cirurgia obstétrica/ginecológica, uma sala de recobro com 2 camas e 3 casas de banho com duche para as parturientes. A zona central dispõe de uma bancada com computadores e acesso por telemetria à monitorização CTG de cada quarto, uma sala equipada para prestação de cuidados ao RN saudável ou com necessidade de reanimação neonatal, um berço aquecido e uma incubadora de transporte. A equipa é constituída por 39 EEESMO e 7 enfermeiros de cuidados gerais, distribuídos por 5 equipas, adicionando-se 1 EEESMO chefe de serviço e 1 EEESMO como 2º elemento. Os elementos distribuem-se de forma a estarem 6 EEESMO em cada turno mais 1 ou 2 enfermeiros de cuidados gerais, nos turnos de manhã/tarde e noite, respetivamente.

O desenvolvimento de competências durante este estágio objetivou cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o TP, assistindo ao parto num ambiente seguro, para otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina, diagnosticar precocemente e prevenir complicações, e prestar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com o trabalho de parto (OE, 2019b). Posto isto, descrevem-se os cuidados especializados prestados desde a admissão até à alta da mulher/casal, mobilizando os conhecimentos necessários à consecução destas atividades, com base na prática baseada na evidência, na reflexão crítica para a tomada de decisão e na centralidade dos cuidados na mulher/feto/RN/casal, de forma a promover a sua satisfação, saúde, autocuidado e autocontrolo, readaptação funcional e prevenção de complicações (ACEESMO, 2021).

Foram prestados cuidados especializados a 118 famílias, de acordo com a tabela 4:

Tabela 4 - Parturientes, Puérperas e RN assistidos e partos assistidos/participados

PARTURIENTES ASSISTIDAS		PARTOS ASSISTIDOS		PARTOS PARTICIPADOS		CUIDADOS NO PUERPÉRIO IMEDIATO	
Baixo Risco	Alto Risco	Com Episiotomia	Sem Episiotomia	Instrumentados com Ventosa	Instrumentados com Fórceps	Puérperas	Recém-Nascidos
88	30	1	58	13	2	74	74
Total - 118		Total – 59		Total - 15		Total – 74 díades	

Considera-se que o TP representa o final da gravidez, em que o corpo da mulher se sujeita novamente à adaptação física e emocional que o prepara para parir; definindo-se como o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez iniciados de forma espontânea ou induzida, conduzem à contratilidade uterina regular, dilatação e extinção do colo do útero, progressão fetal pelo canal de parto e subsequente expulsão do mesmo e dos anexos para o exterior (Graça,

2017; Marshal & Raynor, 2020). O processo não é, ainda, totalmente compreendido e o seu início supõe-se multifatorial, combinando fatores hormonais e mecânicos, que envolvem o estiramento do útero pelo peso fetal e do líquido amniótico (LA), a supressão da progesterona com aumento do estrogénio, aumento da sensibilidade dos recetores uterinos à ocitocina e aumento da libertação de prostaglandinas (Marshal & Raynor, 2020; Ricci, 2019). Divide-se em quatro estádios: o primeiro, que decorre entre o início das contrações uterinas regulares e dolorosas até à completa dilatação do colo uterino; na sua fase latente – dos 0 aos 5 centímetros de dilatação - e fase ativa – dos 5 a os 10 centímetros de dilatação. A fase latente do 1º estágio do TP tem duração variável e é influenciada por fatores externos, enquanto a fase ativa é mais previsível na sua duração e progressão. O segundo estágio compreende a dilatação completa e a saída do feto; o terceiro estágio corresponde ao período entre a expulsão do feto e a expulsão da placenta e membranas; e o quarto estágio diz respeito à hora subsequente à saída da placenta (Ricci, 2019; WHO, 2018). Importa salientar que a determinação da fase ativa do TP é fundamental para evitar a admissão da mulher no BP numa fase precoce do TP, com consequente internamento mais prolongado e maior probabilidade de intervenções obstétricas potencialmente desnecessárias, partos instrumentados, cesarianas ou desfechos materno-fetais adversos (FAME, 2023; Terto et al., 2021).

Relativamente ao objetivo 16 do PIE - Desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas que permitam acolher a mulher/casal/família no bloco de partos, a admissão no BP realizava-se a partir do serviço de urgência obstétrica (SUO) ou a partir do serviço de internamento de obstetrícia, sendo que os motivos mais comuns para recorrência ao SUO se relacionavam com a contratilidade dolorosa, RPM, perda hemática via vaginal, perceção diminuída dos movimentos fetais ou ainda motivos de origem ginecológica.

A transferência do ambiente domiciliar para o ambiente físico e humano desconhecido do hospital (presença de pessoas desconhecidas, diminuição da privacidade, a restrição de movimentos ou alimentar, a visualização de material médico ou a necessidade implícita de cumprir as rotinas e os protocolos institucionais) pode acarretar sentimentos de ansiedade, vulnerabilidade, insegurança e medo, com potencial para dificultar o processo fisiológico do parto (FAME, 2023; Marshal & Raynor, 2020). Assumindo o ambiente como mais que estrutura física e promotor do conforto da mulher, procurou-se sempre humanizá-lo e personalizá-lo de forma a garantir a privacidade, espoletar sentimentos de segurança e permitir a tranquilidade necessária para a promoção de um parto positivo e empoderador (Quadros Orcina et al., 2023). Para isto, atendeu-se às preferências das parturientes quanto à luminosidade; procurou-se um equilíbrio entre a presença necessária à vigilância e cuidados materno-fetais e a manutenção da privacidade; permitiram-se objetos pessoais (como luzes de presença, mantas ou amuletos);

reduziu-se o ruído do cardiotocógrafo e promoveu-se a presença da pessoa significativa. Algumas famílias cuidadas chegavam mesmo a verbalizar a importância deste cuidado, facto que consolidou empiricamente a pesquisa efetuada.

Por outro lado, a importância da comunicação efetiva e terapêutica no cuidado em SMO é alvo de atenção há muito; reconhecendo-se, atualmente, o seu impacto na tomada de decisão partilhada e na qualidade dos cuidados (Chang et al., 2018). A WHO (2018), considera a comunicação efetiva na sua lista de recomendações para uma experiência de parto positiva e cuidado respeitoso. Assim, enfatizaram-se aspetos como a apresentação e tratamento da parturiente/casal/feto/RN pelo nome; o fornecimento de informação individualizada e perceptível; o suporte emocional através do encorajamento, validação e escuta ativa; a promoção da participação ativa da mulher e da expressão das suas necessidades e desejos, assegurando a sua privacidade, confidencialidade e consentimento informado (FAME, 2023; WHO, 2018, 2020).

Após a apresentação do serviço, equipa multidisciplinar e acomodação da parturiente/casal no quarto, era realizada a colheita de dados através da entrevista, consulta do BSG e processo clínico, para compreensão detalhada da história pessoal/familiar, obstétrica e gravidez atual. Por fim, eram abordadas as expectativas da mulher face ao TP, tais como a presença de acompanhante, métodos para gestão da dor, cuidados imediatos ao RN e se era seu desejo realizar CPP imediato e amamentar após o nascimento. O incentivo à partilha de preferências (através do plano de parto verbal ou escrito), tornou-se uma experiência tanto gratificante como desafiante: a partilha contínua e discussão sobre possibilidades e opções que resultassem numa decisão informada, permitiu o estabelecimento da relação de confiança e parceria, assim como delinear um plano de cuidados individualizado e centrado em cada tríade, baseando-se na melhor evidência disponível e motivando a pesquisa da mesma.

Quanto ao objetivo 17: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados à grávida/parturiente/casal/feto/RN durante os quatro estádios do Trabalho de Parto, e objetivo 18: Desenvolver competências técnicas, científicas, e relacionais para a prestação de cuidados especializados ao RN nas primeiras duas horas de vida, foram desenvolvidas várias atividades de vigilância, cuidados e de EpS, que se descrevem seguidamente, para sua consecução.

Monitorizar o progresso do TP é um componente central da rotina de cuidados intraparto, identificando desvios da normalidade precocemente, de forma a intervir e prevenir desfechos materno-fetais adversos (WHO 2020). O exame vaginal, não sendo realizado por rotina, revela-se uma ferramenta útil a integrar na avaliação global da progressão do TP: permite avaliar vários parâmetros, tais como a posição, consistência, apagamento e dilatação do colo uterino; indicadores da estática fetal, como sendo apresentação (cefálica, pélvica ou espádua),

posição (esquerda ou direita), atitude (flexão ou deflexão), variedades da apresentação fetal (anterior, posterior ou oblíqua) e descida (através dos planos de De Lee), rotação interna da cabeça fetal e o estado das membranas (Johnson & Taylor, 2023; Moncrieff et al., 2022). A WHO (2018, 2020) estabeleceu a periodicidade adequada para a realização deste procedimento no intervalo de 4h, de modo a permitir avaliar a evolução do TP.

Durante a prática clínica, o exame vaginal foi realizado conscienciosamente e sob a premissa de que era necessário para o processo de tomada de decisão (antes da execução de algum procedimento, caso existissem alterações do traçado da CTG ou no padrão de dor/desconforto da parturiente, precedido do esvaziamento vesical espontâneo ou induzido). Era explicitada a razão do exame, o procedimento em si e os achados após a sua realização, reconhecendo que este momento pode ser sensível para as parturientes que já se encontravam ansiosas ou com dor (NICE, 2022a). Verificou-se que algumas mulheres se sentiam mais seguras sabendo da progressão da dilatação; e outras, a quem esta informação trazia bastante ansiedade, caso o resultado do exame não fosse ao encontro das suas expectativas; algumas mulheres sentiam-se à vontade com o procedimento, e outras, sentiam dificuldade em assumir a posição litotômica para a avaliação. Por isto, era tido em conta o estado emocional da mulher, procurando um encontro positivo entre a sua vontade e a necessidade da avaliação. Alude-se ao facto de a avaliação da estática e descida fetal através dos planos de De Lee, durante a realização do exame vaginal, ter sido um dos principais desafios durante este módulo de estágio, sendo que a identificação das estruturas fetais tocadas nem sempre foi óbvia. A integração da informação obtida através das manobras de Leopold nas estruturas tocadas durante o exame vaginal (suturas, fontanela anterior ou posterior, presença do orifício palpável – boca ou ânus - ou cadência pulsátil que sugerisse cordão umbilical) revelou-se útil para identificar a situação, posição, apresentação, variedade e atitude fetal. Ainda, para ultrapassar esta barreira, fez-se proveito de todas as oportunidades para a prática, integrando-se proficuamente as indicações da enf.^a cooperante no sentido de melhorar a técnica descrita. Por fim, os cuidados de higiene e conforto eram prestados, assistidos ou incentivados, de acordo com a capacidade e vontade da parturiente.

O registo da evolução do TP deve ser claro, preciso e relevante para a esfera de cuidados à parturiente, recomendando-se a utilização do partograma, conforme as orientações da WHO (2018). O protocolo do serviço incluía o início do registo no partograma na fase ativa do TP; monitorizando, para além da dilatação uterina e descida da apresentação, o padrão de contratilidade uterina, a integridade das membranas e características do LA, a analgesia realizada, o esvaziamento vesical e os dados relativos ao parto.

A avaliação do bem-estar fetal era efetuada através da CTG, podendo esta ser realizada de forma intermitente (em intervalos regulares) ou contínua (Gibb & Arulkumaran, 2024). Consensualmente, a monitorização intermitente está aconselhada nas parturientes com gravidezes de termo, baixo risco para resultados adversos maternos ou neonatais e em TP espontâneo, sendo necessário enquadrar esta monitorização na vigilância global da mulher (ACOG, 2009, 2019; Alfirevic et al., 2017; Dore & Ehman, 2020; FIGO, 2018; NICE, 2022b; Zhao et al., 2020). No entanto, o protocolo do BP onde foi realizado o estágio, preconizava a monitorização CTG contínua em todas as parturientes, pelo que se privilegiava o recurso à monitorização com telemetria (permitindo maior mobilidade da mulher), assim como se realizavam pausas para ir ao duche ou WC, sempre que a situação o permitisse. Refletiu-se, contudo, acerca deste protocolo institucional, concluindo-se que a conduta se relacionava com a impossibilidade de cumprir os intervalos seguros para a monitorização intermitente (pela alta afluência habitual *versus* número de EEESMOS por turno). Não obstante e numa ótica de parceria de cuidados, importou esclarecer as parturientes que solicitavam monitorização intermitente acerca das suas várias possibilidades, já que a avaliação do risco tem sempre caracter dinâmico e, por isso, pode alterar-se no decurso do TP (NICE, 2022b).

O TP prolongado patológico constitui uma importante causa de morbilidade e mortalidade perinatal, cuja identificação da causa direta é um desafio na prática de cuidados obstétricos. Este aspeto revela-se importante na medida em que pretende diminuir a taxa crescente de cesarianas que decorrem da alegada falha de progressão do TP, através da implementação adequada e oportuna de técnicas menos invasivas que conduzam à concretização do parto vaginal (WHO, 2014). Enquanto situação presenciada algumas vezes neste estágio, procurou-se prestar cuidados especializados nesta circunstância, recorrendo de técnicas como apoiar, incentivar a mobilidade, aplicar massagem ou toque terapêutico, proporcionar a ingesta de fluídos ou sólidos ligeiros, incentivar o recurso ao duche morno e ao esvaziamento vesical frequente, objetivando equilibrar o processo fisiológico do parto e aumentar o papel ativo da mulher (Chapman & Charles, 2018; WHO 2014). Também, nas situações em que as estratégias descritas se revelassem infrutíferas ou naquelas cuja intervenção se encontrava para além da área de atuação do EEESMO, era solicitado o apoio da equipa médica, num cuidado interdisciplinar, com vista aos melhores resultados para a saúde materna e fetal (OE, 2019b). Não obstante, por vezes, revelou-se necessário o recurso a procedimentos para acelerar o TP, maioritariamente, por sinais de cansaço materno em TP mais prolongados.

A amniotomia consiste na rutura artificial das membranas ovulares com recurso a um instrumento esterilizado (amniótomo), inserido no cérvix por meio do toque vaginal (Johnson & Taylor, 2023). O objetivo primário deste procedimento é acelerar o TP, através do aumento da

produção e libertação de prostaglandinas e ocitocina, que potencia as contrações rítmicas e maior pressão da apresentação no colo uterino, com consequente dilatação cervical mais rápida. Permite, ainda, visualizar as características do LA e a monitorização fetal interna (Sequeira et al., 2020; Smyth et al., 2013). Importa salientar que, no seu objetivo primário de acelerar o TP, deve restringir-se aos TP induzidos, complicados ou prolongados e com consequente prejuízo do bem-estar materno; não existindo evidência de benefícios desta prática no TP espontâneo e sem complicações (ACOG, 2019; Johnson & Taylor, 2023; Smyth et al., 2013; WHO, 2018; Zhao et al., 2020). Por isto e para além dos pressupostos descritos acima, eram salvaguardados aspetos como a explicitação à mulher/casal os benefícios, possíveis resultados adversos e os resultados esperados da técnica; a evolução do TP (procurando realizá-la apenas após os 5 cm de dilatação); e a descida da apresentação – sendo realizada apenas quando esta se encontrava no plano 0 de De Lee - mantendo o apoio digital da apresentação, até esta se encontrar perfeitamente apoiada, prevenindo o prolapso do cordão umbilical. Ainda, após a sua realização, eram avaliadas as características do LA (cheiro, aspeto e quantidade); a monitorização dos BCF através da CTG; prestados, assistidos ou incentivados os cuidados de higiene e conforto e efetuados os registos descritivos do procedimento no partograma e sistema informático (Chapman & Charles, 2018, Johnson & Taylor, 2023). Na presença de rutura de membranas (artificial ou espontânea) superior a 6 horas, era administrada antibioterapia segundo o protocolo do serviço, para prevenção de infeção materna peri-parto. Também, nos casos de *Streptococcus Agalactiae* positivo ou desconhecido (se IG inferior a 37 semanas, RN anterior com doença por positivo *Streptococcus Agalactiae* ou febre intraparto superior a 38°C), era administrada antibioterapia para prevenção da infeção neonatal.

A dor era verbalizada como sendo o principal motivo de apreensão por parte das mulheres cuidadas em TP. Esta era habitualmente associada ao sofrimento, vista como um aspeto negativo e a grande maioria referia desejar alívio farmacológico da dor à chegada ao BP. Historicamente, a dor associada ao TP é reconhecida como inerente ao processo, embora as abordagens para a sua gestão sejam variáveis, cultural e temporalmente (Nori et al., 2023). Por isto, considerou-se importante refletir acerca da fisiologia e papel da dor durante o TP, bem como das estratégias possíveis para a gerir/eliminar.

Do ponto de vista físico e no primeiro estágio do TP, a dor resulta, essencialmente, da contratilidade, dilatação do colo e distensão do segmento inferior uterino. No segundo estágio, a perceção dolorosa atribui-se ao estiramento do pavimento pélvico e músculos perineais, e à pressão exercida nas terminações nervosas sacrais. Não obstante, a dor do TP associa-se (muitas vezes) também ao medo, à ansiedade, às experiências pessoais anteriores ou de pessoas significativas; tornando-a uma experiência física, mas também emocional, única para cada

parturiente (Bonapace et al., 2018). Por fim, é possível considerar a dor como real, mas associando-a a um mecanismo essencial de *feedback* para a mulher: o movimento ou descanso exigidos, alternância de posições e a vocalização em resposta à dor, favorecem a progressão fetal e estimulam a progressão do TP (Nori et al., 2023). Múltiplos métodos farmacológicos (MF) ou não farmacológicos (MnF) podem ser usados na gestão da dor do TP, de forma isolada, combinada ou sequencial. Tendencialmente, os MnF parecem ajudar a mulher a lidar com a dor (não a mitigando), e não se encontram descritos quaisquer efeitos secundários adversos; enquanto os MF mitigam a dor, mas podem não produzir efeitos benéficos no alívio da ansiedade ou sofrimento, associando-se a efeitos secundários adversos mais ou menos frequentes ou graves, de acordo com os fármacos e técnicas utilizados (ACOG, 2019; Garcia-Lausin et al., 2019; Nori et al., 2023). Neste sentido e sempre que possível, eram averiguadas as perceções da mulher face à dor durante o TP. Quando se verificava disponibilidade para tal, a estudante procurava desconstruir mitos e receios, através de breves explicações acerca da fisiologia e papel da dor durante o processo, procurando desassociar a sua perceção física, do sofrimento. Eram, também, explicitadas as vantagens e desvantagens dos MF e MnF disponíveis, promovendo a decisão informada da mulher, já que a satisfação ou insatisfação com determinado método parece relacionar-se mais com as expectativas (muitas vezes, irreais ou pouco claras) do que propriamente com o método de gestão da dor *per si* (Thomson et al., 2019).

Em fases mais precoces do primeiro estágio do TP, foram sugeridas preferencialmente MnF, percecionando-se grande satisfação por parte das mulheres cuidadas relativamente à massagem, duche de água morna e técnicas de respiração, sendo que a grande maioria optou por adiar a realização da analgesia locorregional – mesmo as que pretendiam este recurso logo à entrada no BP. A par dos MnF descritos, a presença contínua do acompanhante era privilegiada, conforme as recomendações da WHO (2018). Salienta-se o recurso ao movimento livre e favorecimento das posições verticais como MnF para gestão da dor. As mulheres cuidadas eram incentivadas à adoção de posições de conforto, de acordo com a localização da dor, com recurso à bola de pilatos, bola “amendoim”, ao pano suspenso em todas as boxes do BP ou ao acompanhante presente. Posições que contemplem a ação da gravidade, a bacia livre, posicionamento livre dos membros inferiores para rotação interna ou externa (de acordo com os diâmetros que se pretendem potenciar, em cada fase da descida fetal) e a acessibilidade da região lombar para eventual massagem ou aplicação de calor, promovem o conforto da parturiente e a progressão fisiológica do TP (Calais-Germain & Parés, 2009; de Verastegui-Martín et al., 2023; FAME, 2023; WHO, 2018). Salvaguardavam-se os períodos de descanso, sugerindo à parturiente que se deitasse em decúbito lateral (em detrimento do decúbito dorsal), procurando criar assimetria no ângulo coxofemoral alternadamente, ou abdução/adução das

coxas, de acordo com a progressão fetal naquele momento e consequente necessidade do diâmetro da bacia materna a potenciar (Calais-Germain & Parés, 2009).

O recurso à analgesia locorregional é considerado uma forma efetiva de alívio da dor, adequada às mulheres que se encontrem em fase ativa do TP. Esta pode não associar-se necessariamente a uma experiência de parto positiva, tendo o potencial de diminuir a sensação de controlo da mulher, atrasar o segundo estágio do TP, aumentar a necessidade de mais intervenções; assim como se descrevem na literatura alguns efeitos secundários indesejáveis ou, mais raramente, complicações *major* associadas (Garcia-Lausin et al., 2019; Thomson et al., 2019). Neste sentido, procurou-se explicitar os riscos e benefícios do recurso à analgesia locorregional às mulheres que a solicitavam; auxiliá-las no posicionamento para o procedimento, solicitando-lhes que comunicassem qualquer efeito adverso (náusea, vômito, prurido, lipotimia associada à hipotensão, tremores ou retenção urinária); era monitorizada a tensão arterial nos 15 minutos subsequentes à administração dos fármacos; vigiado o bloqueio sensorial a cada hora e, caso a mulher não referisse alívio sintomático da dor nos 30 minutos pós administração dos fármacos, era contactada a equipa de anestesia (Graça, 2017; NICE, 2022a).

O segundo estágio do TP corresponde ao período entre a dilatação completa e a expulsão fetal, durante o qual a mulher percebe esforços expulsivos involuntários. Estes são decorrentes da contração mais intensa e frequente do músculo uterino, que pressiona a apresentação e estimula os recetores nervosos do pavimento pélvico, originando o reflexo de Ferguson (Marshall & Raynor, 2020; WHO, 2018). A duração deste estágio é variável, sendo expectável que dure até 3 horas nas mulheres nulíparas e até 2 horas nas múltiparas; aceitando-se que - caso a parturiente se encontre sob analgesia locorregional - este período se possa estender por 1 hora adicional (NICE, 2022a). Não obstante, a avaliação da completa dilatação cervical deve enquadrar-se na postura global da parturiente, sendo essencial que o cuidado prestado pelo EEESMO inclua o conhecimento técnico-científico acerca da fisiologia e mecanismo do parto, bem como das necessidades, escolhas e padrão comportamental da mulher cuidada (Marshall & Raynor, 2020). Procurou-se, neste sentido, valorizar a observação do comportamento e comunicação verbal e não verbal das parturientes, enquadrando-os na avaliação obstétrica realizada. Esta valorização era particularmente facilitada nos partos sem recurso à analgesia locorregional, em que as mulheres cuidadas se mostravam mais conscientes do seu corpo e das suas necessidades. Contudo, nem sempre foi fácil sustentar a prática de cuidados especializados numa perspetiva não interventiva: a avaliação obstétrica, nomeadamente obtida através do exame vaginal para confirmar a atitude e variedade da apresentação e a descida fetal (sempre após consentimento informado da mulher), permitiu a prestação de cuidados progressivamente mais segura por parte da estudante.

Sabe-se que o segundo estágio do TP representa risco acrescido para o feto, particularmente para os que já demonstravam previamente CTG suspeitas ou patológicas, ou para aqueles com fatores de risco associados. A presença de desacelerações frequentes implicava a procura de outros sinais de hipoxia fetal (como o aumento da FCF ou redução da variabilidade basais), visto esta ser mais comum e de início mais rápido nesta fase do TP (O’Heney et al., 2022). Neste sentido, priorizou-se uma vigilância contínua da CTG durante o segundo estágio do TP. Particularmente, após o início dos esforços expulsivos, a estudante optava por colocar o cardiotocógrafo em modo de impressão, para que pudesse ser mais perceptível o traçado cardiotocográfico e fosse possível a rápida referência de padrões suspeitos ou patológicos. Durante este módulo de estágio, foi necessário solicitar o apoio da equipa médica no sentido de abreviar o período expulsivo de duas parturientes, por traçado cardio-fetal não tranquilizador na CTG. Em ambas as situações, o parto foi distócico com recurso a aplicação de ventosa, culminando no nascimento sem intercorrências dos RN’s, cujo índice de Apgar ao primeiro e quinto minutos foi 9/10 em ambas as situações. Invariavelmente, foram situações de tensão e que exigiram rápida resposta por parte da estudante, sendo que a presença contínua da enf.^a cooperante constituiu um fator facilitador para a tomada de decisão, assim como permitiu à estudante sentir-se progressivamente mais segura e autónoma na identificação das situações cuja atuação se requeria interdependente da equipa médica.

Na fase final do segundo estágio do TP, o cuidado assentou na manutenção da assepsia (fazendo uso do material e equipamento individual esterilizados) e criação das condições favoráveis descritas previamente pela parturiente: controlo da luminosidade e ambiente, manutenção da privacidade, presença da pessoa significativa e validação das emoções descritas foram as intervenções mais comumente desenvolvidas. Todas as mulheres cuidadas foram incentivadas à adoção da posição que lhes fosse mais confortável, de acordo com o preconizado nas diretrizes para a prática de SMO (ACNM, 2012; ACOG, 2019; FAME, 2023; ICM, 2019; NICE, 2022a; WHO, 2018; Wright et al., 2021; Zhao et al., 2020). Quando solicitada orientação quanto ao posicionamento, as mulheres cuidadas eram incentivadas à verticalidade – posição de quatro apoios, cócoras, no banco de partos ou de pé - ou ao decúbito lateral (de acordo com as suas necessidades, nível de fadiga ou preferências), pelos seus benefícios relativamente ao favorecimento da descida e do bem-estar fetal, diminuição da dor, prevenção de partos instrumentalizados e do trauma perineal eletivo (Healy et al., 2020; J. Huang et al., 2019; Wright et al., 2021). A maioria dos partos assistidos sob analgesia locorregional decorreu na posição semi-sentada, a pedido da parturiente, referindo conforto naquela posição. Porém, nalgumas situações de progressão mais difícil da apresentação pelo canal de parto (por relações feto-pélvicas menos favoráveis ou esforços expulsivos voluntários menos eficazes), foi possível

comprovar as vantagens da mobilidade concedida à articulação sacrococcígea nas posições de lado ou em quatro apoios. Inicialmente, esta avaliação era feita pela enf.^a cooperante, sendo que a estudante se fez valer de todas as oportunidades e orientações para a técnica facultadas pela EEESMO; e, progressivamente, concretizou a condução da fase final do segundo estágio do TP de forma segura e autónoma, nestas situações. Ainda, foram evitadas indicações para dirigir os esforços expulsivos, privilegiando-se o sentir da mulher, encorajando-a a realizar os esforços apenas quando e como sentisse necessidade de o fazer (Healy et al., 2020; Zhao et al., 2020). Por vezes, as mulheres sob analgesia locorregional verbalizavam dificuldade em sentir a necessidade para os esforços expulsivos, pelo que eram orientadas a colocar a mão sobre o abdómen e assim sentir as contrações. Por fim, principalmente nas situações em que o segundo estágio do TP fosse mais prolongado, as mulheres eram incentivadas a tocar a apresentação aquando da coroação. Quando a sugestão era aceite, estas manifestavam emoção, entusiasmo e concretizavam esforços expulsivos mais eficazes, percecionando o gesto como incentivo e validação da proximidade do nascimento.

Enquanto estudante, a fase final do período expulsivo foi bastante desafiadora, pela simultaneidade de eventos a ocorrer, requerendo um equilíbrio delicado entre cuidado técnico-prático, ético e empático, que se procurou alcançar através de uma atitude atenta, respeitando as indicações da enf.^a cooperante e atendendo à especificidade e necessidades da família cuidada. Mantendo a assepsia com recurso ao equipamento estéril do *kit* de partos, procurou-se assumir essencialmente uma postura “*hands-off*” durante o período expulsivo; prevalecendo, no entanto, a necessidade de apoiar a cabeça fetal durante a expulsão (manobra de Ritgen), evitando a sua deflexão brusca e no sentido de promover a integridade perineal (Aasheim et al., 2017). Por vezes, eram aplicadas compressas mornas no períneo, a pedido da parturiente ou se a observação da elasticidade dos tecidos sugerisse maior edema ou fragilidade. Não sendo conclusivo na literatura o seu papel na evicção de trauma perineal (Aasheim et al., 2017), as mulheres cuidadas referiam alívio da dor local.

A episiotomia consiste numa incisão cirúrgica no períneo, com o objetivo de aumentar o diâmetro vulvar e facilitar a saída fetal (Johnson & Taylor, 2023; Laine et al., 2022; Marshal & Raynor, 2020). Tradicionalmente, é um recurso para abreviar o período expulsivo do segundo estágio do TP por estado fetal não tranquilizador, ou prevenir a ocorrência de lacerações de 3º ou 4º grau (Desplanches et al., 2019). No entanto, a evidência é controversa ou insuficiente para fundamentar a sua utilização rotineira, pelo que as diretrizes internacionais recomendam que seja realizada de forma seletiva (ACOG, 2019; NICE, 2022a; Smith, 2020; WHO, 2018). Várias técnicas para a realização de episiotomia são descritas na literatura; no entanto, as mais comuns dizem respeito à episiotomia mediana e à episiotomia medio-lateral, sendo esta última a técnica

recomendada, pelo menor risco de lesão do esfíncter anal (Laine et al., 2022; Marshal & Raynor, 2020). Durante este estágio e nos 59 partos assistidos, foi realizada 1 episiotomia, atendendo aos pressupostos acima descritos, considerando-se sempre o risco/benefício da sua execução.

Após a expulsão da cabeça fetal, eram gentilmente removidas as secreções da boca e nariz do RN e pesquisadas circulares de cordão; sendo que, caso existissem, se privilegiava a sua resolução sem que fosse necessária a laqueação precoce do cordão. Esta prática visava a diminuição do risco de hipoxia, hipovolémia, e da transição cardiorrespiratória brusca do RN, resultantes do corte precoce do cordão umbilical (McDonald et al., 2022; Mercer et al., 2005). A presença de circulares cervicais foi comum durante este módulo de estágio; no entanto, apenas numa situação de duas circulares cervicais apertadas, foi necessária a clampagem e corte imediato do cordão, deslaçadas as circulares e dada continuidade ao nascimento (Sequeira et al., 2020). Após a restituição e rotação externa espontâneas, a passagem do diâmetro biacromial era facilitada manual e lentamente (através do movimento gentil e seguro, no sentido descendente e para fora para a extração do ombro anterior e, depois, no sentido ascendente e para fora para extração do ombro posterior, evitando assim traumatismo perineal), a não ser que a mulher solicitasse a não intervenção (Sequeira et al., 2020). Seguidamente à expulsão da cabeça e tronco fetal e caso não existissem complicações, as mulheres cuidadas eram incentivadas a alcançar o RN e trazê-lo para o seu peito, procurando potenciar o seu papel ativo no parto e a vinculação. Após garantidas a manutenção da temperatura corporal do RN e a desobstrução das vias aéreas, era privilegiado o corte tardio do cordão umbilical (aproximadamente 3 minutos após o nascimento ou quando parasse de pulsar) pelo acompanhante ou pela mulher. Foi, também, comunicada a hora de nascimento e avaliado o índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos, assim como colocadas as pulseiras de identificação após validação da informação escrita nas mesmas.

Durante este módulo de estágio, apenas uma mulher referiu não desejar realizar CPP após o nascimento. Nas restantes (e sempre que o estado materno e neonatal o permitisse), este foi um momento privilegiado, e o RN permanecia em contacto com o corpo materno durante o período da dequitação e reparação perineal (se fosse esse o caso), numa duração média de uma hora. Optava-se, então, por fazer deslocar a balança portátil até à *box*, era solicitada autorização para realizar a pesagem do RN sendo que, caso fosse desejo materno, era apenas colocada uma fralda e este regressava ao CPP até à concretização espontânea da primeira mamada ou mesmo após este momento. Procurou-se administrar a vitamina K durante o CPP, verificando que os RN ficavam mais tranquilos e alguns não chegavam, sequer, a chorar. Durante este período, e conforme a literatura científica explorada acerca da temática, a grande maioria dos RN cuidados evidenciou os 9 estádios do comportamento instintivo descritos por Widström, iniciando

espontaneamente a mamada. No entanto, nas situações de grande afluência no BP, o confronto com as necessidades institucionais materializou-se, conforme também se concluiu com a realização da ScR. Nestes casos, a necessidade de gestão de vagas mais celeremente ditava a interrupção deste momento, sendo que a estudante procurou sempre mantê-lo o maior tempo possível, assim como priorizar outros aspetos identificados nos resultados da ScR como promotores do IPA, tais como a presença constante da pessoa significativa, a gestão do ambiente físico, incentivo e encorajamento maternos e apoio individualizado no posicionamento e correção da pega, sempre que solicitado. Revelou-se, ainda, particularmente importante, apoiar as mulheres com histórias de amamentação prévias de insucesso ou desmame precoce. A maioria delas (já fragilizadas pela experiência anterior), nos momentos após o parto, expressavam falta de confiança e desmotivação para o processo do IPA. A estudante procurou sempre validar as emoções expressas, incidindo a sua intervenção no encorajamento, incitando à observação do RN e do seu comportamento instintivo, à manutenção do CPP e ao apoio objetivo no posicionamento. Ainda, as puérperas eram tranquilizadas quanto à quantidade e qualidade do colostro, explicitando-se os seus benefícios e aludindo-se à sua perfeita adequação quantitativa e qualitativa às necessidades do seu RN.

O terceiro estágio do TP compreende o tempo decorrido entre a saída do RN e a completa expulsão da placenta e membranas, numa duração esperada entre 5 minutos e 1 hora (Johnson & Taylor, 2023). Nesta fase, foi dada atenção aos sinais de separação da placenta – presença da hemorragia de separação no introito vaginal, prolongamento evidente do cordão umbilical, passagem do útero da forma discoide para ovoide e presença de contrações uterinas – procurando uma atitude expectante e respeitadora da fisiologia (Johnson & Taylor, 2023; Sequeira et al., 2020). Sob técnica asséptica e seguidamente à avaliação e confirmação da contração uterina e dos sinais de descolamento da placenta, e caso a mulher sentisse necessidade, era incentivada à realização de esforços expulsivos gentis (até à visualização da placenta à vulva). Após verificação do mecanismo da dequitação (Duncan ou Schultze, consoante a face materna ou fetal, respetivamente, se apresentasse), a placenta era apoiada durante a sua exteriorização, no sentido descendente e realizando movimentos de rotação no sentido dos ponteiros do relógio, facilitando assim a diminuição da pressão nas membranas e a sua saída completa (Sequeira et al., 2020). Seguidamente, verificava-se a formação do globo de segurança de Pinard, avaliavam-se as perdas hemáticas durante a massagem do fundo uterino, assim como eram administradas 20 UI de ocitocina EV em 500ml de soro fisiológico ou lactato de Ringer, de acordo com o protocolo do serviço. Caso a perda hemática se encontrasse dentro do expectável, a placenta, membranas e cordão eram avaliados, procurando identificar a sua integridade e possíveis anomalias (Marshall & Raynor, 2020; Sequeira et al., 2020).

Após a dequitação e mantendo a técnica asséptica, era realizada uma inspeção cuidadosa do períneo e canal vaginal, no sentido de averiguar a presença de lacerações espontâneas. As lacerações perineais são um evento relativamente comum após o parto vaginal, podendo envolver o cérvix, vagina, a vulva ou o períneo (ACOG, 2016). Tipicamente, consideram-se 4 categorias para a sua classificação: as de 1º grau (com lesão da pele/mucosa); as de 2º grau (lesão perineal com envolvimento muscular); as de 3º grau, subdivididas em 3a (com envolvimento do esfíncter anal externo inferior a 50%), 3b (com envolvimento de mais de 50% do esfíncter anal externo), e 3c (com envolvimento do esfíncter anal externo e interno); e 4º grau, com lesão perineal, envolvimento do complexo do esfíncter anal e mucosa anal (ACOG, 2016; Marshal & Raynor, 2020). O grau de morbilidade física, emocional, sexual e social associado a este evento pode impactar significativamente na forma como a mulher se adapta ao pós-parto, ao seu papel parental e autoconceito; pelo que se considerou a prevenção, identificação e reparação do trauma perineal um aspeto de relevo na prática de cuidados durante este módulo de estágio. Da maioria dos partos assistidos, decorreram lacerações de grau I ou II, sendo que eram suturadas todas as lacerações de grau II e as de grau I, que se encontrassem sangrantes ou com bordos assimétricos, e após reforço da analgesia via locorregional ou analgesia local. Inicialmente, a identificação das estruturas anatómicas e sua reparação exigiu com frequência a presença da enf.ª cooperante, procedendo-se à técnica maioritariamente sob supervisão e orientação, integrando proficuamente todas as indicações para melhoramento da técnica. Progressivamente, prevaleceu o sentimento de segurança e confiança no processo de aprendizagem, permitindo a autonomia na tomada de decisão e execução deste cuidado, cuja competência subjacente se considerou adquirida. Durante a reparação perineal, a maioria das puérperas procurava esclarecer questões relativas à perineorrafia ou de higiene local, pelo que o momento se revelou útil para a realização de EpS quanto a estes cuidados, estratégias de alívio da dor (nomeadamente, a crioterapia), características dos lóquios ou sinais de alerta que motivassem observação médica. Após concluído o procedimento, eram prestados os cuidados de higiene e conforto, sugerida alimentação à puérpera e promovida a relação da tríade.

O quarto estágio do TP corresponde às duas horas subsequentes ao parto, onde decorrem os processos homeostáticos na puérpera e continua o processo de adaptação à vida extrauterina do RN, assim como a adaptação emocional e psicológica da tríade (Graça, 2017; Marshal & Raynor, 2020). Durante este período, foi mantida a vigilância regular do bem estar materno e neonatal; e, decorridas as duas horas, era realizada a avaliação céfalo-caudal da puérpera (sinais vitais, coloração da pele e mucosas, observação das mamas e dos mamilos, manutenção do globo de Pinard e involução uterina, características dos lóquios, inspeção da

ferida perineal, membros inferiores e eliminação vesical), removido o cateter epidural (se aplicável) e obturado o cateter venoso periférico, até ao primeiro levante. Era avaliado também o nível de fadiga, incentivando-se o posicionamento confortável, caso a primeira mamada ainda decorresse; ou o descanso, se esta já tivesse terminado. Quanto ao RN, era também realizada a avaliação do estado geral (tónus, reflexos, coloração da pele, interação, choro), assim como dos sinais de fome e saciedade (procurando avaliar a eficácia da primeira mamada, se esta houvesse já terminado), e vigiadas as eliminações. Durante este módulo de estágio, não se presenciaram complicações maternas ou neonatais durante este período.

Não obstante a vigilância física, procurou-se avaliar a adaptação funcional e emocional do casal ao papel parental. Promover a presença da pessoa significativa revelou-se essencial neste processo, incluindo-a no processo de cuidados, valorizando não só o seu papel enquanto cuidador da mulher e do RN nesta fase de importante recuperação física, mas também enquanto protagonista individual e cujas necessidades se mantiveram na esfera de cuidados da estudante.

Por fim, a mãe e o RN eram transferidos para o serviço de puerpério, findo o quarto estágio do TP, promovendo a continuidade de cuidados através da passagem de dados via telefone, registos no sistema informático, processo físico e BSG, que acompanhavam a díade.

Importa, ainda, aludir ao preconizado pela WHO (2018) e pelo documento orientador dos PQCEESMO (ACEESMO, 2021), no que concerne aos cuidados respeitosos em SMO. A organização da prestação dos cuidados às mulheres/famílias procurou sempre atender à manutenção da sua dignidade, autodeterminação, privacidade e confidencialidade, sob a premissa do atendimento justo e equitativo e procurando a decisão informada, livre e esclarecida quanto ao plano de cuidados elaborado conjuntamente com a equipa. Uma experiência de parto positiva deriva simultânea e equitativamente de fatores internos – como sentido pessoal de força, controlo e coerência – assim como externos, tais como a relação interpessoal com a equipa de saúde que demonstra acolhimento e suporte à mulher/família no contexto peri parto (Dencker et al., 2020). Sabendo que uma experiência de parto positiva determina uma sensação de empoderamento e fortalecimento inato da mulher no seu papel eminente de mãe; a promoção de cuidados respeitosos, inclusivos e em parceria (na interação da estudante com as famílias cuidadas), permitiu a facilitação da ação dos vários modos de adaptação solicitados neste processo e com vista à resposta adaptativa satisfatória (Roy, 2009). Enquanto estudante, foi possível refletir criticamente sobre os cuidados prestados, de forma individual ou com o apoio da enf.^a cooperante, procurando fazer uso das experiências para melhoramento contínuo da técnica, destreza, tomada de decisão e julgamento clínico crítico cujo nível de mestria se faz necessário para atingir a excelência de cuidados, nomeadamente, em SMO e enquanto futura Mestre e EEESMO.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório concretizou, de forma sintetizada, a descrição analítica, crítica e reflexiva do percurso de aprendizagem desenvolvido durante a UCERESMO, alicerçado nos documentos orientadores da prática de enfermagem, da enfermagem especializada e, mais concretamente, da enfermagem especializada em SMO.

Procurou-se, ao longo deste percurso, ir ao encontro dos resultados de aprendizagem esperados para o grau de Mestre, de acordo com os descritores de Dublin para o segundo ciclo de estudos. Assim, evidencia-se a articulação teórico-prática dos conhecimentos adquiridos durante o mestrado e através da pesquisa científica mais atual (num processo de aprendizagem contínuo e autónomo), integrando-os na resolução de situações complexas nos contextos práticos de cuidados em cada estágio, numa atitude crítica e reflexiva; culminando na elaboração deste relatório, que demonstra a habilidade de comunicar de maneira clara e estruturada as competências desenvolvidas e conclusões alcançadas. Ainda, a UCERESMO prevê um número mínimo de experiências, de acordo com o Decreto-Lei n.º 322/87 (Ministério da Saúde, 1987), que dá cumprimento às disposições constantes da Diretiva n.º 80/155/CEE, número esse que se concretizou e cujo documento de síntese de registos se pode consultar no anexo 2.

Por isto, ao longo dos vários contextos do estágio, consideram-se atingidos de forma global os objetivos delineados no PIE para este percurso, cuja própria realização permitiu sistematizar o caminho desenvolvido.

Na sua componente investigativa, avalia-se a realização da ScR e do trabalho de campo sob valor inestimável. Consideram-se atingidos os objetivos definidos, do ponto de vista académico, metodológico e profissional; sendo que, os resultados obtidos permitiram a prática de cuidados baseada na evidência e contribuíram para a produção do conhecimento em Enfermagem, essencial para a robustez da disciplina e profissão. Ainda, encerrando o processo de investigação, a presente ScR foi divulgada em formato de *Poster* (Apêndice XI) no Encontro dos EEESMO “Nova Realidade, Agir em Equipa”, organizado pela Unidade de Saúde Local Almada-Seixal, a 8 de maio de 2024, com atribuição do 3º prémio no evento (Anexo 3).

Contudo, apesar da literatura científica, orientações nacionais e internacionais disponíveis e do conhecimento consolidado sobre a intervenção privilegiada do EEESMO na promoção, suporte e proteção da amamentação no geral e do seu início precoce em particular, considera-se que há, ainda, um caminho a percorrer. Por isto, e como implicações para a prática decorrentes do trabalho de investigação realizado, identifica-se a necessidade de que as orientações institucionais suportem o trabalho desenvolvido neste sentido, através de medidas concretas e dirigidas à sensibilização e apoio dos EEESMO nas suas intervenções para a

promoção do IPA durante o CPP. Nomeadamente, no que concerne à realidade portuguesa quanto à taxa de partos por cesariana, sugere-se também a sensibilização por parte dos EEESMO às equipas multidisciplinares (incluindo médicos anestesiológicos e pediatras) para a importância da concretização do CPP e do IPA, neste contexto específico. Por fim, como limitação do trabalho investigativo desenvolvido, acrescenta-se o facto de ter sido elaborado em contexto académico, ocorrendo simultaneamente com percurso formativo de aquisição de competências comuns e específicas de EEESMO, o que condicionou em parte o tempo disponível para a sua realização.

Quanto às dificuldades percebidas ao longo deste processo formativo, salienta-se a incerteza face aos locais de estágio a frequentar, nomeadamente, no âmbito do Puerpério, Gravidez Patológica, Ginecologia e Bloco de Partos. No entanto, a riqueza de experiências possíveis e o acolhimento caloroso à estudante em cada contexto, ultrapassaram largamente os constrangimentos pessoais e familiares decorrentes da alteração repentina dos referidos locais. Também, as limitações a nível nacional relativamente ao funcionamento e encerramento programado das maternidades, revelaram a necessidade de gestão apurada dos turnos a realizar. Por último, evidenciou-se a dificuldade em sintetizar a descrição das atividades desenvolvidas nos cinco locais de estágio - numa perspetiva reflexiva e em articulação com os pressupostos teóricos, reguladores da prática geral e especializada, e da prática baseada em evidência - no número de páginas definidas para a elaboração do presente relatório. Procurando colmatar esta adversidade, fez-se uso profícuo das orientações e apreciações da professora orientadora, objetivando o equilíbrio entre os aspetos acima descritos e a mais otimizada descrição deste percurso formativo.

Conclui-se, desta forma, a elaboração deste documento, imensamente mais rica e realizada a nível pessoal e profissional, e almejando em breve a concretização do título de Mestre e EEESMO; e a possibilidade do desempenho profissional daquela que se pensa ser, convictamente, a profissão mais bonita que se poderia escolher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD006672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>

Abrar, A., Fairbrother, N., Smith, A. P., Skoll, A., & Albert, A. Y. K. (2019). Anxiety among women experiencing medically complicated pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Birth*, 47(1), 13–20. Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1111/birt.12443>

ACEESMO (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica). (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. https://ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

ACNM (The American College of Nurse-Midwife). (2012). Supporting healthy and normal physiologic childbirth: a consensus statement by the american college of nurse-midwives, midwives alliance of north america, and the national association of certified professional midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(5), 529–532. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00218.x>

ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists). (2009). Practice bulletin no 70 - intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obstetrics & Gynecology*, 114(1), 192–202. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2009/07/intrapartum-fetal-heart-rate-monitoring-nomenclature-interpretation-and-general-management-principles>

ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists). (2016). Practice bulletin No 165: prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 128(1), 1–15. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001523>

ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists). (2018a). Committee opinion no 736 - optimizing postpartum care. *Obstetric & Gynecology*, 131(5), 140–150. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care>

ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists). (2018b). Committee opinion nº 756 - breastfeeding expert work group committee on obstetric practice optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice. *Obstetrics & Gynecology*, 132(4), 187–196. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2018/10/optimizing-support-for-breastfeeding.pdf>

ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists). (2019). Committee opinion nº 766: approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), 164–173. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth.pdf>

ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists). (2021). Committee opinion no 821 - barriers to breastfeeding: supporting initiation and continuation of breastfeeding. *Obstetrics & Gynecology*, 137(2), 54–62. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2021/02/barriers-to-breastfeeding-supporting-initiation.pdf>

Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M. L., & Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD006066. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3>

APDMGP (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto). (2017). *Reflexão sobre o trabalho de parto e parto: construção de um plano de preferências de parto*. <https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Reflex%C3%A3o-para-a-constru%C3%A7%C3%A3o-do-plano-de-parto-introducao.pdf>

Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Ayres-de-Campos, D., & Pinto, L. (2022). *Protocolos de obstetrícia e medicina materno-fetal* (1a Edição). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (1a Edição). Edições 70.

Barry, M., & Tighe, S. (2013). Facilitating effective initiation of breastfeeding-a review of the recent evidence base. *British Journal of Midwifery*, 21(5), 312–315. <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.5.312>

Bergman, N. J. (2019). Historical background to maternal-neonate separation and neonatal care. *Birth Defects Research*, 111(15), 1081–1086. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1528>

Bonapace, J., Gagné, G.-P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). Physiologic basis of pain in labour and delivery: an evidence-based approach to its management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 227–245. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.003>

Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. M. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Maternal and Child Nutrition*, 16(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>

Calais-Germain, B., & Parés, N. (2009). *Parir en movimento - Las movilidades de la pelvis en el parto* (1a Edição). La Liebre de Marzo, S. L.

Cantrill, R., Creedy, D., & Cooke, M. (2004). Midwives' knowledge of newborn feeding ability and reported practice managing the first breastfeed. *Breastfeeding Review*, 12(1), 25–33. <http://hdl.handle.net/10072/5642http://www.lrc.asn.au/bfrindex.html#mar04>

Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, Ú., Albergaria, E., & Figueiredo, A. (2023). *Guia orientador de boas práticas - gravidez e adaptação à gravidez (gravidez de baixo risco)* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

Carvalho, M., & Gomes, C. (2021). *Amamentação - bases científicas* (4a Edição). Guanabara Koogan Ltda.

Chang, Y. S., Coxon, K., Portela, A. G., Furuta, M., & Bick, D. (2018). Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: A mixed-methods systematic review. *Midwifery*, 59, 4–16. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.014>

Chapman, V., & Charles, C. (2018). *The Midwife's Labor and Birth Handbook* (4th edition). John Wiley & Sons Ltd.

Coelho, T. (2021). Comunicação terapêutica. In E. M. Henriques (Ed.), *O cuidado centrado no cliente - da apreciação à intervenção de enfermagem* (1a Edição, pp. 153–166). Sabooks Editora.

Cohen, S. S., Alexander, D. D., Krebs, N. F., Young, B. E., Cabana, M. D., Erdmann, P., Hays, N. P., Bezold, C. P., Levin-Sparenberg, E., Turini, M., & Saavedra, J. M. (2018). Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: a meta-analysis. *The Journal of Pediatrics*, 190–196. <https://doi.org/https://doi.org10.1016/j.jpeds.2018.08.008>

Consórcio Português de Dados Obstétricos. (2024, may). Indicadores relativos ao recém-nascido. <https://cpdo.virtualcare.pt/dados-obstetricos/>

de Verastegui-Martín, M., de Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J. A., Jiménez-Ruiz, I., & Ballesteros Meseguer, C. (2023). Influence of Laboring People's Mobility and Positional Changes on Birth Outcomes in Low-Dose Epidural Analgesia Labor: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 68(1) 84–98. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>

Dencker, A., Bergqvist, L., Berg, M., Greenbrook, J. T. V., Nilsson, C., & Lundgren, I. (2020). Measuring women's experiences of decision-making and aspects of midwifery support: A confirmatory factor analysis of the revised Childbirth Experience Questionnaire. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02869-0>

Desplanches, T., Szczepanski, E., Cottenet, J., Semama, D., Quantin, C., & Sagot, P. (2019). A novel classification for evaluating episiotomy practices: application to the Burgundy perinatal network. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2424-2>

DGS (Direção Geral da Saúde). (2007a). Circular Normativa no: 2/DSMIA - profilaxia da isoimunização Rh. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2018/01/Profilaxia-da-Isoimuniza%C3%A7%C3%A3o-Rh.pdf>

DGS (Direção Geral da Saúde). (2007b). Circular Normativa nº 9/SR: Interrupção Medicamentosa da Gravidez. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-09sr-de-21062007-pdf.aspx>

DGS (Direção Geral da Saúde). (2015a). Orientação nº 010/2015 - disponibilidade de métodos contraceptivos. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0102015-de-29102015-pdf.aspx>

DGS (Direção Geral da Saúde). (2015b). 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>

DGS (Direção Geral da Saúde). (2016). Orientação no 002/2016 - vacinação da grávida contra a tosse convulsa. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022016-de-15072016.aspx>

DGS (Direção Geral da Saúde). (2019). Despacho n.º 1234/2019: Esquema vacinal do programa nacional de vacinação. Diário Da República, II Série (Parte C), 30–31. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/12/250000000/0003000031.pdf>

DGS (Direção Geral da Saúde). (2021). Norma 002/2021 - vacinação contra a covid-19. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022021-de-30012021-pdf.aspx>

DGS (Direção Geral da Saúde). (2023). Orientação nº 002/2023 atualizada a 26/03/2024: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-0022023-de-10052023-atualizada-a-26032024-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>

Dore, S., & Ehman, W. (2020). SOGC clinical practice guideline nº 396 - fetal health surveillance: intrapartum consensus guideline. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42(3), 316-349. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.05.007>

Dubey, K., Sharma, N., Chawla, D., Khaduja, R., & Jain, S. (2023). Impact of birth companionship on maternal and fetal outcomes in primigravida women in a government tertiary care center. *Cureus*, 15(5). <https://doi.org/10.7759/cureus.38497>

Edwards, M. E., Jepson, R. G., & McInnes, R. J. (2018). Breastfeeding initiation: an in-depth qualitative analysis of the perspectives of women and midwives using social cognitive theory. *Midwifery*, 57, 8–17. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.013>

FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España). (2023). *Iniciativa parto normal*. https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2023/05/IPN_080523-INICIATIVA-PARTO-NORMAL.pdf

Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., & Requena-Mullor, M. D. M. (2021). Nursing interventions to facilitate the grieving process after perinatal death: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph18115587>

Fewtrell, M. S., Mohd Shukri, N. H., & Wells, J. C. K. (2020). “Optimising” breastfeeding: what can we learn from evolutionary, comparative and anthropological aspects of lactation? *BMC Medicine*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1473-8>

FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics). (2018). *Physiological CTG interpretation: intrapartum fetal monitoring guideline*. <https://physiological-ctg.com/resources/Intrapartum%20Fetal%20Monitoring%20Guideline.pdf>

FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics). (2022). *FIGO Statement - harnessing the golden hour: breastfeeding recommended within first hour of life*. <https://www.figo.org/resources/figo-statements/harnessing-golden-hour-breastfeeding-recommended-within-first-hour-life>

Flaherman, V. J., & Maisels, M. J. (2017). ABM clinical protocol #22: guidelines for management of jaundice in the breastfeeding infant 35 weeks or more of gestation. *Breastfeeding Medicine*, 12(5), 250–257. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29042.vjf>

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidata.

Franco, A. de A., Anjos, B. F. dos, Ribeiro, W. A., Oliveira, A. T. de, Monsores, A. F., Dias, L. L. da C., Ranauro, K. C. D. S. S., & Macedo, G. F. (2021). Sistematização da assistência de enfermagem no cuidado com a mulher mastectomizada: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(9). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18121>

Garcia-Lausin, L., Perez-Botella, M., Duran, X., Mamblona-Vicente, M. F., Gutierrez-Martin, M. J., Gómez de Enterria-Cuesta, E., & Escuriet, R. (2019). Relation between length of exposure to epidural analgesia during labour and birth mode. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph16162928>

Gibb, D., & Arulkumaran, S. (2024). Fetal monitoring in practice (5th Edition). Elsevier Limited.

Giouleka, S., Gkiouleka, M., Tsakiridis, I., Daniilidou, A., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A., & Dagklis, T. (2023). Diagnosis and management of neonatal hypoglycemia: a comprehensive review of guidelines. *Children*, 10(7). <https://doi.org/10.3390/children10071220>

Graça, L. M. (2017). Medicina materno-fetal (5a Edição). Lidel, Edições Técnicas, Lda.

Gupta, N., Deierl, A., Hills, E., & Banerjee, J. (2021). Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* 110(8) 2310–2315. <https://doi.org/10.1111/apa.15913>

Healy, M., Nyman, V., Spence, D., Otten, R. H. J., & Verhoeven, C. J. (2020). How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review. *PLOS ONE*, 15(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226502>

Heidary, Z., Ghaemi, M., Hossein Rashidi, B., Kohandel Gargari, O., & Montazeri, A. (2023). Quality of life in breast cancer patients: A systematic review of the qualitative studies. *Cancer Control*, 30, 1–10. <https://doi.org/10.1177/10732748231168318>

Holmes, A. V., McLeod, A. Y., Bunik, M., Marinelli, K. A., Noble, L., Brent, N., Grawey, A. E., Holmes, A. V., Lawrence, R. A., Seo, T., & Taylor, J. S. (2013). ABM clinical protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeeding Medicine*, 8(6), 469–473. <https://doi.org/10.1089/bfm.2013.9979>

Huang, C., Hu, L., Wang, Y., & Luo, B. (2022). Effectiveness of early essential newborn care on breastfeeding and maternal outcomes: a nonrandomized controlled study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05037-8>

Huang, J., Zang, Y., Ren, L.-H., Li, F.-J., & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second stage of labor. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 460–467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>

ICM (International Confederation of Midwives). (2014). *Midwives' provision of abortion-related services*. <https://internationalmidwives.org/resources/midwives-provision-of-abortion-related-services/>

ICM (International Confederation of Midwives). (2019). *Essential competencies for midwifery practice*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf

Johnson, R., & Taylor, W. (2023). Skills for midwifery practice (5a Edição). Elsevier, Ltd.

Karimi, F. Z., Sadeghi, R., Maleki-Saghooni, N., & Khadivzadeh, T. (2019). The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 58(1) 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002>

Kurz, E., Davis, D., & Browne, J. (2022). Parturescence: A theorisation of women's transformation through childbirth. *Women and Birth*, 35(2), 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.009>

Laine, K., Yli, B. M., Cole, V., Schwarz, C., Kwee, A., Ayres-de-Campos, D., Vayssiere, C., Roth, E., Gliozheni, E., Savochkina, Y., Ivanisevic, M., Kalis, V., Timonen, S., Verspyck, E., Anstaklis, P., Beke, A., Eriksen, B. H., Santo, S., Kavsek, G., ... Dadak, C. (2022). European guidelines on perinatal care- Peripartum care Episiotomy. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 35(25), 8797–8802. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.2005022>

Lauder, J., Sciscione, A., Biggio, J., & Osmundson, S. (2020). Society for Maternal-Fetal Medicine consult series #50: the role of activity restriction in obstetric management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 2–10. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.031>

Leite, A. C., Silva, M. P. B., Alves, R. S. S., Silva, M. de L., Avelino, J. T., Fé, T. R. de M., Silva, L. dos S. B., Borges, L. S. de C., Amorim, J. V. M., Lima, J. R., Sousa Neta, R. da S., Sousa, S. V. F. de, Lima, E. W. de M., Farias, S. L. P. de, Santos, N. D., Freitas, S. M. C., Maniçoba, A. Q., Fonseca, L. G. L., Oliveira, N. C., ... Costa, J. R. da. (2021). Contribuições da assistência de enfermagem à gestante com ansiedade: prevalência e fatores associados. *Research, Society and Development*, 10(5), e50310515273. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15273>

Maloni, J. A. (2011). Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6(4), 385–393. <https://doi.org/10.1586/eog.11.28>

Marshall, J., & Raynor, M. (2020). Myles textbook for midwives (17th Edition). Elsevier Limited.

McDonald, S. D., Narvey, M., Ehman, W., Jain, V., & Cassell, K. (2022). Guideline no. 424: umbilical cord management in preterm and term infants. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 44(3), 313–322. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.01.007>

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). Saboos Editora.

Mercer, J. S., Skovgaard, R. L., Peareara-Eaves, J., & Bowman, T. A. (2005). Nuchal cord management and nurse-midwifery practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 50(5), 373–379. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.04.023>

Ministério da Ciência e Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. In *Diário da República*, Série I-A (60), 2242–2257. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>

Ministério da Saúde. (1987). Decreto-Lei n.º 322/87 de 28 de agosto. In *Diário da República*, Série I (197), 3332–3332. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1987/08/19700/33323332.pdf>

Mohrbacher, N. (2020). *Breastfeeding Answers: A Guide for Helping Families* (N. Mohrbacher, Ed.; 2a edition). Nancy Mohrbacher Solutions, Inc.

Moncrieff, G., Gyte, G. M. L., Dahlen, H. G., Thomson, G., Singata-Madliki, M., Clegg, A., & Downe, S. (2022). Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Mar 4;3(3):CD010088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub3>

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Nov 25;11(11):CD003519 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2016). *Jaundice in newborn babies under 28 days*. www.nice.org.uk/guidance/cg98

NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2022a). *Clinical guideline: intrapartum care for healthy women and babies*. www.nice.org.uk/guidance/cg190

NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2022b). www.nice.org.uk/guidance/ng229

NMC (Nursing & Midwifery Council). (2019). *Standards of proficiency for midwives*. www.nmc.org.uk/Standardsofproficiencyformidwives1

Nori, W., Kassim, M. A. K., Helmi, Z. R., Pantazi, A. C., Brezeanu, D., Brezeanu, A. M., Penciu, R. C., & Serbanescu, L. (2023). Non-Pharmacological Pain Management in Labor: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(23). <https://doi.org/10.3390/jcm12237203>

OE (Ordem dos Enfermeiros). (2015). *Livro de bolso enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

OE (Ordem dos Enfermeiros). (2019a). Regulamento n.º 140/2019 - regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. In *Diário da República: II série*, nº 26 <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

OE (Ordem dos Enfermeiros). (2019b). Regulamento nº 391/2019: regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. In *Diário da República: II série*, nº 85. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>

O'Heney, J., McAllister, S., Maresh, M., & Blott, M. (2022). Fetal monitoring in labour: summary and update of NICE guidance. *BMJ*, o2854. <https://doi.org/10.1136/bmj.o2854>

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>

Palma, S., Presado, M. H., & Ayres-de-Campos, D. (2021). Perceção de enfermeiros portugueses sobre a tomada de decisão contraceptiva de mulheres após aborto voluntário: Contributo de um grupo focal. *Investigação Qualitativa Em Saúde: Avanços e Desafios*, 8, 707–714. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.707-714>

Pang, Y., Wang, X., Li, H., & Tu, S. (2023). Effect of neonatal breast crawl on breastfeeding: a prospective cohort study. *Frontiers in Pediatrics*, 11. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1186585>

Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C. G., & Richter, L. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet* 401(10375) 472–485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)

Phillips, K. (2004). Irmã Callista Roy - Modelo de Adaptação. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5a edição, pp. 301–334). Lusociência - Edições técnicas e Científicas, Lda.

Pincho, C. (2018). Amamentar: a escolha natural para o seu bebé (1a edição). Livros Horizonte, Lda.

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>

Pordata. (2022). *Cesarianas nos hospitais (%)*. [https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985)

Priyadarshi, M., Balachander, B., Gupta, S., & Sankar, M. J. (2022). Timing of first bath in term healthy newborns: A systematic review. *Journal of Global Health*, 12. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.12004>

Quadros Orcina, M., Portella Ribeiro, J., & Santos Rodrigues, M. (2023). Aspectos da confortabilidade de mulheres hospi-talizadas na unidade materno-infantil: perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 37. <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.48103>

Ricci, S. (2019). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher* (4a edição). Guanabara Koogan.

Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M., Carvalho, Rita, Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T., Dinis, A., & Rascôa, C. (2023). *Childhood obesity surveillance initiative: COSI Portugal 2022*. <https://www.insa.min-saude.pt/childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi-portugal-relatorio-2022/#::~:~:text=O%20COSI%20Portugal%202022%20foi%20implementado%20ao%20n%C3%ADvel,portuguesas%20em%20idade%20escolar%20do%201%C2%BA%20Ciclo%20EB.>

Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017) 491–504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3a edição). Pearson Education, Inc.

Saccone, G., Della Corte, L., Cuomo, L., Reppuccia, S., Murolo, C., Napoli, F. Di, Locci, M., & Bifulco, G. (2023). Activity restriction for women with arrested preterm labor: a randomized

controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 5(8), 100954. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.100954>

Seabra, J. M. (2009). *O choro do bebé*. www.psicologia.com.pt

Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica (1a Edição). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Sharma, A. (2016). Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: A randomized controlled trial. *African Health Sciences*, 16(3), 790–797. <https://doi.org/10.4314/ahs.v16i3.20>

Silva, M. M. da, Pereira, S. de S., Gomes-Sponholz, F. A., & Monteiro, J. C. dos S. (2020). Fatores que implicam no processo do contato precoce e aleitamento materno na sala de parto. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28(4), 529–536. <https://doi.org/10.1590/1414-462x202028040409>

Silva, L. A. T., Fonseca, V. M., de Oliveira, M. I. C., da Silva, K. S., Ramos, E. G., & da Gama, S. G. N. (2020). Professional who attended childbirth and breastfeeding in the first hour of life. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0448>

Smith, E. (2020). *ICEA position paper - episiotomy*. <https://icea.org/wp-content/uploads/2020/01/ICEA-Position-Paper-Episiotomy-PP.pdf>

Smyth, R. M., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jun 18;(6):CD006167. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006167.pub4>

SNS (Serviço Nacional de Saúde) Transparência. (2023). Partos e cesarianas nos cuidados de saúde hospitalares. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine=tempo=2023&refine.instituicao=Hospital+Garcia+de+Orta,+EPE>

Sousa, P., & Ferrito, C. (2022). Metodologia qualitativa aplicada à investigação em cuidados de saúde. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em enfermagem - teoria e prática* (1a edição, pp. 71–96). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

SPD (Sociedade Portuguesa de Diabetologia). (2017). Consenso “diabetes gestacional”: atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24–38. <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/i023590.pdf>

SPDC (Sociedade Portuguesa da Contraceção). (2020). *Consenso sobre contraceção 2020*. https://www.spdc.pt/images/CONSENSOS_FINAL.pdf

SPN (Sociedade Portuguesa de Neonatologia). (2013a). *Consenso clínico - hipoglicemia neonatal*. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf

SPN (Sociedade Portuguesa de Neonatologia). (2013b). *Consenso clínico - icterícia neonatal*. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf

SPP (Sociedade Portuguesa de Pediatria). (2007). Recomendações para o rastreio auditivo neonatal universal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(5), 209–214.

[https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802_Consensos%20SPP_GRISI_38\(5\).pdf](https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802_Consensos%20SPP_GRISI_38(5).pdf)

Terto, T. L., da Silva, T. P. R., Viana, T. G. F., Sousa, A. M. M., Martins, E. F., de Souza, K. V., & Matozinhos, F. P. (2021). Association between early pregnant hospitalization and use of obstetric interventions and cesarean: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0397>

Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S., & Oladapo, O. T. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>

Ulfa, Y., Maruyama, N., Igarashi, Y., & Horiuchi, S. (2023). Early initiation of breastfeeding up to six months among mothers after cesarean section or vaginal birth: A scoping review. *Heliyon*, 9(6). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16235>

UNICEF (United Nations Children's Fund). (2016). *From the first hour of life: making the case for improved infant and young child feeding everywhere*. <https://www.unicef.org/reports/first-hour-life>

UNICEF (United Nations Children's Fund), & WHO (World Health Organization). (2018a). *Capture the moment: early initiation of breastfeeding: the best start for every newborn*. <https://www.unicef.org/eca/media/4256/file/Capture-the-moment-EIBF-report.pdf>

UNICEF (United Nations Children's Fund), & WHO (World Health Organization). (2018b). *Implementation Guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby friendly initiative*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>

UNICEF (United Nations Children's Fund), & WHO (World Health Organization). (2022). *Global breastfeeding scorecard 2022: protecting breastfeeding through further investments and policy actions*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-NFS-22.6>

Vilelas, J. (2022). *Investigação - o processo de construção do conhecimento* (3a Edição). Edições Sílabo, Lda.

WHO (World Health Organization). (2014). *WHO recommendations for augmentation of labour*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241507363>

WHO (World Health Organization). (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

WHO (World Health Organization). (2017a). *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>

WHO (World Health Organization). (2017b). *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565493>

WHO (World Health Organization). (2018). *WHO recommendations - intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

WHO (World Health Organization). (2020). *WHO labour care guide: user's manual*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337693/9789240017566-eng.pdf>

WHO (World Health Organization). (2022a). *WHO recommendations on induction of labor, at or beyond term*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363138/9789240052796-eng.pdf?sequence=1>

WHO (World Health Organization). (2022b). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 108(7) 1192–1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>

Wright, A., Nassar, A. H., Visser, G., Ramasauskaite, D., & Theron, G. (2021). FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 152(2), 172–181. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13552>

Zhao, H. L., Zang, Y., & Li, X. (2020). A systematic review of clinical practice guidelines on uncomplicated birth. *BJOG*, 127(7), 789–797. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16073>

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
9º CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Projeto de Estágio

Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Marita Bento

MESTRANDA

Sara Palma

PROFESSORA ORIENTADORA

Santarém, outubro de 2023

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

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

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIE – Projeto Individual de Estágio

RN – Recém-Nascido

TP – Trabalho de Parto

UCERESMO – Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Índice

INTRODUÇÃO	4
PLANO DE ATIVIDADES	9
OBJETIVOS TRANSVERSAIS A TODOS OS ESTÁGIOS	9
ESTÁGIO 1: ESMO NO PUERPÉRIO.....	12
Contextualização do local	12
Plano de atividades	12
ESTÁGIO 2: ESMO NA COMUNIDADE.....	16
Contextualização do local	16
Plano de atividades	16
ESTÁGIO 3: ESMO EM GINECOLOGIA	20
Contextualização do local	20
Plano de atividades	20
ESTÁGIO 4: ESMO NA GRAVIDEZ PATOLOGICA	21
Contextualização do local	21
Plano de atividades	22
ESTÁGIO 5: ESMO NO BLOCO DE PARTOS	23
Contextualização do local	23
Plano de atividades	23
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	30
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	Erro! Marcador não definido.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

INTRODUÇÃO

De acordo com o plano de estudos do Ciclo de Estudos de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém, para a obtenção de grau de Mestre, surge a Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (UCERESMO), inserida no 2º ano do 9º Curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Neste contexto, foi elaborado o presente Projeto Individual de Estágio (PIE), mobilizando os conhecimentos no âmbito da prestação de cuidados especializados, das metodologias de investigação, formação e gestão. O seu propósito é servir de linha orientadora para a definição dos objetivos para cada módulo da UCERESMO, bem como a calendarização das atividades a desenvolver para a concretização, com sucesso, desses mesmos objetivos.

A UCERESMO decorre entre o dia 19 de setembro de 2023 e o dia 12 de julho de 2024, num total de 1106 horas e nos contextos definidos para cada estágio: ESMO no Puerpério – serviço de internamento de Puerpério (19 de setembro a 27 de outubro de 2023) – 150 horas; ESMO na comunidade – cuidados de saúde primários em saúde materna e obstétrica no período pré-concepcional, pré-natal e pós-natal (30 de novembro a 8 de dezembro) – 150 horas; ESMO em Ginecologia - consulta externa e internamento de Ginecologia (11 a 15 de dezembro de 2023 e 3 a 5 de janeiro de 2024) – 50 horas; ESMO na Gravidez Patológica serviço de internamento de medicina materno-fetal e consulta externa de Obstetrícia (8 de janeiro a 16 de fevereiro) – 150 horas; ESMO na Sala de Partos - serviço de bloco de partos (19 de fevereiro a 12 de julho) – 500 horas.

A definição do objetivo geral da UCERESMO e dos objetivos específicos para cada estágio e respetivas atividades a desenvolver, teve por base as diretrizes orientadoras da prática de enfermagem no geral (OE [Ordem dos Enfermeiros], 2015a), bem como da prática especializada em saúde materna e obstétrica, espelhadas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a), no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b), e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica (ACEESMO [Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica], 2021). Na esfera dos cuidados especializados em Saúde Materna e Obstétrica, este desenvolvimento de competências incide na capacitação e autonomia da pessoa-cliente para as decisões sobre os seus cuidados de saúde, assim como nas atividades de vigilância, e prevenção e deteção

precoce de complicações, nomeadamente, durante o ciclo gravídico-puerperal, sexual e reprodutivo (ACEESMO, 2021; OE, 2019a, 2019b).

Posto isto, o objetivo geral da UCERESMO é a aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) de forma autónoma e interdependente, nas situações de baixo risco – como aquelas que envolvem processos fisiológicos e de vida normais – e nas situações de médio e alto risco – como aquelas que envolvem processos patológicos ou disfuncionais do ciclo sexual e reprodutivo da mulher – respetivamente. Pretende-se, ainda e com esta unidade curricular, evidenciar capacidades de compreensão, conceção, autorreflexão e crítica na *praxis* clínica especializada, suportada por sólidos e válidos valores profissionais e éticos; aprofundar e evidenciar o autoconhecimento, assertividade e capacidade de tomada de decisão, com base nos padrões de qualidade, competências específicas e prática baseada na evidência; gerir os cuidados, adaptando a liderança e os recursos às situações e contextos; e elaborar o relatório de estágio, alicerçado na reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem e aquisição/desenvolvimento de competências. Os objetivos específicos para cada contexto de estágio e respetivas atividades para a sua consecução foram definidos em duas fases: aqueles que se consideram transversais a todos os estágios, e aqueles que se definiram de acordo com as especificidades de cada contexto de cuidados, e encontram-se descritos no capítulo 3 – Plano de atividades.

Esta unidade curricular exige, ainda, um número mínimo de experiências, de acordo com o Decreto-Lei n.º 322/87 (Ministério da Saúde, 1987), que dá cumprimento às disposições constantes da Diretiva n.º 80/155/CEE, as quais serão registadas em documento próprio.

A temática selecionada para a componente investigativa da UCERESMO recai sobre “A intervenção do Enfermeiro Obstetra na promoção da amamentação precoce durante o contacto pele-a-pele”. O momento do nascimento de um filho tem o potencial de alterar a forma como a mulher se vê a si mesma e a transição para a maternidade, podendo impactar diretamente o início da amamentação. Quer o primeiro contacto com o recém-nascido (RN), quer o início da amamentação são temas que despertam o meu interesse pessoal desde o parto do meu primeiro filho, altura em que me foi negada a possibilidade da ocorrência de ambos. Com o nascimento da minha segunda filha, surgiu a paixão e a certeza da importância deste momento na vida da mulher. Neste sentido, pretende-se sistematizar a evidência disponível acerca da influência do contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento no estabelecimento da amamentação.

Ao longo da consecução da UCERESMO, e conforme os objetivos para a mesma, será desenvolvido também o Relatório de Estágio, de acordo com os objetivos descritos no presente

PIE. Neste relatório explicitar-se-ão as atividades desenvolvidas em cada contexto e ao longo do processo de aprendizagem desenvolvido, alicerçadas na pesquisa sistemática e reflexão para a ação, no sentido da aquisição e mobilização das competências comuns e específicas do EEESMO.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

A forma como decorre o parto e os cuidados após o parto têm profundas implicações no estabelecimento do início precoce da amamentação.

É durante a primeira hora de vida que a mãe tem o seu pico hormonal de ocitocina, prolactina, serotonina e endorfinas, e também que o RN está mais responsivo às estimulações sensoriais da mãe (pelo tato, cheiro, temperatura), altura esta em que os reflexos necessários para a amamentação do RN estão no seu auge (Karimi et al., 2019; Mohrbacher, 2020; Sharma, 2016). A ativação e manutenção do comportamento inato para se alimentar do RN – essencial durante a primeira hora de vida para a sua sobrevivência - parece ainda estar primariamente associado ao toque, especificamente ao contacto frontal completo do corpo do bebé com o corpo materno (Mohrbacher, 2020).

O contacto pele-a-pele (CPP) pode ser definido como a colocação do bebé nu, em decúbito ventral e cabeça lateralizada sobre o peito nu da mãe. O CPP imediato é a colocação do bebé nu deitado no peito nu da mãe à nascença e o CPP precoce começa no primeiro dia. Como prática facilitadora da transição do RN para o ambiente extrauterino, recomenda-se o seu início imediato, em RN saudáveis, independentemente da via do parto, contínua e ininterruptamente, até à concretização da primeira mamada, tendo em conta os benefícios fisiológicos, sociais e psicológicos para mães e bebés (Brimdyr et al., 2020; FAME, 2023; Gupta et al., 2021; Holmes et al., 2013; Moore et al., 2016).

No que concerne ao início precoce da amamentação (IPA), não importa o local ou a via de nascimento: amamentar o RN na primeira hora após o nascimento dá-lhe a melhor hipótese de sobreviverem, crescerem e desenvolverem todo o seu potencial (UNICEF (United Nations Children's Fund) & WHO (World Health Organization), 2018a; WHO (World Health Organization), 2017a). Fatores como a escolaridade materna, condições de acesso aos serviços de saúde precárias, falta de formação dos profissionais, gravidezes de risco, parto por cesariana ou práticas culturais como o desperdício do colostro parecem levar à diminuição da prática do IPA (FIGO, 2022; ACOG, 2021). Apesar dos benefícios do aleitamento materno suportados pela evidência científica, muitos países mantêm-se longe do objetivo de iniciar precocemente e durante a primeira hora de vida a amamentação. Apenas 48% dos RN cujo parto foi assistido por um profissional de saúde materna e obstétrica foram amamentados durante a primeira hora de

vida, tornando-se evidente o caminho a percorrer no sentido da promoção do IPA por parte destes profissionais (Brimdyr et al., 2020; FIGO, 2022; Pérez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2016; ACOG, 2021; UNICEF, 2016; UNICEF & WHO, 2018a, 2022).

Assim, e nomeadamente no período do pós-parto imediato, cabe ao EEESMO promover medidas de suporte ao RN que facilitem a sua adaptação ao meio extrauterino através do CPP e conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e início precoce (OE, 2019).

A gravidez, parto e pós-parto assumem-se como um profundo processo de adaptação física, emocional, psicológica e social, para a mulher/RN/família. Por este motivo, a teoria de grande alcance de Callista Roy – Modelo de Adaptação de Roy (MAR) - surge como teoria norteadora para a prática de cuidados durante a Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Mental e Obstétrica e os vários estágios que a integram.

Para Roy, as pessoas são inseparáveis do ambiente que as rodeia; e a adaptação é o processo e o resultado através do qual cada ser humano – enquanto indivíduo ou grupo pensante e sensível - utiliza a sua consciência e escolha para interagir com os estímulos ambientais, sendo o eixo orientador para a prática dos cuidados de enfermagem. O nível de adaptação está em constante mudança, resultado da interação de estímulos focais, estímulos contextuais e estímulos residuais, com a pessoa enquanto sistema vivo (Phillips, 2004). As respostas da pessoa aos estímulos podem ser adaptativas ou ineficazes, tendo em conta a promoção da integridade ou ausência dela, relativamente aos objetivos do sistema humano (Roy, 2009).

O CPP e o início precoce da amamentação visam a adaptação eficaz do RN à vida extrauterina e da mulher ao seu papel parental. Promovem, portanto, uma adaptação suave e respeitadora da fisiologia, sendo o corpo materno parte integrante do ambiente prévio e atual do RN e, por isso mesmo, favorecedor deste processo adaptativo. O EEESMO, enquanto estímulo contextual, tem um papel importante na promoção da resposta adaptativa eficaz materna e do bebé, na medida em que cuida da díade, favorecendo os modos adaptativos descritos por Roy. Assim, as intervenções do EEESMO surgem como extensão do ambiente físico, respeitando e interagindo com todas as dimensões da mulher/casal/família que cuida, nomeadamente do contexto da sala de partos e na promoção do CPP e do IPA.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Pressupõe-se que o desenvolvimento de competências do EEESMO assente na prática baseada na evidência, utilizando a evidencia científica mais atual para sustentar a tomada de decisão, na prática clínica.

Primeiramente, elaborar-se-á uma revisão scoping, alicerçada nos princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura baseada nas três etapas incluídas na estratégia de pesquisa do The Joanna Briggs Institute (Aromataris & Munn, 2020), com o objetivo de mapear a evidência científica disponível acerca da temática em estudo.

Foi, assim, definida a seguinte questão de revisão: Quais as intervenções do EEESMO, realizadas durante o contacto pele-a-pele, promotoras do início precoce da amamentação? Considerando o método P-C-C, definiu-se a População (EEESMO), os Conceitos (contacto pele-a-pele, início precoce da amamentação, primeira hora de vida, enfermagem de saúde materna e obstétrica) e o Contexto (bloco de partos). Estabeleceu-se, ainda, como critério de exclusão, os recém-nascidos com menos de 34 semanas de gestação. Considerar-se-ão todos os desenhos de estudo publicados que cumpram os critérios de inclusão, sem definição de limite temporal, disponíveis em idioma português e inglês. Excluir-se-ão estudos que cumpram os critérios de exclusão, não disponíveis para consulta em texto integral, fora do âmbito da temática ou que integrem outra população.

Posteriormente e integrando os resultados obtidos, desenvolver-se-á um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com o título “Promoção do início precoce da amamentação durante o contacto pele-a-pele”, objetivando saber como os EEESMO promovem o início precoce da amamentação durante o contacto pele-a-pele, na sala de partos. Para isto, proceder-se-á à realização de entrevistas semiestruturadas, de acordo com método de amostragem não probabilística por conveniência, dirigidas aos EEESMO a exercer funções em bloco de partos, após consentimento informado dos mesmos e autorização do Conselho de Administração e Comissão de ética do hospital, e até à saturação de dados. Para a análise dos dados qualitativos resultantes das respostas às questões abertas, será utilizada a análise de conteúdo segundo as orientações de Bardin (Bardin, 2016).

PLANO DE ATIVIDADES

Seguidamente, explicitam-se os objetivos específicos que se consideraram transversais a todos os locais de estágio. Descrevem-se, também e sumariamente, os contextos onde decorrem os estágios, assim como os objetivos específicos definidos para cada um e de acordo com a sua especificidade e as atividades a desenvolver para a respetiva consecução dos mesmos.

Importa aludir ao facto de que a prática de cuidados resultante deste PIE se enquadra nos regulamentos, normas deontológicas e princípios éticos que regem a profissão de enfermagem e os cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, mobilizando os conteúdos do código deontológico, do Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem, Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

OBJETIVOS TRANSVERSAIS A TODOS OS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Objetivo específico 1: Conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional e funcional dos serviços, assim como integrar a equipa de enfermagem do mesmo; Unidades de competência a desenvolver – Competências comuns do Enfermeiro Especialista: B2.1; B2.2; B3.1; B3.2; C1.1; C2.1; D2.3 (OE, 2019a); Competências Específicas do EEESMO: 7.3 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver	Intervenientes/ Recursos	Calendarização
• Apresentação às Enfermeiras Cooperantes, Enfermeiras chefes e restantes membros da equipa multidisciplinar, estabelecendo uma relação profissional; • Conhecer os recursos físicos, humanos e materiais do serviço; • Conhecer protocolos, projetos e outros documentos orientadores; • Analisar a especificidade dinâmico-estrutural do serviço relativa à pessoa-cliente (privacidade, segurança e dignidade); • Conhecer os critérios de distribuição de utentes/EEESMO; • Observar os diferentes métodos de trabalho na prestação de cuidados; • Colaborar com os profissionais da equipa multidisciplinar;	Estudante; Equipa de Enfermagem; Equipa multidisciplinar ; Enfª Cooperante;	1ª e 2ª semanas; 7ª semana; 13ª semana; 15ª semana; 21ª e 22ª semanas

- Participar ativamente na tomada de decisão, segundo os princípios, valores e normas deontológicas e de acordo com as competências comuns e específicas, com recurso à evidência científica e avaliando o processo e resultados;
- Identificar projetos de interesse para participação e contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados no serviço.

Objetivo específico 2: Desenvolver competências técnicas e práticas nas áreas da gestão de cuidados e recursos humanos, materiais e físicos, com vista à melhoria contínua e qualidade dos cuidados; Unidades de competência a desenvolver - Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1.1; A1.3; A2.1; A2.2; B1.1; B2.1; B2.2; B3.1; B3.2; C1.1; C2.1; D1.1; D1.2; D2.2; D2.3; (OE, 2019a); Competências Específicas do EEESMO: 7.3 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver	Intervenientes/ Recursos	Calendarização
• Observar a metodologia e organização de recursos humanos e materiais nos serviços; • Utilizar os recursos de forma eficiente para promover a prestação de cuidados de qualidade e segura; • Observação das funções do EEESMO em cada unidade de cuidados; • Colaborar nos pedidos de reposição de stock, acondicionamento de materiais/medicamentos e verificação dos equipamentos; • Participar ativamente na gestão de vagas e transferências entre os serviços (consulta externa de obstetria e ginecologia, urgência de obstetria e ginecologia, bloco de partos e internamento de obstetria e puerpério); • Organizar/planear/priorizar as atividades, de forma a gerir o tempo e recursos.	Estudante; Equipa de Enfermagem; Enfª Cooperante;	3ª – 6ª semana; 8ª – 12ª semana; 14ª semana; 16ª – 20ª semana; 23ª – 41ª semana

Objetivo específico 3: Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica; Unidades de competência a desenvolver - Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1.1; A1.3; A2.1; B1.1; B2.1; B2.2; D2.1; D2.2 (OE, 2019a); Competências Específicas do EEESMO: 7.3 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver	Intervenientes/ Recursos	Calendarização
• Identificar uma situação/problema a desenvolver no relatório de estágio e abordagem da temática com a professora orientadora; • Efetuar a pesquisa bibliográfica sobre a temática, investigação, interpretação e discussão de resultados, de acordo com a opção metodológica da scoping review e trabalho de campo;	Estudante; Professora Orientadora	Ao longo das 40 semanas

- Elaborar e discutir o relatório de estágio que evidencie a articulação entre os conhecimentos teóricos e reflexão sobre a prática e qualidade de cuidados.

Objetivo específico 4: Desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas para a planificação, execução e avaliação de sessões de educação para a saúde ou de formação em Saúde Materna e Obstétrica; Unidades de competência a desenvolver - Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A2.1; B1.1; B1.2; B2.2; C1.1; C2.1; DD1.1; D2.1; D2.2; D2.3 (OE, 2019a); Competências Específicas do EEESMO: 7.3 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver	Intervenientes/ Recursos	Calendarização
• Atualizar conhecimentos, baseando a prática na evidência científica; • Realizar um levantamento das necessidades dos serviços/pessoa-cliente relativamente à formação/educação para a saúde; • Rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e análise coletiva de situações clínicas; • Participar em sessões de formação que ocorram no serviço; • Planear, executar e avaliar uma sessão de formação em serviço/sessão de educação para a saúde, de acordo com as necessidades evidenciadas.	Estudante; Professora Orientadora; Enfª Cooperante	3ª – 6ª semana; 8ª – 12ª semana; 14ª semana; 16ª – 20ª semana; 23ª – 41ª semana

Objetivo específico 5: Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação referentes ao percurso de aprendizagem; Unidades de competência a desenvolver - Competências comuns do Enfermeiro Especialista: B1.1, B2.1, B2.2, C1.2, D1, D2 (OE, 2019a);

Atividades a desenvolver	Intervenientes/ Recursos	Calendarização
• Estabelecimento de momentos de reflexão pessoal acerca dos cuidados prestados; • Promoção de momentos de partilha/discussão/análise com a Enfª Cooperante sobre a situações de cuidados; • Refletir sobre as diferenças na execução da prática entre profissionais de saúde e desenvolver o autoconhecimento e assertividade; • Aceitação de críticas construtivas de forma a melhorar o desempenho pessoal; • Discussão com a enfermeira cooperante sobre o projeto de estágio e objetivos profissionais e pessoais; • Construção de estratégias, com a enfermeira cooperante, para ultrapassar dificuldades/barreiras;	Estudante; Professora Orientadora; Enfª Cooperante	Ao longo das 40 semanas

- Realização de auto e hetero avaliação com a enfermeira cooperante e professora orientadora;
- Elaborar o relatório de estágio.

ESTÁGIO 1: ESMO NO PUERPÉRIO

Contextualização do local:

Este módulo de estágio decorreu num hospital EPE, servindo atualmente uma população estimada em cerca de 350 mil habitantes de dois concelhos.

No que concerne os cuidados Ginecológicos e Obstétricos, assiste as mulheres com necessidade de internamento em Ginecologia, Medicina Materno-Fetal e Puerpério, assim como na consulta externa, Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, Bloco de Partos, Bloco Cirúrgico e na realização de exames complementares, sendo a referência para o Sul do país em cuidados perinatais diferenciados e acreditado pela United Nations Children's Fund desde 2005 como Hospital Amigo dos Bebés. O serviço de Puerpério, onde decorre este estágio, situa-se no 5º piso, dispõe de 12 enfermarias, sendo que 9 delas têm capacidade para 3 puérperas/RN, 2 com capacidade para 2 puérperas/RN e uma enfermaria individual, reservada habitualmente para situações que requeiram isolamento de contacto.

A equipa de enfermagem constitui-se de 17 enfermeiros de cuidados gerais e 1 EEESMO, trabalhando em regime de turnos diários de 8 horas (manhã/tarde/noite). Existem, ainda, 1 EEESMO em regime de horário fixo, responsável pelo Projeto Alta EEESMO, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 1 EEESMO coordenador do serviço e 1 EEESMO chefe do serviço. O ratio Enfermeiro/Utente varia de acordo com as especificidades de cuidados, lotação do serviço e turno. O serviço conta ainda com a presença de outros elementos da equipa multidisciplinar, como médicos obstetras, médicos pediatras, assistente social, técnicos de diagnóstico, psicóloga, assistentes operacionais e administrativas. O Projeto Alta EEESMO tem como finalidade a preparação da alta da puérpera de baixo risco por EEESMO, segundo critérios clínicos de inclusão definidos em protocolo próprio.

O hospital, através do serviço de internamento de puérperas, promove periodicamente cursos de preparação para o aleitamento materno e preparação para o parto e parentalidade, ministrados por um EEESMO e com a colaboração da equipa de enfermagem.

Plano de atividades

Objetivo específico 6: Desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas que permitam acolher a mulher/casal/família no serviço de puerpério

Unidades de competência a desenvolver - Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1.1; A1.3; B2.2; B3.1; C2.1; D1.1; D1.2; D2.2; D2.3 (OE, 2019a); Competências Específicas do EEESMO: 4.1 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver	Intervenientes/Recursos	Calendarização
Utilizar a comunicação terapêutica e relação de ajuda para o estabelecimento empático de uma relação de confiança e parceria nos cuidados*; • Promoção de um ambiente acolhedor e seguro*; • Promover a privacidade e dignidade da pessoa-cliente*; • Promover a presença da pessoa significativa da puérpera, se for o seu desejo*; • Apresentar o espaço físico, equipa multidisciplinar e recursos dos serviços; • Disponibilizar informação relativa a normas de funcionamento, direitos e deveres dos utentes e horários de visita, favorecendo a adaptação da mulher/família; • Respeitar a cultura, religião, etnia, crenças, valores, acolhendo individualmente e holisticamente a mulher/família*; • Facultar informação sobre todos os procedimentos a realizar, de modo a obter o consentimento informado*;	Estudante; Enf^a Cooperante	Aquisição – 1^a semana; Desenvolvimento sob supervisão – 2^a e 3^a semanas; Aperfeiçoamento autonomamente – 4^a, 5^a e 6^a semanas

*Considerar em todos os objetivos e ao longo do internamento.

Objetivo específico 7: Desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas que permitam cuidar a puérpera/família, promovendo a saúde, a capacitação para o autocuidado e transição para a parentalidade, no período de internamento no serviço de puerpério; Unidades de competência a desenvolver – Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2 (OE, 2019a); Competências Específicas do EEESMO: 4.1; 4.3 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver	Intervenientes/Recursos	Calendarização
--------------------------	-------------------------	----------------

- Consulta de conteúdos lecionados em contexto de sala de aula sobre o período do puerpério e realização de pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar conhecimentos;
- Promover o alojamento conjunto;
- Promover a satisfação da mulher/família relativamente ao processo de cuidados em cada contexto, validando as suas expectativas e respeitando as suas capacidades, numa interação empática;
- Realizar a avaliação inicial da mulher/RN/família (observação física, colheita de dados e consulta do processo clínico/BSG/exames complementares de diagnóstico) de forma individual, priorizando as suas necessidades específicas e atendendo à sua privacidade;
- Efetuar o exame físico da puérpera, numa abordagem céfalo-caudal, incluindo a avaliação da pele e mucosas, sinais vitais, involução uterina, lóquios, presença de ferida (cirúrgica ou espontânea), mamas e membros inferiores;
- Avaliar a sensação de bem-estar físico, psicológico e emocional da puérpera, promovendo o seu conforto (através de apoio emocional e/ou físico, promoção de estratégias para o alívio da dor, cuidados de higiene);
- Identificar sinais e sintomas de complicações pós-parto, referenciando ao médico obstetra situações que se afigurem para além do domínio de intervenção de enfermagem;
- Colaborar no primeiro levante da puérpera;
- Avaliar a interação da díade/tríade;
- Fornecer informação, orientação e apoio à mulher/casal relativamente à fisiologia e recuperação no período pós-parto (involução uterina, lóquios, lactação, pavimento pélvico, contração pós-parto), avaliando o seu conhecimento prévio e promovendo a decisão informada e esclarecida;
- Promover a capacitação para o autocuidado relativamente às mamas, períneo, cicatriz cirúrgica (se aplicável) e prevenção de fenómenos tromboembólicos, de acordo com a disponibilidade da puérpera;
- Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções para a promoção do aleitamento materno, de acordo com as necessidades evidenciadas: observar a mamada, colaborar para o posicionamento do RN, avaliar e ensinar sinais de boa pega e transferência efetiva de colostro/leite, sinais de fome e saciedade do RN e ensinar sobre os benefícios da livre demanda;
- Promover a adaptação física, mental e vivência do período pós-parto e transição para a parentalidade de forma positiva, através de estratégias facilitadoras e individualizadas;
- Identificar e monitorizar alterações ao processo de adaptação à parentalidade e saúde mental da puérpera/casal/família
- Validar a compreensão da informação fornecida, mostrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas ou apoio individualizado;
- Envolvimento do pai/pessoa significativa no processo de cuidados, de acordo com o desejo da mulher;
- Colaborar com a Enfª Cooperante no Projeto Alta EEESMO.

Estudante;
Enfª Cooperante

Aquisição – 1ª e 2ª semanas;
Desenvolvimento sob supervisão – 3ª e 4ª semanas;
Aperfeiçoamento autonomamente – 5ª e 6ª semanas

Objetivo específico 8: Desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas que permitam informar, orientar e apoiar a mulher/família sobre o crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme e cuidados ao recém-nascido; Unidades de competência a desenvolver – Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2 (OE, 2019a); Competências Específicas do EEESMO: 4.1; 4.2; 4.3 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver	Intervenientes/ Recursos	Calendarização
- Consulta de conteúdos lecionados em contexto de sala de aula sobre a fisiopatologia e cuidados ao RN e realização de pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar conhecimentos; - Avaliação inicial do RN, tendo em conta o seu aspeto geral, coloração, vitalidade, reflexos, adaptação à mama/alimentação, padrão de eliminação, coto umbilical; - Identificar sinais de alarme na adaptação à vida extrauterina do RN, referenciando sempre que necessário ao pediatra; - Fornecer informação, orientação e apoio à mulher/casal, favorecendo a tomada de decisão informada e a capacitação para o cuidado ao RN, relativamente a aspetos do crescimento, desenvolvimento, padrão comportamental e de eliminação expectável do RN; Cuidados de higiene (banho, muda da fralda), pele e coto umbilical do RN; Benefícios do contacto pele a pele e da amamentação; Sinais e sintomas de alarme do RN: prostração, hipotonia, palidez/cianose/icterícia, choro inconsolável, gemido, sinais de fraca adaptação à mama, sinais de fome/saciedade; Segurança e prevenção de acidentes (quedas, queimaduras, afogamento); Rastreo auditivo, diagnóstico precoce e vacinação do RN. - Validar a compreensão da informação fornecida, mostrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas ou apoio individualizado;	Estudante; Enf ^a Cooperante	Aquisição – 1 ^a e 2 ^a semanas; Desenvolvimento sob supervisão – 3 ^a e 4 ^a semanas; Aperfeiçoamento autonomamente – 5 ^a e 6 ^a semanas

Objetivo específico 9: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados e em colaboração com a equipa multidisciplinar no tratamento da puérpera/RN de risco com patologia associada ou complicações decorrentes do período pós-parto/adaptação à vida extrauterina; Unidades de competência a desenvolver – Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2 (OE, 2019a); Competências Específicas do EEESMO: 4.3 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver	Intervenientes/ Recursos	Calendarização
- Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções para o cuidado à puérpera com: - patologia associada e/ou concomitante (diabetes gestacionais ou na gravidez, hipertensão arterial, pré-eclampsia); - complicações pós-parto (infecção, hemorragia)	Estudante; Enf ^a Cooperante	Aquisição – 1 ^a e 2 ^a semanas;

- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções no cuidado ao RN com patologia associada ou alterações morfológicas,
- Cooperar com a equipa multidisciplinar no cuidado à mulher/RN com alterações patológicas ou complicações decorrentes do período puerperal/neonatal;
- Promover o suporte emocional e psicológico à puérpera/família, através da escuta ativa e relação terapêutica, solicitando apoio psicológico quando necessário;

Desenvolvimento
sob supervisão –
3ª e 4ª semanas;
Aperfeiçoamento
autonomamente
– 5ª e 6ª
semanas

ESTÁGIO 2: ESMO NA COMUNIDADE

Contextualização do local

Este módulo de estágio decorrerá em contexto de UCC integrada na ARS Lisboa e Vale do Tejo e ACES Estuário do Tejo, cuja missão é prestar cuidados de saúde e conferir apoio psicológico e social, no âmbito domiciliário e comunitário a pessoas/famílias e grupos vulneráveis, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Conta com uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte 16 enfermeiros, 1 médico, 4 assistentes operacionais, 1 psicólogo, 1 técnico de serviço social e 1 fisioterapeuta, e funciona de 2ª a 6ª feira no horário entre as 8h e as 20h, e aos sábados, domingos e feriados entre as 9h e as 13h. Abrange cerca de 122 057 utentes, sendo que 28 052 são mulheres em idade reprodutiva.

Preconiza-se ainda a integração da equipa de uma USF, num número de turnos a definir, de modo a participar no planeamento e execução de consultas de planeamento familiar e pré-concepcional, de vigilância da gravidez de baixo risco e consultas de revisão do puerpério.

Plano de atividades

Objetivo específico 10: Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados especializados à mulher/família durante a consulta de Planeamento Familiar e período pré-concepcional; Unidades de competência a desenvolver: Prestação de cuidados à Mulher/Família/ no âmbito do Planeamento Familiar e durante o período pré-concepcional - 1.1, 1.2, 1.3 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver

Intervenientes/
Recursos

Calendarização

• Consulta de conteúdos lecionados em contexto de sala de aula sobre planeamento familiar e período pré-concepcional e realização de pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar conhecimentos; • Consultar o processo clínico da utente, antes de cada consulta; • Promover a privacidade e dignidade da pessoa-cliente*; • Respeitar a cultura, religião, etnia, crenças, valores, acolhendo individualmente e holisticamente a mulher/família*; • Facultar informação sobre todos os procedimentos a realizar, de modo a obter o consentimento informado*; • Realizar o acolhimento da mulher/casal, estabelecendo uma relação terapêutica de confiança, através da comunicação terapêutica e escuta ativa e da promoção de um ambiente acolhedor e seguro; • Realizar a entrevista à mulher/casal, com vista à identificação das suas necessidades e formulação de diagnósticos de enfermagem conducentes com as mesmas; • Esclarecimento acerca dos métodos contraceptivos disponíveis e fornecimento dos mesmos, após decisão informada da mulher; • Esclarecimento da mulher/casal acerca da vivência da sexualidade durante o período pré-concepcional, orientado acerca das fases do ciclo menstrual; • Colaboração na realização de procedimentos e rastreios (citologias, colocação de métodos contraceptivos, rastreio da mama e colo do útero); • Efetuar registos de enfermagem na plataforma informática/Boletim de Planeamento familiar. * - Considerar em todos os objetivos.	Estudante; Enfª Cooperante	7ª à 12ª semana
--	----------------------------------	-----------------

Objetivo específico 11: Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados especializados à mulher/família durante o período pré-natal. Unidades de competência a desenvolver – Prestação de cuidados à Mulher/Casal/ Família/ durante o período pré-natal: 2.1, 2.2, 2.3 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver	Intervenientes/ Recursos	Calendarização
• Consulta de conteúdos lecionados em contexto de sala de aula sobre vigilância pré-natal e realização de pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar conhecimentos; • Consultar o processo clínico da mulher e estruturação da consulta de acordo com as necessidades demonstradas e a idade gestacional; • Realizar o acolhimento da mulher/casal, estabelecendo uma relação terapêutica de confiança, através da comunicação terapêutica e escuta ativa e da promoção de um ambiente acolhedor e seguro;	Estudante; Enfª Cooperante	7ª à 12ª semana

- Realizar a entrevista de enfermagem, com vista à colheita de dados, avaliação do conhecimento e expectativas da mulher/casal face à gravidez, trabalho de parto e parto e planeamento dos cuidados;
- Observar os exames já realizados, caso existam;
- Realizar a avaliação física e psicossocial da mulher (peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), tensão arterial, edemas, pele e mucosas, histórico vacinal, teste sumário de urina, observação mamária, confirmação do grupo sanguíneo, serologias, fatores psicológicos/sociais, estado emocional, relação com o companheiro, condição socioeconómica e habitacional);
- Realizar a avaliação obstétrica e do bem-estar fetal: auscultação fetal (se aplicável), altura do fundo uterino (se aplicável), perímetro abdominal, manobras de Leopold (se aplicável);
- Avaliar a adaptação física e emocional da mulher/casal à gravidez, esclarecendo acerca dos efeitos colaterais mais comuns de acordo com o trimestre, bem como adaptação emocional e psicológica para a parentalidade;
- Identificação precoce e fatores de risco e desvios da normalidade, que possam afetar o bem-estar materno-fetal e/ou a evolução da gravidez, referenciando as situações de risco;
- Realizar e validar Educação para a Saúde pertinente e oportuna no sentido de promover a vivência saudável da gravidez, de acordo com a idade gestacional e as necessidades e expectativas da mulher/casal, suportada fisicamente com folhetos ou outra informação escrita;
- Esclarecer a mulher/casal relativamente aos benefícios do contacto pele-a-pele após o nascimento e do aleitamento materno, fisiologia da lactação e medidas promotoras para o início precoce da amamentação, de acordo com as suas necessidades e expectativas, nomeadamente através de um folheto elaborado para o efeito;
- Promover a elaboração de um plano de parto, capacitando a grávida/família para a escolha e decisão informada quando à gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério;
- Orientar a mulher/casal quanto a sinais e sintomas de risco e respetiva necessidade de avaliação especializada;
- Informar a grávida/casal sobre recursos existentes na comunidade;
- Efetuar registos das intervenções realizadas, informaticamente e no boletim de Saúde da Grávida, possibilitando a continuidade de cuidados;
- Participa nas atividades desenvolvidas no Programa de Preparação para o Parto e Nascimento, em conjunto com a enfermeira cooperante.

Objetivo específico 12: Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados especializados à mulher/família durante o puerpério e ao recém-nascido até aos 28 dias de vida; Unidades de competência a desenvolver – Prestação de cuidados à Mulher/Casal/ Família durante o período pós-natal e ao recém-nascido: 4.1, 4.2, 4.3 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver	Intervenientes/ Recursos	Calendarização
• Consulta de conteúdos lecionados em contexto de sala de aula sobre o puerpério e fisiopatologia do RN realização de pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar conhecimentos; • Preparar e organizar a consulta de enfermagem à puérpera/casal e RN; • Realizar o acolhimento da tríade, estabelecendo uma relação empática, terapêutica e de confiança, através da comunicação terapêutica e escuta ativa e da promoção de um ambiente acolhedor e seguro; • Realizar a entrevista de enfermagem à mulher/casal, de forma a possibilitar a colheita de dados e identificação das suas necessidades físicas ou teóricas alvo de intervenção; • Efetuar a avaliação física céfalo-caudal, psicológica e emocional da puérpera: estado geral, coloração da pele e mucosas, sinais vitais, estado das mamas, involução uterina, lóquios, períneo, ferida cirurgia ou espontânea, membros inferiores, dor/desconforto, nível de energia, resposta adaptativa ao corpo pós-gravídico, aos desafios do cuidado ao recém-nascido e à parentalidade; • Efetuar a avaliação física do RN: estado geral, coloração da pele e mucosas, medidas antropométricas, padrão comportamental, reflexos, amamentação/alimentação, cuidados de higiene e ao coto umbilical e padrão de eliminação; • Identificar alterações ou complicações na saúde e bem-estar da puérpera e/ou recém-nascido, referenciando as situações necessárias; • Explicitar as vantagens do contacto pele-a-pele, de acordo com as preferências da mulher; • Observar e avaliar o processo de amamentação, prevenindo e identificando precocemente complicações e atuando para a resolução das mesmas, assim como orientando a puérpera de acordo com as suas necessidades quanto aos sinais de boa pega, transferência de leite, posicionamento e frequência das mamadas; • Observar e analisar a relação e interação da díade e tríade; • Realizar e validar momentos de Educação para a Saúde pertinente, oportuna e enquadrada nas necessidades da família, nomeadamente sobre os cuidados ao RN, sinais de alerta (complicações do puerpério ou no recém-nascido), alimentação e exercício, contraceção, reinício da atividade sexual, diagnóstico precoce e Plano Nacional de Vacinação;	Estudante; Enfª Cooperante	7ª à 12ª semana

- Facultar suporte escrito (folhetos) relativamente à educação para a saúde realizada, sempre que possível;
- Realização dos registos de enfermagem no programa informático e registo no Boletim de Saúde Infantil/Boletim de Saúde da Grávida, possibilitando a continuidade de cuidados;

ESTÁGIO 3: ESMO EM GINECOLOGIA

Contextualização do local

Este módulo de estágio realizar-se-á numa unidade de saúde tipo Entidade Pública Empresarial (EPE), integrada no Serviço Nacional de Saúde, que presta cuidados a cerca de 250 000 pessoas, numa área geográfica que abrange 5 concelhos.

O estágio decorrerá no serviço de consulta externa de ginecologia, permitindo a aquisição de competências para a prestação de cuidados especializados no âmbito da vigilância da saúde e processo de saúde/doença ginecológica, colaborando na realização de exames de diagnóstico e consulta de Enfermagem.

Plano de atividades

Objetivo específico 13: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a realização de atividades de diagnóstico, vigilância e prestação de cuidados especializados no âmbito da ginecologia, em serviço hospitalar de ambatório; Unidades de competência a desenvolver – Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2 (OE, 2019a); Competências Específicas do EEESMO: 6.1; 6.2; 6.3; 7.1; 7.2; 7.3; (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver	Intervenientes/ Recursos	Calendarização
• Consulta de conteúdos lecionados em contexto de sala de aula sobre patologia e cuidados ginecológicos e realização de pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar conhecimentos; • Utilizar a comunicação terapêutica e relação de ajuda para o estabelecimento empático de uma relação de confiança e parceria nos cuidados; • Promover a privacidade e dignidade da pessoa-cliente; • Respeitar a cultura, religião, etnia, crenças, valores, acolhendo individualmente e holisticamente a mulher/família; • Facultar informação sobre todos os procedimentos a realizar, de modo a obter o consentimento informado;	Estudante; Enfª Cooperante	13ª à 14ª semana

- Realizar o acolhimento da mulher/casal, estabelecendo uma relação terapêutica de confiança, através da comunicação terapêutica e escuta ativa e da promoção de um ambiente acolhedor e seguro;
- Realizar a entrevista de enfermagem à mulher de forma a colher dados, a identificar as suas necessidades e a planear cuidados de acordo com as mesmas;
- Colaborar na realização de exames ginecológicos (colposcopias e histeroscopias), promovendo o bem-estar e conforto da mulher;
- Colaboração com a equipa médica na colocação de métodos contraceptivos (dispositivos intrauterinos e implantes);
- Efetuar os registos de enfermagem nos suportes eletrónicos e físicos disponíveis, possibilitando a continuidade de cuidados.

Objetivo específico 14: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a promoção da saúde, adaptação e vivência positiva dos processos de saúde/doença do foro ginecológico em serviço hospitalar de ambulatório. Unidades de competência a desenvolver – Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2 (OE, 2019a); Competências Específicas do EEESMO: 6.1; 6.2; 6.3; 7.1; 7.2; 7.3 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver	Intervenientes/ Recursos	Calendarização
• Prestar apoio emocional e psicológico à mulher com patologia ginecológica; • Informar e orientar a mulher/casal acerca da sua saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida; • Informar e orientar a mulher/casal sobre os recursos da comunidade, no sentido de promover a adaptação eficaz ao processo de saúde/doença ginecológica.	Estudante; Enfª Cooperante	13ª à 14ª semana

ESTÁGIO 4: ESMO NA GRAVIDEZ PATOLOGICA

Contextualização do local

Este módulo de estágio realizar-se-á numa unidade de saúde tipo Entidade Pública Empresarial (EPE), integrada no Serviço Nacional de Saúde, que presta cuidados a cerca de 250 000 pessoas, numa área geográfica que abrange 5 concelhos.

Parte do estágio decorrerá no serviço de consulta obstétrica, permitindo a aquisição de competências para a prestação de cuidados especializados no âmbito da vigilância da gravidez de risco e colaboração na realização de exames de diagnóstico pré-natal. Será também previsível integrar a equipa do serviço de

internamento de materno-fetal, possibilitando a aquisição de competências para a prestação de cuidados no âmbito da vigilância da gravidez de risco e em contexto de internamento, bem como na indução do trabalho de parto.

Plano de atividades

Objetivo específico 15: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados à grávida/feto/família de risco, em contexto de internamento e consulta de ambulatório hospitalar, promovendo a vivência positiva e adaptação da mulher/casal face aos processos patológicos na gravidez; Unidades de competência a desenvolver – Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2 (OE, 2019a); Competências Específicas do EEESMO: 2.1; 2.2; 2.3; 7.3 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver	Intervenientes/ Recursos	Calendarização
• Consulta de conteúdos lecionados em contexto de sala de aula sobre vigilância pré-natal, patologia na gravidez e realização de pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar conhecimentos; • Utilizar a comunicação terapêutica e relação de ajuda para o estabelecimento empático de uma relação de confiança e parceria nos cuidados; • Promoção de um ambiente acolhedor e seguro; • Promoção a privacidade e dignidade da pessoa-cliente; • Respeitar a cultura, religião, etnia, crenças, valores, acolhendo individualmente e holisticamente a mulher/família; • Facultar informação sobre todos os procedimentos a realizar, de modo a obter o consentimento informado; • Realizar o acolhimento da mulher/casal, estabelecendo uma relação terapêutica de confiança, através da comunicação terapêutica e escuta ativa e da promoção de um ambiente acolhedor e seguro; • Realizar a entrevista de enfermagem, com vista à colheita de dados, avaliação do conhecimento e expectativas da mulher/casal face à sua situação atual, vivência da gravidez, trabalho de parto e parto e planeamento dos cuidados; • Informar à mulher/casal, com base no seu nível de conhecimento e necessidades, promovendo uma decisão esclarecida; • Realizar a avaliação física e psicossocial da mulher (peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), tensão arterial, edemas, pele e mucosas, histórico vacinal, teste sumário de urina, observação mamária, confirmação do grupo sanguíneo, serologias, fatores psicológicos/sociais, estado emocional, relação com o companheiro, condição socioeconómica e habitacional);	Estudante; Enfª Cooperante	15ª à 20ª semana

- Realizar a avaliação obstétrica e do bem-estar fetal: auscultação fetal (se aplicável), altura do fundo uterino (se aplicável), perímetro abdominal, manobras de Leopold (se aplicável);
- Realizar monitorização cardiotocográfica, quando aplicável, analisar o traçado à luz da situação atual da mulher e discutir o mesmo com a Enfª Cooperante;
- Conhecer, colaborar e aplicar o protocolo de indução de trabalho de parto;
- Realizar Educação para a Saúde relativamente aos benefícios do contacto pele-a-pele e início precoce da amamentação, após o nascimento e de acordo com as preferências da grávida, suportando a informação fornecida com um folheto elaborado;
- Observar as consultas médicas de diagnóstico pré-natal;
- Observar e colaborar na realização dos exames de diagnóstico pré-natal;
- Observar e colaborar nas consultas de IVG, prestando apoio emocional à mulher antes e após o processo de aborto;
- Avaliar o estado emocional e psicológico da mulher, despistando precocemente situações de desvio da normalidade e promovendo a saúde mental, demonstrando disponibilidade e empatia;
- Realizar momentos de Educação para a Saúde, promovendo a vivência e adaptação positivas da mulher/casal face à gravidez com complicações, de acordo com o seu nível de conhecimentos e necessidades;
- Efetuar os registos no suporte informático ou outros disponíveis, possibilitando a continuidade de cuidados.

ESTÁGIO 5: ESMO NO BLOCO DE PARTOS

Contextualização do local

Estágio a realizar-se em contexto a definir.

Plano de atividades

Objetivo específico 16: Desenvolver competências técnicas, relacionais e científicas que permitam acolher a mulher/casal/família no bloco de partos; Unidades de competência a desenvolver - Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2 (OE, 2019a); Competências Específicas do EEESMO: 3.1 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver

Interveniente
s/Recursos

Calendarização

- Utilizar a comunicação terapêutica e relação de ajuda para o estabelecimento empático de uma relação de confiança e parceria nos cuidados*;
- Promoção de um ambiente acolhedor e seguro*;
- Promover a privacidade e dignidade da pessoa-cliente*;
- Promover a presença da pessoa significativa da parturiente, se for o seu desejo*;
- Respeitar a cultura, religião, etnia, crenças, valores, acolhendo individualmente e holisticamente a mulher/família*;
- Apresentar o espaço físico, equipa multidisciplinar e recursos dos serviços;
- Disponibilizar informação relativa a normas de funcionamento, direitos e deveres dos utentes e horários de visita, favorecendo a adaptação da parturiente/família;
- Facultar informação sobre todos os procedimentos a realizar, de modo a obter o consentimento informado*;
- Aferir desejos, expectativas, necessidades, medos ou dúvidas junto da parturiente/casal, ajustando o planeamento dos cuidados e garantindo a participação ativa dos mesmos e a qualidade e segurança dos cuidados*;
- Consultar dados relativos aos antecedentes pessoais, ginecológicos, obstétricos e familiares, história da gravidez atual, alergias conhecidas, hábitos e estilo de vida e dinâmica familiar/social através do processo clínico, Boletim de Saúde da Grávida, resultados de exames complementares decorrentes da vigilância da gravidez, informação contida na passagem de dados do EEESMO do serviço de urgência obstétrica/internamento obstétrico e entrevista à parturiente/casal;
- Validar a existência de plano de parto e frequência de curso de preparação para o parto e parentalidade;
- Avaliar o bem-estar materno-fetal, estágio e evolução do trabalho de parto, com recurso à observação física da mulher (sinais vitais, manobras de Leopold, toque vaginal) e cardiotocografia;

* - Considerar em todos os objetivos e ao longo do internamento.

Estudante;
Enfª
Cooperante

Aquisição – 21ª à 23ª semanas;
Desenvolvimento sob supervisão – 24ª à 28ª semanas;
Aperfeiçoamento autonomamente – 29ª à 41ª semana

Objetivo específico 17: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados à grávida/parturiente/puérpera/casal/feto/RN durante os quatro estádios do Trabalho de Parto (TP); Unidades de competência a desenvolver – Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2 (OE, 2019a); Competências Específicas do EEESMO: 3.1; 3.2; 3.3; 7.1; 7.3 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver

Intervenientes/
Recursos

Calendarização

- Primeiro estágio do TP:

- Identificação da fase do 1º estágio do TP;
- Monitorização dos sinais vitais maternos, de acordo com o protocolo do serviço;
- Vigiar e assistir a progressão do TP, promovendo o conforto e indo ao encontro das expectativas da parturiente/casal e ao explicitado no Plano de Parto, sob a premissa da qualidade e segurança dos cuidados;
- Efetuar a monitorização cardiotocográfica (CTG) intermitente durante a fase latente e contínua durante a fase ativa do 1º estágio do TP, avaliando a frequência cardíaca fetal (FCF), a contratilidade uterina e a relação entre ambas;
- Realização do exame vaginal num intervalo não inferior a 4 horas, aferindo as características do colo (consistência, posicionamento, apagamento e dilatação), apresentação, posição e variedade fetal e sua descida, a integridade das membranas e as características da bacia materna;
- Realização da amniotomia, se necessário, indicado e apresentação ao nível do plano 0 de De Lee, insinuada, com recurso a técnica assética, apoiando a descida da apresentação, avaliando as características do Líquido Amniótico (LA) e a FCF no CTG após o procedimento;
- Despistar precocemente e atuar em conformidade face a sinais de alarme/desvios à normalidade como distocias dinâmicas por disfunção da contratilidade uterina (hipotónica, hipertonia uterina ou taquissistolia), distocias mecânicas (do feto/bacia materna/canal de parto), variações patológicas na FCF através da CTG, sinais de hemorragia ou infeção, procedendo à referenciação médica sempre que necessário;
- Avaliar e promover o controlo da dor, com recurso a estratégias não farmacológicas (hidroterapia, musicoterapia, massagem, técnicas de relaxamento, imaginação guiada, aromaterapia ou outras, de acordo com as preferências da parturiente) ou farmacológicas (analgesia per os, endovenosa ou locorregional, de acordo com as preferências da parturiente);
- Colaborar com a equipa de anestesiologia na realização da técnica de colocação do cateter para analgesia locorregional;
- Incentivar a micção espontânea, vigiar sinais de retenção urinária e promover o esvaziamento vesical se necessário;
- Incentivar, auxiliar ou promover os cuidados de higiene e conforto, de acordo com as suas capacidades e preferências;
- Promover a ingestão hídrica ou de alimentos, de acordo com as preferências da parturiente;
- Identificar sinais eminentes do segundo estágio do TP;

Estudante;
Enfª
Cooperante

Aquisição – 21ª à 24ª semanas;
Desenvolvimento sob supervisão – 25ª à 29ª semanas;
Aperfeiçoamento autonomamente – 30ª à 41ª semana

- Efetuar registos claros e concisos relativamente à evolução do TP no partograma e sistema informático.
- Segundo estágio do TP:
 - Identificar os sinais de início do segundo estágio do TP (dilatação completa sem que a parturiente sinta necessidade de expulsar, seguida de pressão pélvica e impulso para os esforços expulsivos voluntários – reflexo de Ferguson);
 - Avaliar o bem-estar materno-fetal com recurso à CTG contínua, observando o padrão da FCF, contratilidade uterina e a relação entre ambas;
 - Efetuar o toque vaginal, avaliando as características da bacia, posição e variedade da apresentação;
 - Detetar precocemente e atuar em conformidade face a complicações ou desvios à normalidade;
 - Avaliar a dor e facilitar estratégias farmacológicas ou não farmacológicas para o seu alívio, de acordo com as preferências da parturiente;
 - Avaliar a atitude geral da parturiente, nível de energia e conforto, promovendo o seu bem-estar;
 - Assistir a parturiente na adoção da posição de conforto para o período expulsivo, mantendo as condições de segurança;
 - Preparação da mesa de apoio ao parto, desinfeção, abertura da trouxa de parto, campo de parto, material de sutura (caso seja necessário);
 - Incentivar os esforços expulsivos espontâneos;
 - Orientar a pessoa significativa a posicionar-se junto da mulher, apoiando-a física e emocionalmente, promovendo a sua capacitação;
 - Avaliar a progressão fetal e sinais de proximidade da expulsão fetal (aumento do introito vaginal, abaulamento do períneo e coroamento do polo cefálico);
 - Avaliar a elasticidade dos tecidos perineais, apoiar e proteger a distensão perineal (de acordo com a preferência da parturiente) e avaliar a necessidade de realização de episiotomia;
 - Solicitar à parturiente a suspensão dos esforços expulsivos e pesquisar a presença de circulares cervicais, após expulsão controlada da cabeça fetal;
 - Aguardar a rotação externa, restituição e saída do corpo fetal, assistindo se necessário e facilitando a saída de secreções das vias aéreas fetais (na ausência de mecónio);

- Segurar o RN e cobri-lo com um pano aquecido, verificar a hora de nascimento, avaliar o índice de Apgar e favorecer o contacto pele-a-pele com a mãe, exceto se necessidade de reanimação neonatal ou instabilidade hemodinâmica materna;
- Prestar os cuidados imediatos ao RN em contacto pele-a-pele (administração de vitamina K, avaliação do índice de Apgar);
- Laquear o cordão umbilical após parar de pulsar, exceto se necessidade de reanimação neonatal ou colheita de sangue para criopreservação de células estaminais (averiguar, no caso de laqueação tardia, quem pretende fazê-lo);
- Participar em partos distócicos (ventosa, fórceps ou cesariana);
- Registar oportunamente, de forma clara, específica e concisa as intervenções, dados do parto, analgesia e dados do RN nos suportes eletrónicos e físicos apropriados;
- Terceiro estágio do TP:
 - Identificar e vigiar os sinais de descolamento de placenta (contração uterina, mudança da forma uterina de discoide para ovoide, saída súbita de sangue à vulva, descida do cordão, aumento do volume vaginal observável);
 - Assistir a dequitação, realizando tração controlada do cordão;
 - Verificar o mecanismo da dequitação (Schultze ou Duncan);
 - Administrar uterotónicos, de acordo com o protocolo do serviço ou prescrição médica;
 - Avaliar e quantificar perdas hemáticas e risco de hemorragia;
 - Confirmação da contração uterina – Globo de Segurança de Pinard
 - Observar rigorosamente a placenta, membranas e cordão umbilical, para despiste desvios da normalidade;
 - Inspeccionar o períneo e o canal de parto, identificando traumatismos, hematomas ou lacerações;
 - Em caso de laceração ou episiotomia, proceder ao tamponamento vaginal, identificar os tecidos a sutural e o tipo de laceração, e proceder à reconstrução perineal/episiiorrafia, sob técnica assética e após anestesia local/locorregional, de acordo com as técnicas de sutura apropriadas (remover o tamponamento vaginal no final da correção da laceração/episiiorrafia);
 - Verificar a integridade do esfíncter anal;
 - Orientar a puérpera para o autocuidado relativamente à higiene, conforto e vigilância perineal;
 - Aplicar gelo local, para prevenção de edema, dor e hemorragia;

- Registo oportuno e de forma clara, específica e concisa sobre os dados da dequitação: mecanismo, integridade da placenta/membranas e vasos do cordão umbilical, terapêutica administrada e perdas hemáticas nos suportes eletrónicos e físicos disponíveis.
- Quarto estágio do TP:
 - Avaliar o estado geral e as necessidades físicas e emocionais da puérpera, promovendo o seu conforto e bem-estar;
 - Avaliar os sinais vitais, involução uterina (globo de segurança de Pinard), perdas hemáticas, a dor e o desconforto perineal, no sentido de despistar precocemente e atuar em conformidade face à presença de complicações/desvios da normalidade no pós-parto imediato;
 - Promover o contacto pele-a-pele e o início precoce da amamentação, de acordo com as preferências da puérpera, explicitando as suas vantagens para mãe e bebé;
 - Esclarecer o casal quanto ao comportamento expectável do RN nas horas após o nascimento, promovendo a sua fisiologia e adaptação à vida extrauterina;
 - Assistir a puérpera durante a mamada, observando o seu comportamento e aptidão inicial, auxiliando nos posicionamentos, ensinando sinais de boa pega e de transferência de colostro;
 - Avaliar a interação da díade e tríade, envolvendo o pai no processo de cuidados e promovendo a sua privacidade;
 - Esclarecer dúvidas da puérpera/família;
 - Realizar os procedimentos para transferência da díade/tríade para o serviço de internamento de puerpério;
 - Elaborar registos de enfermagem claros, específicos e concisos acerca das intervenções e vigilância realizados nos suportes eletrónicos e físicos disponíveis.

Objetivo específico 18: Desenvolver competências técnicas, científicas, e relacionais para a prestação de cuidados especializados ao RN nas primeiras duas horas de vida;

Unidades de competência a desenvolver – Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2 (OE, 2019a); Competências Específicas do EEESMO: 3.1; 3.2; 7.1; 7.3 (OE, 2019b).

Atividades a desenvolver	Intervenientes/Recursos	Calendarização
• Preparar o ambiente (aquecer a mesa e o pano para receber o RN) e efetuar a verificação do material de reanimação neonatal antes do nascimento; • Preparação da vitamina K e posterior administração;	Estudante; Enfª Cooperante	Aquisição – 21ª à 24ª semanas; Desenvolvimento sob supervisão –

• Avaliar atempadamente a necessidade de colaboração do pediatra/neonatologista na sala de partos (LA com presença de mecónio, desacelerações tardias e persistentes na CTG, risco infeccioso); • Registar a hora exata do nascimento, verbalizando-a em voz alta; • Avaliação do índice de Apgar ao primeiro e quinto minutos; • Colaborar com o pediatra/neonatologista na reanimação cardiorrespiratória do RN, em caso de necessidade; • Conhecer os procedimentos/protocolos relativos a RN de mães portadoras de HIV ou hepatite B; • Estimular o RN no momento do nascimento e prestação de cuidados imediatos (administração de vitamina K, avaliação física, neurológica e comportamental e adaptação à vida extrauterina), em contacto pele-com-pele, sempre que se verifiquem condições de saúde e segurança da mãe e do bebé; • Promover o alcance espontâneo da mama e início fisiológico e precoce da amamentação, avaliando os reflexos e a efetividade da mamada; • Adiar qualquer procedimento não essencial de avaliação do RN até, pelo menos, 60 minutos após o parto, possibilitando o contacto pele-a-pele e minimizando o stress e choro do RN; • Elaborar registos de enfermagem claros, específicos e concisos acerca das intervenções e vigilância realizados nos suportes eletrónicos e físicos disponíveis.		25 ^a à 28 ^a semanas; Aperfeiçoamento autonomamente – 29 ^a à 40 ^a semana
---	--	--

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Enfermagem, enquanto profissão, é regulada por princípios éticos, descritos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e pelo Regulamento de Exercício Profissional (REPE). Compete ao enfermeiro detentor desse título, exercer a profissão de acordo com adequados conhecimentos científicos e técnicos, respeitando a vida, dignidade humana e saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (OE, 2015a).

O EEESMO, enquanto Enfermeiro Especialista, deverá desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na sua área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, assim como garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). A elaboração e execução das atividades planeadas neste PIE terão por base uma conduta baseada nos princípios éticos e deontológicos que regem a prática de enfermagem, como sendo a beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade.

No que concerne ao desenvolvimento do trabalho de investigação, a entrevista contemplará uma breve introdução informativa sobre a temática e os objetivos do estudo, garantindo o anonimato e confidencialidade relativamente aos participantes e informação transmitida. De forma a salvaguardar a participação voluntária e informada, disponibilizar-se-á - após a nota introdutória - o consentimento informado, em que o participante declarará ter lido e compreendido a finalidade do questionário e consente a utilização dos dados fornecidos para fins académicos e científicos.

Para a implementação dos instrumentos de colheita de dados, irá ser realizado um pedido autorização à Comissão de Ética e Conselho de Administração do Hospital onde se realizará o estágio de Bloco de Partos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste PIE revelou-se uma mais-valia no processo de aprendizagem que se pressupõe durante a UCERESMO, permitindo orientar a prática clínica durante os estágios.

A reflexão inerente ao planeamento das atividades conducentes à concretização dos objetivos definidos, permitiu a consolidação mental das competências comuns e específicas do EEESMO, bem como dos padrões de qualidade para a prática de cuidados especializados em ESMO e dos estatutos e regulamentos da OE.

Salienta-se que, embora se perspetive o cumprimento deste projeto, o mesmo poderá sofrer alterações, de acordo com constrangimentos, necessidades evidenciadas pelos contextos ou outras oportunidades de aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACEESMO [Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica]. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. https://ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- ACOG [The American College of Obstetricians and Gynecologists]. (2018). ACOG committee opinion n.º 756 - breastfeeding expert work group committee on obstetric practice optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice. *Obstetrics & Gynecology*, 132(4), 187–196. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2018/10/optimizing-support-for-breastfeeding.pdf>
- ACOG [The American College of Obstetricians and Gynecologists]. (2021). ACOG committee opinion n.º 821 - barriers to breastfeeding: supporting initiation and continuation of breastfeeding. *Obstetrics & Gynecology*, 137(2), 54–62. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2021/02/barriers-to-breastfeeding-supporting-initiation.pdf>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo* (Edições 70, Ed.).
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. M. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Maternal and Child Nutrition*, 16(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>
- FAME [Federación de Asociaciones de Matronas de España]. (2023). *Iniciativa parto normal*. https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2023/05/IPN_080523-INICIATIVA-PARTO-NORMAL.pdf
- FIGO [International Federation of Gynecology and Obstetrics]. (2022). *FIGO Statement - harnessing the golden hour: breastfeeding recommended within first hour of life*. <https://www.figo.org/resources/figo-statements/harnessing-golden-hour-breastfeeding-recommended-within-first-hour-life>
- Gupta, N., Deierl, A., Hills, E., & Banerjee, J. (2021). Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. In *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* (Vol. 110, Issue 8, pp. 2310–2315). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/apa.15913>
- Holmes, A. V., McLeod, A. Y., Bunik, M., Marinelli, K. A., Noble, L., Brent, N., Grawey, A. E., Holmes, A. V., Lawrence, R. A., Seo, T., & Taylor, J. S. (2013). ABM clinical protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeeding Medicine*, 8(6), 469–473. <https://doi.org/10.1089/bfm.2013.9979>
- Karimi, F. Z., Sadeghi, R., Maleki-Saghooni, N., & Khadivzadeh, T. (2019). The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. In *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* (Vol. 58, Issue 1, pp. 1–9). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002>
- Ministério da Saúde. (1987). Decreto-Lei n.º 322/87. *Diário Da República, I Série*(197), 3332–3332. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1987/08/19700/33323332.pdf>
- Mohrbacher, N. (2020). *Breastfeeding Answers: A Guide for Helping Families* (N. Mohrbacher, Ed.; 2ª edition). Nancy Mohrbacher Solutions, Inc.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2016, Issue 11). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

- OE (Ordem dos Enfermeiros). (2015a). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- OE [Ordem dos Enfermeiros]. (2015b). *Livro de bolso enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- OE [Ordem dos Enfermeiros]. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019 - regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- OE [Ordem dos Enfermeiros]. (2019b). Regulamento nº 391/2019: regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. In *Diário da República: II série, nº 85*. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C. G., & Richter, L. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. In *The Lancet* (Vol. 401, Issue 10375, pp. 472–485). Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
- Phillips, K. (2004). Irmã Callista Roy - Modelo de Adaptação. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5ª edição, pp. 301–334). Lusociência - Edições técnicas e Científicas, Lda.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? In *The Lancet* (Vol. 387, Issue 10017, pp. 491–504). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3ª edição). Pearson Education, Inc.
- Sharma, A. (2016). Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: A randomized controlled trial. *African Health Sciences*, 16(3), 790–797. <https://doi.org/10.4314/ahs.v16i3.20>
- UNICEF. (2016). *From the first hour of life: making the case for improved infant and young child feeding everywhere*. <https://www.unicef.org/reports/first-hour-life>
- UNICEF, & WHO. (2018a). *Capture the moment : early initiation of breastfeeding : the best start for every newborn*. <https://www.unicef.org/eca/media/4256/file/Capture-the-moment-EIBF-report.pdf>
- UNICEF, & WHO. (2018b). *Implementation Guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby friendly initiative*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>
- UNICEF, & WHO. (2022). *Global breastfeeding scorecard 2022: protecting breastfeeding through further investments and policy actions*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-NFS-22.6>
- WHO. (2017). *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>

APÊNDICE II – SCOPING REVIEW

Promoção do início precoce da amamentação durante o contacto pele-a-pele - uma scoping review

Promoting early breastfeeding initiation during skin-to-skin contact - a scoping review

Marita Carla Correia Bento

Estudante do 9º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém. ORCID 0009-0009-8729-3136

Sara Elisabete Cavaco Palma

MSc, RN, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém. Membro Integrado no Centro de Investigação e Qualidade de Vida (CIEQV). Membro Colaborador no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (CIDNUR), Portugal. ORCID: 0000-0002- 4640-6458.

Resumo

A forma como decorre o parto e o pós-parto imediato tem profundas implicações no estabelecimento do início precoce da amamentação. O EEESMO encontra-se numa posição privilegiada para promover a fisiologia do parto e cuidados respeitosos após o nascimento, facilitando o início precoce da amamentação, aumentando a sua probabilidade de sucesso e a qualidade dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Objetivo: Mapear a evidência científica existente acerca das intervenções do EEESMO, promotoras do início precoce da amamentação, durante o contacto pele-a-pele após o parto.

Metodologia e métodos: o referencial teórico foi *The Joanna Briggs Institute for Scoping Review*. A pesquisa foi conduzida nas plataformas PubMed e EBSCOhost, nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina, partindo da questão de revisão “Quais as intervenções do EEESMO, realizadas durante o contacto pele-a-pele, promotoras do início precoce da amamentação?”. Dos 142 artigos encontrados, 125 foram rejeitados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos. Dos 17 artigos restantes, foram selecionados 6 que, após análise, permitiram melhor compreender a questão de revisão.

Resultados: Emergiram 6 artigos para análise, conduzidos entre 2009 e 2023, de origem internacional. As intervenções do EEESMO passam pela facilitação do contacto pele-a-pele imediato, ininterrupto e independentemente da via do parto, manutenção das condições ambientais favoráveis, facilitação da presença de acompanhante e apoio emocional e/ou físico à mulher, até à concretização da primeira mamada do recém-nascido.

Conclusão: A promoção do contacto pele-a-pele imediato e do início precoce da amamentação são práticas sustentadas pela evidência científica. Reforça-se a necessidade de desenvolver estudos que monitorizem os resultados desta prática e elenquem intervenções concretas, assim como de investir na sensibilização e formação

dos EEESMO para a promoção do início precoce da amamentação, enquanto escopo da sua atuação e de acordo com o preconizado pelos documentos orientadores da prática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Palavras-Chave: Contacto pele-a-pele; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Início precoce da amamentação; Primeira hora de vida.

Abstract

The way in which childbirth and the immediate postpartum period take place has profound implications for the early initiation of breastfeeding. The obstetric nurse is in a privileged position to promote the physiology of childbirth and respectful care after birth, facilitating the early initiation of breastfeeding, increasing its likelihood of success and the quality of care in Obstetric Nursing.

Objective: To map the existing scientific evidence on obstetric nurse interventions that promote early breastfeeding during skin-to-skin contact after childbirth.

Methodology and methods: the theoretical framework was *The Joanna Briggs Institute for Scoping Review*. The search was conducted on the PubMed and EBSCOhost platforms, in the MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive and MedicLatina databases, based on the review question "What interventions performed by obstetric nurses, during skin-to-skin contact, promote the early initiation of breastfeeding?". Of the 142 articles found, 125 were rejected according to the inclusion and exclusion criteria defined previously. Of the remaining 17 articles, six were selected which, after analysis, allowed for a better understanding of the review question.

Results: 6 articles emerged for analysis, carried out between 2009 and 2023, of international origin. The obstetric nurse's interventions include facilitating immediate, uninterrupted skin-to-skin contact, regardless of the delivery mode, maintaining favourable environmental conditions, facilitating the presence of a companion and providing emotional and/or physical support to the woman, up until the newborn's first feed.

Conclusion: Promoting immediate skin-to-skin contact and early breastfeeding initiation are practices supported by scientific evidence. The need to develop studies that monitor the results of this practice and identify concrete interventions is reinforced, as is the need to invest in raising awareness and training obstetric nurses in the promotion of early breastfeeding initiation, as part of their scope of practice and in accordance with the guidelines for Maternal and Obstetric Health Nursing practice.

Keywords: Early initiation of breastfeeding; First hour of life; Skin-to-skin contact; Obstetric nursing.

Introdução

A forma como decorre o parto tem profundas implicações no modo como se estabelece o ritmo do início precoce da amamentação (IPA). Práticas que colidam com a fisiologia deste processo e a priorização da realização

de técnicas e procedimentos ao recém-nascido (RN) saudável e de termo, são reflexo da medicalização do nascimento e podem resultar num parto *stressante* ou traumático, atrasando o contacto pele-a-pele (CPP) e o IPA, contrariando a fisiologia e o instinto primordial da díade mãe-RN (Mohrbacher, 2020; Huang et al., 2022).

É durante a primeira hora de vida que a mãe tem o pico hormonal de ocitocina, prolactina, serotonina e endorfinas. Também é este o período em que o RN está mais responsivo às estimulações sensoriais da mãe (pelo tato, cheiro, temperatura), assim como os reflexos necessários para a amamentação estão no seu auge. A ativação e manutenção do comportamento inato para se alimentar do RN – essencial durante a primeira hora de vida para a sua sobrevivência - parece estar primariamente associado ao toque, especificamente ao contacto frontal completo do corpo do bebé com o corpo materno (Karimi et al., 2019; Mohrbacher, 2020).

O CPP pode ser definido como a colocação do bebé nu, em decúbito ventral e cabeça lateralizada sobre o peito nu da mãe. O CPP imediato é a colocação do bebé nu, deitado no peito nu da mãe à nascença, enquanto o CPP precoce começa entre a segunda e a vigésima quarta horas de vida. Recomenda-se o seu início imediato, em RN saudáveis, independentemente da via do parto, contínua e ininterruptamente, até à concretização da primeira mamada, tendo em conta os benefícios fisiológicos, sociais e psicológicos para mães e bebés. Considera-se este um aspeto essencial no cuidado centrado na pessoa/família, com benefícios suportados pela evidência científica (Brimdyr et al., 2020; FAME [Federación de Asociaciones de Matronas de España], 2023; Gupta et al., 2021; Holmes et al., 2013; Moore et al., 2016).

As vantagens do CPP para a mãe estão relacionadas com a expulsão mais precoce da placenta, redução da hemorragia pós-parto e diminuição dos níveis de stress materno e aumento da oxitocina endógena, otimizando os comportamentos parentais e a vinculação. As vantagens para o bebé incluem a diminuição das consequências negativas do stress do nascimento, uma termorregulação mais otimizada e menos choro. Além disso, a proximidade ao corpo da mãe funciona como estímulo, garantindo a regulação de aspetos da fisiologia neonatal (cardiorrespiratórios, digestivos, hormonais e comportamentais), assim como permite a colonização da sua pele com bactérias benéficas da pele da mãe, proporcionando proteção contra doenças infecciosas e contribuindo para o desenvolvimento do sistema imunitário do RN (Brimdyr et al., 2020; Gupta et al., 2021; Moore et al., 2016; UNICEF [United Nations Children's Fund], 2016; UNICEF & WHO [World Health Organization], 2018a).

Importa clarificar que o CPP no pós-parto imediato implica um processo, durante o qual o RN passa por nove fases observáveis (descritas pela primeira vez por Widström em 1987) e cujo objetivo primário é encontrar a mama e iniciar a amamentação: choro de nascimento, relaxamento, despertar, atividade, gatinhar, repouso, familiarização, sucção e sono. Os nove estágios englobam a atividade e interação da mãe e do bebé durante este período vital e único, muito para além da passividade implícita de simplesmente colocar o RN pele com pele durante um curto período. O CPP torna-se, assim, o veículo para o comportamento instintivo de sobrevivência do RN para encontrar a mama e começar a mamar, promovendo um aumento da taxa de amamentação aquando da alta hospitalar, da taxa de amamentação exclusiva, aumento da autoeficácia materna para a amamentação e uma pega otimizada, contornando os problemas associados à pega incitada ou forçada (Brimdyr et al., 2020; Mohrbacher, 2020).

A *World Health Organization* (WHO) e a *United Nations Children's Fund* (UNICEF) recomendam que a amamentação tenha início na primeira hora de vida e se mantenha em exclusivo até aos seis meses, iniciando depois a alimentação complementar com alimentos seguros e adequados, enquanto a amamentação perdura, pelo menos, até aos dois anos de idade (UNICEF & WHO, 2018a; WHO, 2017). O risco de morte nos primeiros 28 dias de vida é 33% superior nos RN cuja amamentação foi iniciada 2 a 23 horas após o nascimento, e mais do dobro para os que iniciaram a amamentação 1 ou mais dias depois, comparativamente aos que foram amamentados na primeira hora de vida (WHO, 2017). O cuidado apropriado na primeira hora de vida é, assim, crítico para garantir que a amamentação não só tem um início ótimo, como uma continuidade com sucesso (Huang et al., 2022; Karimi et al., 2019; UNICEF & WHO, 2018a)

Fatores como a escolaridade materna, condições precárias de acesso aos serviços de saúde, falta de formação dos profissionais, gravidezes de risco, parto por cesariana ou práticas culturais como o desperdício do colostro parecem levar à diminuição da prática do IPA (ACOG [The American College of Obstetricians and Gynecologists], 2021; FIGO [International Federation of Gynecology and Obstetrics], 2022). Por isto, em 1991, a WHO e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do aleitamento materno: Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB). Este programa baseia-se nos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, referindo o Passo 4 que o cuidado após o nascimento deve incluir o encorajamento do CPP imediato após o nascimento e a promoção do IPA; e o passo 6 preconiza a evicção da oferta de outros líquidos para além do leite materno aos RN (UNICEF & WHO, 2018b). Assim, o cuidado após o nascimento promotor da iniciação e estabelecimento precoces da amamentação inclui a promoção do CPP, apoio físico e emocional da mãe, promoção do alojamento conjunto e presença de pessoa significativa, num conjunto complexo de intervenções de suporte, a nível prático, emocional, motivacional e informativo, de acordo com as necessidades específicas de cada mulher/RN/família (ACOG, 2018; UNICEF & WHO, 2018b; WHO, 2017).

Apesar dos benefícios do aleitamento materno suportados pela evidencia científica, muitos países mantêm-se longe do objetivo de iniciar precocemente e durante a primeira hora de vida, a amamentação (FIGO, 2022; Pérez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2016; ACOG, 2021; UNICEF, 2016; UNICEF & WHO, 2018a). De acordo com a WHO (2022), apenas 48% dos RN cujo parto foi assistido por um profissional de saúde materna e obstétrica foram amamentados durante a primeira hora de vida, tornando-se evidente o caminho a percorrer no sentido da promoção do IPA por parte destes profissionais.

Sendo a pessoa um sistema aberto e holístico, buscando a sua adaptação em constante interação recíproca com o meio ambiente que a rodeia, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na promoção do IPA durante o CPP surge com o potencial de promover a melhor adaptação do RN à vida extrauterina e da mulher ao seu papel parental e à fisiologia puerperal (Roy, 2009). Assim, numa prática sustentada pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, cabe ao EEESMO promover

medidas de suporte ao RN que facilitem a sua adaptação ao meio extrauterino e conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, num cuidado atualizado, baseado na evidência, ético e respeitoso à mulher inserida na família e comunidade, promovendo a sua saúde, satisfação e a qualidade dos cuidados prestados (ACEESMO [Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica], 2021; OE, 2019a, 2019b). Considerando ainda a Orientação vigente n.º 002/2023, emitida pela Direção Geral da Saúde (DGS) e atualizada a 26/03/2024, o EEESMO é responsável pela assistência e prestação de cuidados à mulher e RN após o parto de baixo risco, assegurando que o RN com índice de Apgar superior a 8 ao 5º minuto e cuja mãe se encontre clinicamente estável e desperta deve, em caso de concordância materna, ser colocado em CPP durante pelo menos uma hora e de forma contínua, assim como deve ser incentivada e assistida a amamentação durante este período, a iniciar de forma espontânea pelo RN (DGS, 2023).

Por isto, este estudo surge com o objetivo de mapear a evidência científica existente acerca das intervenções do EEESMO, promotoras do início precoce da amamentação, durante o contacto pele-a-pele após o parto.

Metodologia

Realizou-se a presente *scoping review*, norteadada pelos princípios metodológicos do *The Joanna Briggs Institute* (Aromataris & Munn, 2020), no mês de janeiro de 2024. Definida a questão de revisão “Quais as intervenções do EEESMO, realizadas durante o contacto pele-a-pele, promotoras do início precoce da amamentação?”, determinaram-se os critérios de inclusão de acordo com o método PCC: População - EEESMO; Conceitos - Contacto pele a pele; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Início precoce da amamentação; Primeira hora de vida; Contexto - Sala de Partos. Consideraram-se todos os tipos de desenho de estudo, com publicação sem limite temporal definido, disponíveis em texto integral, em idioma português, inglês ou espanhol e relativos à espécie humana. Excluíram-se estudos fora do âmbito da temática, que integrassem outra população ou que incluíssem dados relativos a RN com idade gestacional inferior a 34 semanas, pelo maior risco de complicações ao nascimento que impossibilitassem o IPA.

Numa pesquisa preliminar conduzida na PubMed e plataforma EBSCOhost, nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina, identificaram-se os termos contidos nos títulos, resumo e palavras-chave relevantes para efetuar a pesquisa. Os termos que emergiram da pesquisa preliminar foram validados como descritores de pesquisa na plataforma MeSH, obtendo-se os seguintes descritores MeSH: *Obstetric Nursing, Kangaroo Mother Care Method; Breast feeding; Delivery Rooms*.

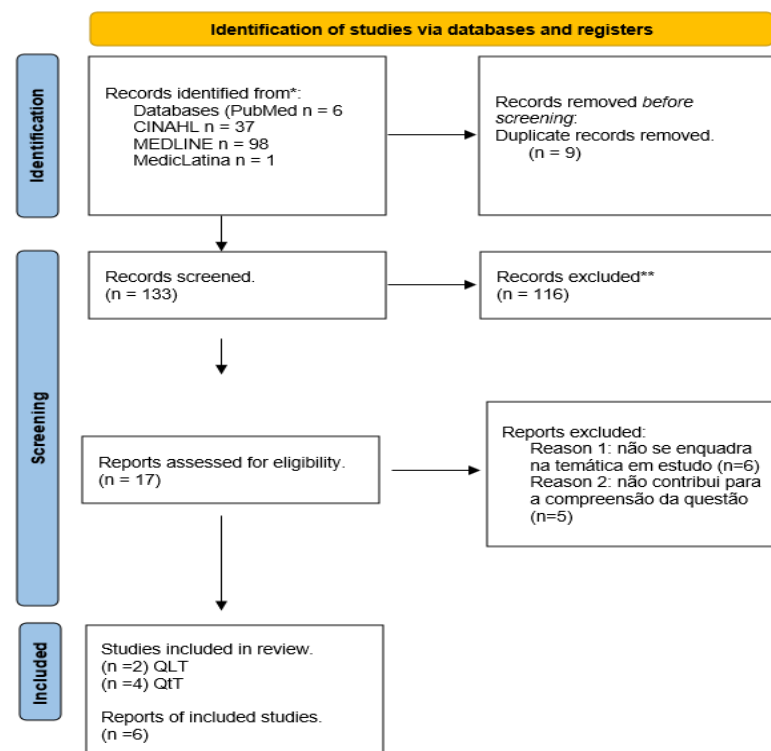
Foi efetuada uma pesquisa utilizando os termos MeSH acima descritos. Contudo, por não terem sido obtidos resultados satisfatórios, associaram-se aos termos MeSH *Kangaroo Mother Care Method* e *Breast feeding* os termos naturais *skin to skin contact* e *early breastfeeding initiation*, respetivamente, encontrados como *keywords* nos artigos relevantes sobre a temática pesquisados previamente. Com recurso aos booleanos AND e OR, construiu-se a expressão de pesquisa: **“Obstetric nursing AND (kangaroo mother care method OR skin to skin contact) AND (breast feeding OR early initiation of breastfeeding) AND Delivery Rooms”**.

O processo de seleção dos estudos encontra-se esquematizado do diagrama 1 - PRISMA 2020 *flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only*, cuja elaboração decorre da pesquisa efetuada nas bases de dados e de acordo com a estratégia de pesquisa descritas anteriormente. Na primeira etapa do PRISMA - *Identification* - foi possível verificar o número de artigos existentes nas bases de dados selecionadas, num total de 142 (6 artigos na PUBMED e 136 artigos na EBSCO). Foram rejeitados 9 artigos que se encontravam duplicados, totalizando 133 artigos.

Na etapa seguinte, *Screening*, e após leitura do título e do *abstract* de cada artigo identificado na primeira fase, foram rejeitados 116 artigos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos. Dos 17 artigos restantes e lidos integralmente, 11 artigos foram excluídos, por não se enquadrarem na temática em estudo ou não contribuírem para a compreensão da questão de revisão.

Na terceira e última etapa do PRISMA - *Included* - um total de 6 artigos foram analisados, podendo a respetiva análise ser consultada na tabela 1.

Diagrama 1 - PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only.



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da pesquisa efetuada emergiram 6 artigos para análise, realizados entre 2009 e 2023, sendo que o estudo 1 foi conduzido na Austrália; o estudo 2 é proveniente do Bangladesh, Estados Unidos da América e Reino Unido; o estudo 3 realizou-se na Etiópia e Países Baixos; o estudo 4 tem origem na República Eslovaca; o estudo 5 é

proveniente da Indonésia e Austrália e o estudo 6 foi conduzido no Brasil. A amostra variou entre 200 e 6616 participantes. Os artigos incluídos são estudos primários, 2 qualitativos e 4 quantitativos.

Os principais resultados desta Scoping Review relacionam-se com:

1. O tipo de parto influencia diretamente a realização do CPP e o IPA. Nomeadamente, o parto por cesariana é considerado como fator inibitório da realização do CPP imediato, impactando na forma como se estabelece o IPA (Bašková et al., 2020; Gayatri & Dasvarma, 2020; Lonsako et al., 2023);
2. A realização do CPP imediato é um fator preditor importante do IPA (Bašková et al., 2020; Campos et al., 2020; Gayatri & Dasvarma, 2020; Karim et al., 2018; Lonsako et al., 2023);
3. Outras práticas de cuidados após o nascimento (manutenção da privacidade na sala de partos, o nascimento saudável do RN, a realização do exame físico do RN na primeira hora e durante o CPP e a presença do convivente significativo após o parto) facilitam o IPA (Campos et al., 2020; Karim et al., 2018);
4. A assistência ao parto por EEESMO é favorecedora do CPP e do IPA, pelos seus conhecimentos relativos aos benefícios desta prática e favorecimento da fisiologia do parto e pós-parto imediatos (Gayatri & Dasvarma, 2020; Karim et al., 2018);
5. A falta de recursos humanos, a fragmentação e descontinuidade dos cuidados após o parto – orientada pelos protocolos institucionais, interpretação das políticas e influências sociais – e a subestimação da importância do apoio profissional foi identificada como prejudicial para a consistência das intervenções realizadas pelos EEESMO para a promoção do IPA (Bašková et al., 2020; Campos et al., 2020; Cooke et al., 2009);
6. A postura “*hands-off*” é mais utilizada pelos EEESMO e mais bem aceite pelas mulheres, no apoio ao IPA (Cooke et al., 2009).

A pessoa é um ser pensante e sensível, inseparável do ambiente que a rodeia (Roy, 2009). Neste sentido, o ambiente de cuidados e intervenções realizadas durante o parto e imediatamente após este, têm implicações na forma como a mulher e o RN se adaptam à demanda dos estímulos focais, contextuais e residuais presentes ao nascimento e na forma como se inicia a amamentação, num contínuo de cuidados que se pressupõem centrados na mulher/família e suas necessidades, e facilitadores dos mecanismos de *cooping* internos e externos dos intervenientes, buscando a melhor adaptação possível, concretamente, através do IPA durante o CPP (Forster & McLachlan, 2007; Roy, 2009). Compete, pois, ao EEESMO – enquanto profissional habilitado à assistência ao parto de baixo risco – a responsabilidade primária de proteger e promover o IPA durante o CPP, neste momento fulcral para mãe e bebé (ACOG, 2018; DGS, 2023; FIGO, 2022; Pommeret-de Villepin et al., 2022).

Tabela 1 – Síntese dos artigos incluídos e principais descobertas

NOME DO ARTIGO/AUTORES/ANO DE PUBLICAÇÃO/ PAÍS DE ORIGEM	OBJETIVOS	METODOLOGIA/MÉTODOS	PARTICIPANTES	RESULTADOS	PRINCIPAIS DESCOBERTAS RELACIONADAS À QUESTÃO DA ScR
1) <i>“Midwives’s reported practice supporting the first breastfeed”</i> Cooke, M.; Cantrill, R.; Creedy, D.K. 2009 Austrália	Explorar a prática relatada pelos EEESMO, no apoio à iniciação precoce da amamentação na sala de partos	Estudo qualitativo exploratório Foram enviados por correio os instrumentos de colheita de dados com duas perguntas de resposta aberta, face à representação de dois cenários de cuidados obstétricos, a uma amostra intencional de parteiras australianas. Os dados recolhidos foram analisados através do método de análise de conteúdo indutiva. Dois investigadores realizaram simultaneamente a análise e categorização das respostas. Verificou-se respostas semelhantes aos dois cenários apresentados, pelo que são exibidas no estudo as respostas relativas ao primeiro cenário.	214 parteiras	21% das parteiras entrevistadas eram consultoras de lactação certificadas pelo conselho internacional (IBCLC), e 91% identificou a experiência no trabalho como fonte mais comum de educação sobre amamentação. 3/4 das parteiras relataram atividades de desenvolvimento profissional para apoio à amamentação, e apenas 1/3 teve formação profissional na área da amamentação. A aprendizagem através de grupos comunitários foi pouco valorizada. 1/4 das parteiras incentivava a observação por parte das mães relativamente às capacidades dos RN para a amamentação. Foram identificados 5 núcleos de sentido após a análise de conteúdo: “hands-on”, “hands-off”, “action”, “depends on” e “support”. A postura “hands-off foi muito relatada pela amostra. As parteiras cuja prática assentava no método “hands-on” revelaram uma variedade de intervenções específicas, embora pouco claras. A prática “Hands-on” pode colidir com o comportamento inato do RN para a amamentação, e as mulheres relatam desagrado relativamente à forma como as parteiras manipulam as suas mamas ou o bebé.	Existem défices curriculares na formação obstétrica quanto às práticas promotoras do início e estabelecimento precoces da amamentação. A variedade de temas emergentes sugere vários tipos de intervenção, sendo que a mais comum se relaciona com apenas observar e incentivar a diáde na amamentação (Hands-off). No entanto, as parteiras que optam por um apoio mais interventivo, são pouco claras na descrição dos vários níveis de ajuda prestados, e esta abordagem tende a colidir com o comportamento inato do RN e a ser desagradável para as mulheres. A descontinuidade de cuidados após a transferência da sala de partos é uma barreira à avaliação do apoio prestado, dificultando a melhoria das práticas. A fragmentação dos cuidados durante a primeira hora de vida orientada pelos protocolos institucionais, interpretação das políticas, influencias sociais (CPP, alimentar o RN, cuidados à mulher e cuidados ao RN) pode ser prejudicial para a consistência das intervenções realizadas pelas parteiras para a promoção do IPA.

				A organização laboral foi identificada como barreira ao tempo disponível para o apoio ao IPA. Os procedimentos pós-parto (sutura perineal ou pesagem do RN) devem ser discutidas com as mães, a fim de evitar separações desnecessárias. A descontinuidade nos cuidados não permite o seguimento e avaliação das intervenções desenvolvidas pelas parteiras, a fim de melhorar a prática. Verificou-se dificuldade na associação entre o CPP e o IPA, denotando-se uma valorização do ato de alimentar o bebé face ao processo global do primeiro contacto mãe/RN.	O apoio comunitário é pouco valorizado pelas parteiras. A literatura disponível é escassa relativamente às práticas obstétricas que promovem o IPA, bem como às implicações desta prática na confiança materna, diminuição de problemas na amamentação e taxa de amamentação exclusiva aos seis meses.
2) <i>“Initiation of breastfeeding within one hour of birth and its determinants among normal vaginal deliveries at primary and secondary health facilities in Bangladesh: a case-observation study”</i> Karim, F.; Billah, S. M.; Chowdhury, M. A. K.; Zaka, N.; Manu, A.; Arifeen, S. E.; Khan, A. N. S. 2018 Bangladesh; EUA; Reino Unido	Gerar evidências precisas e válidas para identificar fatores associados ao início precoce da amamentação na hora seguinte ao parto nas unidades de saúde; Gerar evidências práticas para orientar os decisores políticos a identificar e	Estudo de caso observacional. Os dados foram recolhidos em 15 unidades de saúde públicas de 3 distritos, entre agosto e setembro de 2016, através da observação direta do trabalho de parto e práticas imediatas de cuidados ao RN. A amostra foi selecionada através do método de amostragem por conveniência. Excluíram-se partos por cesariana. Observou-se o tempo de início da amamentação (variável dependente) e a sua associação com o tipo de unidade de saúde, privacidade na sala de partos, presença de equipa separada para o RN, respiração espontânea, contato pele a pele e contato pós-natal da mãe ou do RN com prestadores de cuidados de saúde dentro de uma hora após o parto (variáveis independentes). Foi utilizada a estatística descritiva simples para verificar a distribuição da amostra. Foi realizado o teste de Kruskal-Wallis para testar a igualdade de medianas entre as categorias das variáveis explicativas. Uma série de regressões logísticas simples foi realizada com todas as possíveis co variáveis para identificar os fatores determinantes para o início da amamentação em	249 puérperas	No geral, o tempo médio para início da amamentação foi de 38 minutos. Não houve diferenças significativas para o início da amamentação quanto à idade, escolaridade, situação ocupacional, religião, paridade maternas ou idade gestacional do feto. O local de nascimento refletiu-se no tempo de início da amamentação – o parto num hospital sub-distrital atrasou significativamente o início da amamentação, em comparação com parto num hospital distrital. A privacidade, a presença de equipa separada para cuidar do RN, o CPP, a ausência de complicações cardiorrespiratórias no RN e o contacto com profissionais de saúde na hora subsequente ao nascimento tiveram associação positiva com o IPA. A exclusão dos partos por	Práticas críticas de cuidados após o nascimento facilitam o IPA, em detrimento das características maternas: CPP imediato, manter a privacidade na sala de parto, o RN respirar ou chorar espontaneamente e realizar o exame pós-natal do RN dentro de uma hora na unidade. O EEESMO pode desempenhar o primeiro papel no estabelecimento da ligação mãe-RN através do CPP e manutenção da privacidade após o parto, facilitando a amamentação precoce. O exame pós-natal do RN é uma oportunidade crítica para o EEESMO motivar as mães a iniciarem a amamentação precoce e explicar as suas vantagens, aconselhar sobre riscos da alimentação pré-láctea e o seu risco a longo prazo, e os benefícios da amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses.

	priorizar ações promotoras do ambiente favorável ao início precoce da amamentação em unidades de saúde.	até uma hora; e regressão logística múltipla incluindo as variáveis consideradas significativas nas regressões logísticas simples.		cesariana foi uma limitação à generalização das conclusões, por ser um fator conhecido para o atraso no CPP e IPA.	
3) <i>“Timely initiation of breastfeeding among women who gave birth by caesarean section in central Ethiopia, 2022: A cross-sectional study”.</i> Lonsako, A. A.; Mezmur, H.; Gebreyesus, A.; Tolosa, G.; Girma, S. 2023 Etiópia; Países Baixos	Avaliar a magnitude e fatores associados ao início oportuno da amamentação entre mulheres que pariram por cesariana.	Estudo transversal. Os dados foram recolhidos em duas regiões, com 4 hospitais que assistem partos por cesariana em cada uma, entre 1 e 30 de maio de 2022, com recurso a questionário e <i>checklist</i> de observação. Foi utilizada a técnica de amostragem consecutiva. Excluíram-se díades cujo RN tenha sido internado em unidade neonatal. As mulheres foram entrevistadas até 72 horas após o parto. Foi utilizado o modelo de regressão logística binária para identificar a associação entre as variáveis independentes e a variável de estudo.	403 puérperas com parto por cesariana	100% das mulheres tiveram vigilância pré-natal, e 55,3% não receberam aconselhamento sobre o início oportuno da amamentação. 87,6% teve uma cesariana urgente, e 33,7% recebeu aconselhamento pós cesariana sobre o início oportuno da amamentação. 47,4% iniciaram precocemente a amamentação. A existência de quatro ou mais consultas pré-natais, aconselhamento sobre o IPA durante a vigilância pré-natal, aconselhamento pós-parto sobre o IPA, contato pele a pele imediato e assistência de profissionais de saúde durante o início da amamentação foram significativamente associados ao IPA.	A promoção do CPP imediato e o aconselhamento pré-natal e após cesariana são fatores preditivos do IPA. Se o CPP imediato entre a mãe e o RN for implementado, naturalmente os RN terão uma tendência para mamar. A assistência dos prestadores de cuidados obstétricos para fixação e posicionamento adequados para iniciar a amamentação dentro de uma hora após o parto, promove bem-estar emocional e inspiração materna, o que potencia a iniciação precoce da amamentação na primeira hora após o parto.
4) <i>Promotion and support with breastfeeding within the baby-friendly hospital initiative programme in Slovakia”.</i> Basková, M.; Chabanová, B.; Skodová, Z.;	Conhecer o nível de apoio e assistência prestado pelos profissionais de saúde às mães sobre a amamentação logo após o nascimento	Estudo transversal. Os dados foram recolhidos em duas maternidades de hospitais universitários no centro da Eslováquia, entre junho de 2019 e janeiro de 2020, através de um questionário com 25 questões, nomeadamente para determinar as experiências durante o parto (perceção do curso do trabalho de parto e parto, promoção e iniciação do vínculo) e período pós-parto precoce (avaliação do promoção e apoio ao aleitamento materno por profissionais de saúde, prestação de informação, apoio emocional). Foi utilizado o método de amostragem intencional.	200 puérperas	48% das puérperas realizou CPP após o parto, sendo que 58% teve apoio à amamentação durante este período e 37,5% recebeu apoio até 6 horas após o parto. 79% recebeu informação sobre os benefícios da amamentação, 44,5% sobre os possíveis efeitos negativos do uso de tetinas, 26% receberam aconselhamento adequando sobre a frequência da amamentação e 29% sobre a duração da amamentação. O parto vaginal espontâneo teve associação positiva com a	O tipo de parto tem ligação significativa com o CPP imediatamente após o nascimento. O CPP imediato durou uma hora ou mais em apenas 11% das mulheres, o que pode dever-se um número insuficiente de profissionais de saúde, que posteriormente não têm tempo suficiente para implementar intervenções de promoção e apoio à amamentação; ou à subestimação da importância do apoio após o nascimento por parte dos profissionais de saúde obstétrica. 41% dos entrevistados não foram incentivados a

Malinovská, N.; Urbanová, E. 2020 República Eslovaca				amamentação exclusiva e CPP ao nascimento. 81,5% referiu suplementação com leite artificial em algum momento, principalmente logo após o parto e com maior incidência se parto por cesariana.	iniciar a amamentação imediatamente no primeiro contacto com o RN, nem receberam aconselhamento e assistência sobre amamentação. É necessário requalificar os profissionais para o apoio à amamentação na sala de partos, particularmente após o parto por cesariana.
5) <i>“Predictors of early initiation of breastfeeding in Indonesia: A population-based cross-sectional survey”</i> Gayatri, M.; Dasvarma, G. 2020 Indonésia; Austrália	Identificar os preditores do início precoce da amamentação entre as mulheres indonésias	Estudo transversal de base populacional. Os dados foram recolhidos de uma amostra ponderada da Pesquisa Demográfica e de Saúde da Indonésia (IDHS) de 2017, num desenho amostral estratificado em dois estágios. Utilizaram-se questionários estruturados, cujos dados diziam respeito à criança nascida mais recentemente, nos últimos dois anos, aplicados entre julho e setembro de 2017. A frequência do IPA foi medida pela proporção de RN incluídos que receberam leite materno na primeira hora após o nascimento. As variáveis independentes foram agrupadas em individuais, domiciliares e comunitárias. Os dados foram analisados em duas etapas: na primeira, realizou-se a análise descritiva da distribuição da amostra de acordo com as variáveis independentes e variável dependente, por meio de regressão logística bivariada. As variáveis estatisticamente significativas foram incluídas na segunda etapa, onde os determinantes do IPA foram analisados através de uma regressão logística multivariada.	6616 mulheres	57% dos RN são amamentados na primeira hora após o nascimento, sendo que 45% realizam CPP neste período. As par. 2 e 3 parece ter associação positiva com o IPA. Os RN de baixo peso associam-se negativamente ao IPA. As mulheres cujo parto foi assistido por EEESMO têm ligeira maior incidência de iniciar precocemente a amamentação, e o CPP logo após o nascimento tem forte associação positiva com o IPA. O parto por cesariana tem forte associação negativa com o IPA.	O CPP é o preditor mais forte do IPA. O CPP é gratuito, fácil e benéfico tanto para as mães como para os RN. Os prestadores de cuidados de saúde obstétrica devem desempenhar um papel importante durante os cuidados de rotina após o parto, especialmente após cesariana, defendendo e apoiando as mães a praticar o CPP e o IPA. A assistência ao parto por EEESMO é um fator preditivo do sucesso do IPA, dado o seu conhecimento acerca das vantagens e benefícios desta prática.
6) <i>“Skin to skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital”</i> Campos, P. M.; Gouveia, H. G.;	Determinar a prevalência do contacto pele-a-pele e do estímulo para a amamentação e motivos da	Estudo transversal, derivado da pesquisa intitulada “práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento”. Os dados foram recolhidos entre fevereiro e setembro de 2016, numa unidade de internamento obstétrico de um hospital universitário e público, certificado pela Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, através da consulta de processos clínicos e de questionários	586 díades mãe/RN	60,1% das díades realizaram CPP, e 24,1% realizaram-no após a prestação dos primeiros cuidados ao RN. 32,7% não realizaram CPP em nenhum momento. 55,2% das mulheres entrevistadas tiveram informações sobre a amamentação	O CPP e o IPA são práticas que devem ser estimuladas na primeira hora após o parto, período durante o qual as rotinas devem ser adiadas. Uma justificação para a não promoção do CPP pode ser o cumprimento das rotinas institucionais, o

Strada, J. K. R.; Moraes, B. A. 2020 Brasil	não realização dessas práticas; identificar se as mulheres receberam informações sobre essas práticas no período pré-natal	aplicados às puérperas nas primeiras 12 horas após o parto. Excluíram-se mulheres submetidas a cesariana eletiva ou emergente, óbitos ou malformações fetais, gravidezes gemelares. Consideraram-se critérios de inclusão: 2 horas ao mais de trabalho de parto, RN vivos nascidos com 37 semanas ou mais. Os critérios de exclusão foram: cesariana eletiva, óbitos e malformações fetais, gemelaridade ou internamentos sob subsistema de saúde. Variável dependente: contato pele a pele e amamentação; variáveis independentes: a idade, raça, situação marital, escolaridade, número de consultas pré-natal, profissional que realizou pré-natal, número de gestações, paridade, tipo de parto, peso, Apgar e as informações/orientações recebidas.	na primeira hora de vida do RN. 55,1% das díades não foram estimulados ao IPA logo após o nascimento, enquanto 69,3% o foram após a prestação dos primeiros cuidados ao RN. O principal motivo para a não realização de CPP e IPA foi a falta de condições clínicas do RN, seguido de problemas de saúde materna.	desconhecimento dos benefícios por parte dos profissionais, ou ainda, a falta de recursos humanos. Prevalece a necessidade de envolvimento da equipa multidisciplinar que presta cuidados na assistência ao parto na promoção do CPP e IPA.
--	---	---	--	--

Analisando os resultados obtidos neste estudo e de acordo com Bašková et al. (2020), Gayatri & Dasvarma (2020) e Lonsako et al. (2023), o tipo de parto influencia diretamente o CPP e o IPA: mulheres submetidas a partos distócicos por cesariana têm significativamente menos oportunidade de realizar CPP e iniciar precocemente a amamentação, quando comparadas com as que tiveram partos vaginais. Bašková et al. (2020) acrescentam ainda que 81% das puérperas inquiridas no seu estudo, referiram a realização de suplementação com leite artificial em algum momento, sendo que a maioria tinha sido submetida a parto por cesariana. Esta prática ocorreu logo após o nascimento, atrasando o IPA e contrariando as diretrizes da WHO, que preconizam o desencorajamento da administração de qualquer outro alimento que não o leite materno, salvo por indicação médica (UNICEF & WHO, 2018b; WHO, 2017a).

Estes achados são corroborados por outros estudos (Carneiro Saco et al., 2019; Cohen et al., 2018; Fadl & Haile, 2021; Fan et al., 2020; Ulfa et al., 2023), que identificam o parto por cesariana como fator de risco para a não iniciação precoce da amamentação, com consequente decréscimo da taxa de amamentação exclusiva aos 6 meses. As explicações possíveis para estes achados relacionam-se com a frequente separação mãe-bebê após a cesariana, associação positiva entre a escolha de cesariana eletiva e o desejo de não amamentar, maior nível de dor pós-cirúrgica, maiores níveis de *stress* (com impacto hormonal na lactogênese II) e a falta de apoio dos profissionais que assistem o parto por cesariana para a prática do CPP e do IPA.

Em Portugal, a percentagem de cesarianas realizadas aumentou de 26,8% em 1999 para 37,8% em 2022 (Pordata, 2022). Este valor encontra-se bastante acima do preconizado pela WHO, que fixa a taxa ideal de cesarianas entre os 10 e os 15% (WHO, 2015), pelo que se considera este achado especialmente valorizado na realidade da prática de cuidados do EEESMO. Salvaguardar a realização do CPP imediato e do IPA nos partos por cesariana sob anestesia locorregional está, portanto, no escopo de atuação do EEESMO, de acordo com as suas competências específicas de proteção, promoção e suporte ao aleitamento materno e orientações internacionais (OE, 2019b; UNICEF & WHO, 2018b).

O CPP imediato está intimamente relacionado com o IPA, tidas como intervenções interligadas e a ocorrer em simultâneo, para a otimização dos seus benefícios (UNICEF & WHO, 2018b). Nesta ótica e de acordo com os resultados obtidos neste estudo, Gayatri & Dasvarma (2020) consideram o CPP imediato como o preditor mais eficaz na promoção do IPA, consistindo um recurso gratuito, de fácil acesso e benéfico para mães e RN. Também Karim et al. (2018), Lonsako et al. (2023), Bašková et al. (2020) e Campos et al. (2020) identificam uma associação positiva entre o CPP e o IPA, propondo que os cuidados de rotina ao RN de termo e saudável sejam adiados durante a primeira hora após o parto.

Outros autores corroboram esta conclusão (Carneiro Saco et al., 2019; Cohen et al., 2018; Gupta et al., 2021; Halmenschlager & Diaz, 2020; Karimi et al., 2019; Pommeret-de Villepin et al., 2022), atribuindo a separação rotineira da mãe e do RN após o parto exclusivamente à prática característica dos cuidados obstétricos modernos,

contrapondo o instinto presente em qualquer outra espécie mamífera (Bergman, 2019). Mais recentemente, descobertas e publicações científicas mostram que a separação mãe-RN é prejudicial, associando-se à diminuição da interação mãe-bebê, da autoestima materna, da autoeficácia para a amamentação; prejudicando a adaptação cardiorrespiratória, metabólica e a termorregulação do RN e conduzindo ainda ao aumento do stress e choro do RN, potenciando o seu gasto energético e prejudicando desta forma a capacidade para se alimentar (Karimi et al., 2019; Moore et al., 2016).

Um dos estudos incluídos, conduzido por Bašková et al. (2020), justifica a baixa percentagem de RN mantidos em CPP por mais de uma hora (11%), através do número insuficiente de profissionais na assistência ao parto e à subestimação da importância do seu apoio no IPA. Os mesmos autores referem que 41% das puérperas inquiridas no estudo não receberam aconselhamento ou assistência durante o processo do IPA. Cooke et al. (2009) e Campos et al. (2020), identificam também a falta de recursos humanos, e adicionam a fragmentação dos cuidados após o parto – orientada pelos protocolos institucionais, interpretação das políticas e influências sociais – como prejudicial para a consistência das intervenções realizadas pelos EEESMO para a promoção do IPA. Adicionalmente, um estudo de coorte prospetivo realizado na China, concluiu ainda que a permissão dos profissionais que assistem o parto para a ocorrência dos nove estádios do comportamento instintivo do RN, deixando que este alcance a mama espontaneamente durante o CPP, diminui o tempo até à concretização da primeira mamada, potencia a sua eficácia e aumenta a taxa de amamentação exclusiva às 24 horas de pós-parto (Pang et al., 2023). Um outro estudo desenvolvido na Austrália, debruça-se sobre o CPP enquanto processo facilitador do IPA, devendo este ocorrer continua e ininterruptamente até à concretização espontânea da primeira mamada, verificando que a maioria dos EEESMO não o pratica desta forma (Cantrill et al., 2004).

De acordo com os resultados mencionados, para além do CPP, outras práticas de cuidados após o nascimento – tais como a manutenção da privacidade na sala de partos, o nascimento saudável do RN, a realização do exame físico do RN na primeira hora e durante o CPP e a presença do convivente significativo após o parto – facilitam o IPA (Campos et al., 2020; Karim et al., 2018). Karim et al. (2018) acrescentam ainda a importância do cuidado do EEESMO na promoção da iniciação precoce da amamentação durante o CPP, através da manutenção de um ambiente privado e do apoio informativo prestado à mulher relativamente à amamentação, apontando o exame físico do RN durante a primeira hora após o parto como oportunidade para o fazer. Cooke et al. (2009) referem também que a descontinuidade dos cuidados, após a transferência da díade para o exterior do bloco de partos, dificulta a avaliação do apoio prestado para o IPA, e a consequente melhoria das práticas. Góes et al. (2021) suportam o descrito, referindo que a presença do acompanhante durante o parto favorece o IPA e promove o vínculo da tríade, assim como aponta as práticas institucionais rotineiras e os cuidados fragmentados – baseados na técnica e não na humanização – como prejudiciais para o estabelecimento da amamentação precoce.

Cooke et al. (2009) identificam a postura “*hands-off*” como a mais utilizada pelos EEESMO, em que o apoio ao IPA consiste essencialmente em encorajar a puérpera a observar os sinais do RN e esperar que este alcance

espontaneamente a mama, sendo também esta a postura que é mais bem aceite pelas mulheres. O mesmo estudo, aponta ainda pouca clareza nos vários níveis de ajuda mais interventiva descritos pelas parteiras cuja postura se identificava com a “*hands-on*”. Por outro lado, uma análise qualitativa em profundidade realizada no Reino Unido, concluiu que a maioria dos enfermeiros obstetras se focavam em assegurar a concretização da pega sob pressão cronológica pelo excesso de trabalho, numa postura “*hands-on*” e pouco direcionada à pega instintiva e espontânea do RN (Edwards et al., 2018). O mesmo estudo sugere a promoção de um ambiente de parto mais natural, o encorajamento da autoeficácia materna e o melhoramento dos recursos humanos como facilitadores do IPA, numa perspetiva de suporte entre pares para a prática.

Gayatri & Dasvarma (2020), distinguiram a assistência ao parto realizada por EEESMO como ligeiramente favorecedora do IPA, quando comparada com a assistência por outro profissional. Os autores atribuem este achado ao seu maior conhecimento face aos benefícios e vantagens da prática. Um estudo transversal oriundo do Brasil sustenta o exposto, justificando o achado através da diminuição das intervenções potencialmente limitativas do IPA no modelo de cuidados liderado por enfermeiro obstetra, como as intervenções medicalizadas e a separação mãe-bebé após o nascimento (L. A. T. Silva et al., 2020). Contudo, uma revisão sistemática Cochrane (Sandall et al., 2016) e outra conduzida em Itália (Ricchi et al., 2019), não encontraram associação positiva entre a assistência liderada por enfermeiros obstetras e o IPA.

Salienta-se a conclusão do estudo de Cooke et al. (2009), que menciona a escassez de práticas obstétricas objetivas de apoio ao IPA documentadas na literatura científica, assim como do impacto destas práticas na confiança materna, diminuição dos problemas na amamentação ou na taxa de amamentação exclusiva aos seis meses.

CONCLUSÃO

A promoção do CPP e do IPA, enquanto práticas sustentadas pela evidência científica, fazem parte do escopo de atuação do EEESMO, no sentido de promover uma adaptação ótima do RN à vida extrauterina, a adaptação materna ao papel parental e proteger, promover e apoiar o aleitamento materno, garantindo, o seu início-precoces e uma continuidade com sucesso. No entanto, exigências institucionais e interpretações das orientações internacionais condicionam a intervenção do EEESMO promotora da fisiologia logo após o nascimento, fragmentando o cuidado obstétrico na promoção do IPA durante o CPP imediato.

Considera-se, ainda, uma mais-valia, o desenvolvimento de estudos em Portugal que incluam a monitorização dos resultados e elenquem intervenções concretas desta prática de cuidados, assim como o investimento na sensibilização e formação dos profissionais, promovendo a melhoria e qualidade dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACEESMO (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica). (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. https://ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists). (2018). Committee opinion n.º 756 - breastfeeding expert work group committee on obstetric practice: optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice. *Obstetrics & Gynecology*, 132(4), 187–196. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2018/10/optimizing-support-for-breastfeeding.pdf>
- ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists). (2021). Committee opinion n.º 821 - barriers to breastfeeding: supporting initiation and continuation of breastfeeding. *Obstetrics & Gynecology*, 137(2), 54–62. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2021/02/barriers-to-breastfeeding-supporting-initiation.pdf>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Bašková, M., Chabanová, B., Škodová, Z., Malinová, N., & Urbanová, E. (2020). Promotion and support with breastfeeding within the baby-friendly hospital initiative programme in Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 11(4), 180–187. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2020.11.0031>
- Bergman, N. J. (2019). Historical background to maternal-neonate separation and neonatal care. In *Birth Defects Research*, 111(15), 1081–1086. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1528>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. M. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Maternal and Child Nutrition*, 16(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>
- Campos, P. M., Gouveia, H. G., Strada, J. K. R., & Moraes, B. A. (2020). Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41(Spe). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190154>
- Cantrill, R., Creedy, D., & Cooke, M. (2004). Midwives' knowledge of newborn feeding ability and reported practice managing the first breastfeed. *Breastfeeding Review*, 12(1), 25–33. <http://hdl.handle.net/10072/5642http://www.lrc.asn.au/bfrindex.html#mar04>
- Carneiro Saco, M., Pereira Coca, K., Oliveira Marcacine, K., De Sá Vieira Abuchaim, É., & De Vilhena Abrão, A. C. F. (2019). Skin-to-skin contact followed by breastfeeding in the first hour of life: Associated factors and influences on exclusive breastfeeding. *Texto e Contexto Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0260>
- Cohen, S. S., Alexander, D. D., Krebs, N. F., Young, B. E., Cabana, M. D., Erdmann, P., Hays, N. P., Bezold, C. P., Levin-Sparenberg, E., Turini, M., & Saavedra, J. M. (2018). Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: a meta-analysis. *The Journal of Pediatrics*, 190–196. <https://doi.org/https://doi.org10.1016/j.jpeds.2018.08.008>
- Cooke, M., Cantrill, R. M., & Creedy, D. K. (2009). Midwives' reported practice supporting the first breastfeed. *Maternal and Child Nutrition*, 5(4), 334–346. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2008.00173.x>
- DGS (Direção Geral da Saúde). (2023). Orientação n.º 002/2023 atualizada a 26/03/2024: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-0022023-de-10052023-atualizada-a-26032024-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>

Edwards, M. E., Jepson, R. G., & McInnes, R. J. (2018). Breastfeeding initiation: an in-depth qualitative analysis of the perspectives of women and midwives using social cognitive theory. *Midwifery*, 57, 8–17. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.013>

Fadl, N., & Haile, Z. (2021). Association between mode of delivery and breastfeeding practices in egypt: Secondary analysis of egypt demographic and health survey. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 27(5), 474–482. <https://doi.org/10.26719/2021.27.5.474>

FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España). (2023). *Iniciativa parto normal*. https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2023/05/IPN_080523-INICIATIVA-PARTO-NORMAL.pdf

Fan, H. S. L., Wong, J. Y. H., Fong, D. Y. T., Lok, K. Y. W., & Tarrant, M. (2020). Association between Intrapartum Factors and the Time to Breastfeeding Initiation. *Breastfeeding Medicine*, 15(6), 394–400. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0166>

FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics). (2022). *FIGO Statement - harnessing the golden hour: breastfeeding recommended within first hour of life*. <https://www.figo.org/resources/figo-statements/harnessing-golden-hour-breastfeeding-recommended-within-first-hour-life>

Forster, D. A., & McLachlan, H. L. (2007). Breastfeeding Initiation and Birth Setting Practices: A Review of the Literature. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52(3), 273–280. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.12.016>

Gayatri, M., & Dasvarma, G. L. (2020). Predictors of early initiation of breastfeeding in Indonesia: A population-based crosssectional survey. *PLoS ONE*, 15(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239446>

Góes, F. G. B., Ledo, B. C., Santos, A. S. T. dos, Bastos, M. P. da C., Silva, A. C. S. S. da, & Pereira-Ávila, F. M. V. (2021). Good practices in caring for a newborn with good vitality in the delivery room: integrative review / Boas práticas no cuidado ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 899–906. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9611>

Gupta, N., Deierl, A., Hills, E., & Banerjee, J. (2021). Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. In *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 110(8) 2310–2315. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/apa.15913>

Halmenschlager, R. R., & Diaz, C. M. G. (2020). Revisão integrativa acerca do aleitamento materno na primeira hora de vida. *Research, Society and Development*, 9(11). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9609>

Holmes, A. V., McLeod, A. Y., Bunik, M., Marinelli, K. A., Noble, L., Brent, N., Grawey, A. E., Holmes, A. V., Lawrence, R. A., Seo, T., & Taylor, J. S. (2013). ABM clinical protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeeding Medicine*, 8(6), 469–473. <https://doi.org/10.1089/bfm.2013.9979>

Huang, C., Hu, L., Wang, Y., & Luo, B. (2022). Effectiveness of early essential newborn care on breastfeeding and maternal outcomes: a nonrandomized controlled study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05037-8>

Karim, F., Masum Billah, S. K., Chowdhury, M. A. K., Zaka, N., Manu, A., Arifeen, S. El, & Khan, A. N. S. (2018). Initiation of breastfeeding within one hour of birth and its determinants among normal vaginal deliveries at primary and secondary health facilities in Bangladesh: A case-observation study. *PLoS ONE*, 13(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202508>

Karimi, F. Z., Sadeghi, R., Maleki-Saghooni, N., & Khadivzadeh, T. (2019). The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. In *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 58(1) 1–9. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002>

Lonsako, A. A., Mezmur, H., Gebreyesus, A., Tolosa, G., & Girma, S. (2023). Timely initiation of breastfeeding among women who gave birth by cesarean section in central Ethiopia, 2022: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 18(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291983>

Mohrbacher, N. (2020). *Breastfeeding Answers: A Guide for Helping Families* (N. Mohrbacher, Ed.; 2ª edition). Nancy Mohrbacher Solutions, Inc.

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(11). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

OE (Ordem dos Enfermeiros). (2019a). Regulamento n.º 140/2019 - regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. In *Diário da República: II série, n.º 26* <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

OE (Ordem dos Enfermeiros). (2019b). Regulamento n.º 391/2019: regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. In *Diário da República: II série, n.º 85*. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>

Pang, Y., Wang, X., Li, H., & Tu, S. (2023). Effect of neonatal breast crawl on breastfeeding: a prospective cohort study. *Frontiers in Pediatrics*, 11. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1186585>

Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C. G., & Richter, L. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. In *The Lancet*, 401(10375) 472–485. Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)

Pommeret-de Villepin, B., Barasinski, C., & Rigourd, V. (2022). Initiating and supporting breastfeeding: guidelines for interventions during the perinatal period from the french national college of midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 67, S56–S73. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13420>

Pordata. (2022). *Cesarianas nos hospitais (%)*. [https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985)

Ricchi, A., Rossi, F., Borgognoni, P., Bassi, M. C., Artioli, G., Foa, C., & Neri, I. (2019). The midwifery-led care model: A continuity of care model in the birth path. *Acta Biomedica*, 90, 41–52. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i6-S.8621>

Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? In *The Lancet*, 387(10017), 491–504. Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3ª edição). Pearson Education, Inc.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

Silva, L. A. T., Fonseca, V. M., de Oliveira, M. I. C., da Silva, K. S., Ramos, E. G., & da Gama, S. G. N. (2020). Professional who attended childbirth and breastfeeding in the first hour of life. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0448>

Ulfa, Y., Maruyama, N., Igarashi, Y., & Horiuchi, S. (2023). Early initiation of breastfeeding up to six months among mothers after cesarean section or vaginal birth: A scoping review. In *Heliyon*, 9(6). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16235>

UNICEF (United Nations Children's Fund). (2016). *From the first hour of life: making the case for improved infant and young child feeding everywhere*. <https://www.unicef.org/reports/first-hour-life>

UNICEF (United Nations Children's Fund), & WHO (World Health Organization). (2018a). *Capture the moment: early initiation of breastfeeding: the best start for every newborn*. <https://www.unicef.org/eca/media/4256/file/Capture-the-moment-EIBF-report.pdf>

UNICEF (United Nations Children's Fund), & WHO (World Health Organization). (2018b). *Implementation Guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby friendly initiative*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>

UNICEF (United Nations Children's Fund), & WHO (World Health Organization). (2022). *Global breastfeeding scorecard 2022: protecting breastfeeding through further investments and policy actions*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-NFS-22.6>

WHO (World Health Organization). (2015). *Declaração da OMS sobre Taxa de Cesarianas*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1

WHO (World Health Organization). (2017). *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>

APÊNDICE III – RAZÕES PARA EXCLUSÃO DOS ARTIGOS

ARTIGOS EXCLUÍDOS	RAZÃO DE EXCLUSÃO
“Using action research to facilitate skin to skin contact”	Não contribui para a compreensão da questão de revisão
“Breastfeeding in the first hour of life in Brazilian private hospitals participating in a quality-of-care improvement project”	Não contribui para a compreensão da questão de revisão
“The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries”	Não se enquadra na temática em estudo
“Combined pro-breastfeeding practices are advantageous in facilities providing maternity and newborn services”	Não se enquadra na temática em estudo
“An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation”	Não contribui para a compreensão da questão de revisão
“The impact of coronavirus outbreak on breastfeeding guidelines among Brazilian hospitals and maternity services: a crosssectional study”	Não se enquadra na temática em estudo
“The impact of intrapartum and immediate post-partum complications and newborn care practices on breastfeeding initiation in Ethiopia: A prospective cohort study”	Não se enquadra na temática em estudo
“Skin-to-skin contact and breastfeeding in the first hour of life during COVID-19”	Não contribui para a compreensão da questão de revisão
“An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth”	Não se enquadra na temática em estudo
“The importance of skin-to-skin contact for early initiation of breastfeeding in Nigeria and Bangladesh”	Não contribui para a compreensão da questão de revisão
“Holding the baby: Early mother-infant contact after childbirth and outcomes”	Não se enquadra na temática em estudo

APÊNDICE IV – MINUTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO

Título do Estudo: “Promoção do início precoce da amamentação durante o contacto pele-a-pele”

Investigador: Marita Bento

Contatos: 220000094@essaude.ipsantarem.pt

Docente Orientador: Professora Sara Palma

O contacto pele-a-pele e início precoce da amamentação são práticas fundamentadas e com benefícios para a mulher e para o recém-nascido. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na sua prática em contexto de Bloco de Partos, promove cuidados de qualidade e embasados na evidência mais recente, com vista à satisfação da mulher/família e à promoção de uma experiência de parto e pós-parto imediato segura e positiva.

Objetivos da pesquisa:

- Identificar e descrever as intervenções de enfermagem desenvolvidas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para a promoção do início precoce da amamentação durante o contacto pele-a-pele;
- Explorar a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica acerca das implicações da sua intervenção para a promoção do início precoce da amamentação durante o contacto pele-a-pele.

Descrição do Estudo: os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica serão contactados durante o horário laboral, averiguando-se a possibilidade de participar no estudo. Ser-lhes-ão explicadas todas as características do estudo, com espaço para colocar as questões que considerem necessárias. Posteriormente, após consentimento para a sua participação, será aplicado o instrumento de colheita de dados, num gabinete próprio, que não permita interrupções. O instrumento de colheita de dados consiste numa entrevista semiestruturada, com a duração máxima prevista de 20 minutos.

Anonimato e Confidencialidade: será garantida a não identificação ou reconhecimento do entrevistado nas respostas fornecidas, assim como os dados obtidos através das entrevistas serão destruídos no final da pesquisa. Os resultados deste estudo serão utilizados apenas para o fim a que se destinam.

Riscos e desconfortos: os participantes encontrar-se-ão protegidos quanto a algum inconveniente que decorra da investigação, cessando a entrevista em qualquer momento que entenderem.

Benefícios imediatos: a entrevista poderá fomentar a reflexão acerca da *praxis*.

Custos de participação: não existem custos ou despesas associadas à participação.

Base de participação: a participação neste estudo é livre e voluntária, sem prejuízo da prática de cuidados. É de extrema importância que as respostas decorram com honestidade e sinceridade e não da forma que se julga adequado responder.

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)

Título do Estudo: “Promoção do início precoce da amamentação durante o contacto pele-a-pele”

Número de entrevista: ____

Eu, abaixo-assinado (nome completo do 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 que me foi prestada mencionou os objetivos e os métodos do estudo. Compreendi o meu direito de recusar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso tenha repercussões. Igualmente, foi garantido o meu anonimato e a confidencialidade dos dados por mim fornecidos.

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

Data: ____/____/2024

Assinatura do participante:

Assinatura do Investigador:

APÊNDICE V – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

GUIÃO DE ENTREVISTA

“PROMOÇÃO DO INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO DURANTE O CONTACTO PELE-A-PELE”

Entrevista n.º ____

1. Caracterização Pessoal:

Idade: ____ (anos)

Sexo: ____ (M/F)

Experiência Profissional: ____ (anos)

2. Na sua percepção da prática, o que entende por início precoce da amamentação?

Tópicos Específicos: Janela temporal em que ocorre; intervenientes

3. Qual a relação, que infere da sua prática, entre o contacto pele-a-pele e o início precoce da amamentação?

Tópicos Específicos: Facilitador/indiferente; se facilitador: como promove o contacto pele-a-pele

4. Quais são, para si, as intervenções de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que promovem o início precoce da amamentação?

Tópicos Específicos: Presença de acompanhante; Menor interferência do profissional; Apoio no posicionamento; Cuidados não indispensáveis ao RN adiados

5. Que implicações tem o cuidado promotor do contacto pele-a-pele e o início precoce da amamentação, para a qualidade dos cuidados de Enfermagem de Saúde Materna?

Tópicos Específicos: Positivo/negativo/indiferente

APÊNDICE VI - MATRIZ DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

CATEGORIA 1 - INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE CONTEXTO
TEMPO PARA INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO	O mais precocemente possível	“o mais precocemente possível” (E1, E2, E7) “desde o nascimento do bebê. Quanto mais cedo, melhor. Para estimular todo o processo de amamentação” (E6)
	Na primeira hora de vida	“durante a primeira hora de vida” (E2, E3, E4, E5)
	Observação dos sinais de prontidão do recém-nascido/desejo materno para iniciar o processo	· “se houver por parte do recém-nascido (...) movimentos de busca, de procura (...) desejo/vontade materno manifestado” (E1, E6) · “É uma questão que faço sempre à mãe, e, eventualmente, se houver algum tipo de dúvida, ou se houver uma... uma questão negativa por parte dela, tento perceber o porquê... pronto, respeitando, claro, a sua opinião” (E1) · “considero importante que seja também quando o bebê quer, e não quando nos achamos (...) Isto é um processo natural, não é um processo de chegar ali e adaptar, por isso é que eu não forço nada na primeira hora (...) muitos bebês não querem mamar na primeira hora e há aquela obsessão (...). E eu isso sou totalmente contra... porquê, para pôr lá o <i>checklist</i>...?” (E4) · eu convido é que toda a gente a assistir aos passos [do comportamento instintivo do recém-nascido]. Porque realmente o bebê faz tudo, se o deixarem...” (E4) · “deixar o bebê em contacto pele a pele (...) e ele fazer o seu <i>crawling</i> até à mama” (E5) · “independentemente, se calhar, de o bebê manifestar interesse ou não, acho que devemos sempre, pelo menos, tomar alguma atitude, ou ter alguma intervenção no sentido de promover esta primeira mamada” (E6) “naturalmente, após o nascimento, o bebê está mesmo muito desperto para isso, e... pelos seus estímulos, vai conseguir, provavelmente, nem que seja só cheirar, lamber a mama” (E7)
INTERVENIENTES NO PROCESSO	Díade Mãe/recém-nascido	“o interveniente é a mãe e o bebê” (E4)
	Díade Mãe/recém-nascido; acompanhante e EESMO	“A mãe e o acompanhante, o recém-nascido e a enfermeira” (E3) “é o bebê, a mãe, e de certa forma também o pai, claro, e o profissional de saúde” (E6) “É muito importante o papel do enfermeiro, não é, para além da mãe, do bebê e do acompanhante” (E7)

	Díade Mãe/recém-nascido e EEESMO	“Recém-nascido, a mãe e o profissional de saúde” (E1)
	EEESMO	“[o EEESMO] tem de ser o principal interveniente, tem de ser ele a motivar e incentivar” (E2)

CATEGORIA 2 - O CONTACTO PELE-A-PELE COMO PROMOTOR DO INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE CONTEXTO
DETERMINANTES PARA A REALIZAÇÃO DO CONTACTO PELE-A-PELE E INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO	Estabilidade puérpera/recém-nascido	“assim que houver condições, para a mãe e para o bebé” (E2) “se ele [recém-nascido] tiver as condições de bem-estar ao mundo extrauterino garantidas” (E6) “se o bebé estiver estável e a mãe também o permitir” (E7)
	Via e tipo de parto	“se for um parto distócico, ou se for um parto em que seja mais complicado a adaptação à vida extrauterina, ahh... claro que leva mais tempo, não é...” (E4) “nas cesarianas, infelizmente, não conseguimos fazer o contacto precoce, porque os pediatras estão sempre ali muito ahhh... quase a ver se o bebé sai, porque a temperatura da sala não é a mais adequada (...). (E7)
INFLUÊNCIA DO CONTACTO PELE-A-PELE NO ESTABELECIMENTO DO INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO	Contato pele a pele como preditor do início precoce da amamentação	“Acho que é uma mais-valia, o contacto pele a pele (...) porque fomenta ali todo um conjunto e toda uma simbiose entre o RN e a mãe (...) e torna-se realmente mais positivo em termos também para que esse início da amamentação precoce ocorra” (E1) “terá de haver esse contacto pele a pele, para que depois se desencadeie a amamentação precoce (...). Ele é que vai ser o espoletador (...), o ponto de partida” (E2) “Acho que o contacto precoce, logo após o nascimento do recém-nascido (...) favorece o aleitamento precoce e a boa adap... a melhor, boa não, mas a melhor adaptação do RN à mama” (E3) “É fundamental, é... para mim é imprescindível, é mandatório (...) o que eu verifico é que se não houver nada fora do comum, a amamentação estabelece-se naturalmente, sozinha, e... e muito rapidamente. (E4) “eu acho que é bastante facilitador [o contacto pele a pele], até é fundamental para iniciar logo todo o processo da relação precoce” (E6) “mesmo que não seja no imediato [o contacto pele a pele], e que por alguma razão o bebe não nasça bem (...) se o bebé depois estiver estável deve, depois dos primeiros cuidados, e se o bebé estiver em condições, regressar e fazer um contacto pele a pele e um contacto precoce logo de imediato, porque isso pode interferir, se não for feito, negativamente [no início precoce da amamentação]” (E7).

		“Os cuidados podem ser todos adiados, inclusivamente até o gorro, a menos que estejamos a falar de um ambiente extremamente frio” (E4)
	Duração/continuidade/ interrupções	“aqui não, porque somos a equipa que somos, mas às vezes considero que quando há pressa, não se força os pais (...) mas às vezes “olha, e se fossemos já pesar, o que é que acha?”, quando eu acho que nós não podemos fazer isso, porque nós somos os que temos a informação de que aquilo é fundamental. (...) é aquilo que eu tanto comparava, que é: nós estamos aqui a ter um diálogo, se alguém abrir aquela porta e interromper, quando nós retomarmos, já não é igual, já não há uma linha” (E4) “(...) eu, normalmente, não interrompo o contacto pele a pele para pesar o bebé, ou para fazer a vitamina k, portanto: o bebe nasce, fica com a mãe” (E7) “noutros sítios onde eu trabalhei eu já tive que dizer “o bebé não sai de cima da mãe [para prestar cuidados] porque eu não quero, porque eu não autorizo porque sou eu que estou a fazer o parto” (E4) “deixar o bebé em contacto pele a pele o máximo que conseguirmos” (E5) “Não deve haver interrupções. (...) não haver aquela separação de levar bebés para berçários para prestar cuidados se não for necessário, se o bebé estiver com uma boa adaptação à vida extrauterina, eu acho que é fundamental para o início de todo o processo [de amamentação] (...) deveria haver alguma... mais sensibilidade nessa questão, não haver esta interrupção que eu vejo acontecer muito, para garantir realmente os benefícios da tal <i>golden hour</i>, porque senão estamos a pôr tudo em causa.” (E6) “Quando há necessidade de fazer alguma coisa ao bebé, eu acho que isso depois, a mãe fica muito ansiosa (...) só mesmo numa situação muito extrema, quando há necessidade de reanimação do bebé, é que o devemos fazer [separar a mãe do recém-nascido]. Se nós assistimos um parto e conseguimos ter um trabalho de parto e um parto linear, acho que é fundamental mesmo, não devemos de forma nenhuma quebrar esse... esse primeiro tempo, essa primeira ligação” (E7)

CATEGORIA 3 - A INTERVENÇÃO DO EEESMO

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE CONTEXTO
HANDS ON	Primiparidade	“a questão também se é um primeiro filho (...) porque interfere também em termos da prática da mãe” (E1) “Depende de nós, eu acho que basicamente de nós, e então se for uma primípara... temos de ser mesmo nós a dar ali aquela ajudinha fundamental, e por ali as vezes o dedinho no sítio certo” (E2)
	Profissional como <i>expert</i>	“se for num primeiro vão precisar da ajuda de um profissional de... de saúde” (E1) “será mais o profissional que vai ter de estimular e apoiar (...) ele é que vai auxiliar e é que vai dar as primeiras indicações para que essa adaptação seja a mais eficaz possível. (...) aquelas emoções todas [da puérpera] não

		lhe permitem ter aquele discernimento (...) e é aqui que entra o enfermeiro, não é, que vai... vai ajudar a que a pega seja o mais correta possível, vai tentar posicionar o bebé o mais adequadamente possível.” (E2)
	Acompanhante como suporte	“A presença do acompanhante (...) pode ficar ali a segurar [posicionar] mais um bocadinho, dar ali um apoio (...) e há ali toda uma promoção da tríade” (E1) “muitas vezes o pai é deixado de fora, mas é também um elemento muito importante, e as vezes até impulsionador desse processo de amamentação. Há muitos pais ahhh... que ajudam nesse processo nesse sentido, incentivar, ajudar o bebé a manter contacto com a pele (...) isso favorece o clima, não é... o ambiente” (E3)
HANDS OFF	Multiparidade	“às vezes num segundo filho, elas próprias sozinhas conseguem avançar” (E1)
	Orientação para a técnica	“a minha ajuda ou a minha interferência... é feita no sentido de ensinar como ela ira atuar à <i>posteriori</i>, dar algumas indicações que favorecem a... a adaptação do bebé à mama” (E3) “Depois, se acharem que estão a ter dificuldades [o casal], aí sim, poderemos intervir” (E5)
	Promoção de ambiente seguro e confortador	“Eu acho que a única coisa que o enfermeiro deve fazer é de facto, ficar a assistir em termos de segurança do bebé (...) acho que quanto menos se tocar no bebé... é o ideal. (...) depois a luz, tentar o mínimo de luz possível (...) o som, e os movimentos ao lado... tudo o que não distraia o bebé, não é, portanto, quanto menos tocarmos, menos interrompemos os passos” (E4) “garantir também um ambiente mais calmo e sereno” (E6)
	Facilitação das escolhas da mulher/casal	“inicialmente acho que não [devemos intervir], acho que deve ser uma escolha do casal, e lá está, é a posição com que eles se sentirem mais confortáveis inicialmente” (E5)
	Presença encorajadora e apoio emocional	“(…) depois fazer toda a promoção da amamentação, e ajudar, dar o apoio, elogiar, tranquilizar a mãe, ajudar na boa pega (...) o enfermeiro é muito o apoio, o aconselhamento, estar presente, o ajudar. (...) normalmente fico algum tempo junto da mãe e do bebé, para perceber se houve realmente uma boa adaptação á mama, e tento, logo ali, corrigir alguma coisa ou tentar ajudar..., mas, normalmente tento... facilitar, ser um elemento facilitador” (E7)

CATEGORIA 4 – IMPLICAÇÕES DA PROMOÇÃO DO INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO

SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE CONTEXTO
QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM DE	Concretização de indicadores de qualidade	“Se nós queremos prestar bons cuidados, temos de ter umas diretrizes e eu acho que essa é fundamental, eu acho que são indicadores de boa qualidade dos cuidados que se prestam, sim” (E2)

SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA		“Eu acho que isso é um cuidado do enfermeiro especialista de saúde materna: promover este contacto pele a pele, esta relação precoce e a primeira mamada (...) são indicadores de qualidade” (E6) “Eu acho que isso é um grande indicador da qualidade dos nossos cuidados, portanto, acho que... que se nós promovermos a amamentação precoce, há um vínculo que se estabelece e que é muito importante” (E7)
	Promoção de experiência de parto positiva	“(...) favorecer também a promoção e a vivência do momento que é o nascer de um filho, e promover esse contacto pele a pele (...) concretizar da amamentação precocemente, fomenta também aquele elo relacional entre mãe e filho. (...) nós podermos participar e fomentar isso, acho que, em termos de cuidados de enfermagem, é uma coisa bastante positiva” (E1) “(...) tem impacto na qualidade da vivência do processo, porque acho que é (...) o primeiro momento em que a mãe conhece o bebé, em que toma contacto com o bebé, e em que está ali” (E4) “é muito mais tranquilizador, e depois todas as intervenções que tens de fazer à mãe se calhar são... já não sentem a dor que sentiriam quando o bebé não está ali, em contacto pele a pele” (E7)
ADESÃO À AMAMENTAÇÃO	Facilitação da amamentação no puerpério imediato	“eu acho que nós, pronto, que defendemos tanto (...) o sucesso da amamentação, eu acho que sem esses dois pilares [o contacto pele a pele e o início precoce da amamentação] (...) podemos ter um princípio um pouco... digamos coxo, se não optarmos por esses dois pilares que para mim são fundamentais” (E2) “a amamentação [precoce], o bebé poder fazer isso, dá à mãe uma sensação (...) de eu sou capaz (...) acho que isso é uma experiência que tem muito impacto, porque dá segurança à mãe, que o bebé é capaz e que a mãe é capaz, e que os três são capazes” (E4) “Tu vês que o bebé ali [no contacto pele a pele] consegue perfeitamente fazer aqueles movimentos todos de reptação, de cheirar a mama, de estar com a mãe e eu acho que isso faz muita diferença no pós-parto imediato e... na forma como aquela mulher se vai ligar ao bebé” (E7)
	Facilitação da amamentação após a alta	“se a gente quer que estes bebés ahhh... tentem uma adaptação à mama o mais precoce para tentar mantermos, no futuro, uns bons indicadores de aleitamento materno até pelo menos aos seis meses não é... quanto mais cedo a gente investir, provavelmente, maiores serão os resultados” (E2)

APÊNDICE VII – SESSÃO DE FORMAÇÃO EM EQUIPA “PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO
PUERPÉRIO”

Promoção da Saúde Mental no Puerpério: A intervenção do Enfermeiro

Mestranda
ESMS
Marta Berra

Enf.
Cooperantes:
Sónia Tomé e
Marta
Rodrigues

Professora
Orientadora:
Sara Palma

Introdução

- Tema

- Objetivos

Promoção da Saúde Mental no Puerpério

- Contextualização

- Principais alterações psicológicas e psiquiátricas

- Fatores de risco e protetores

- O cuidado: Entrevista, Escalas e Intervenções

Conclusão

Plano da Sessão

Discussão

Tema

Promoção da Saúde Mental no
Puerpério – a intervenção do
Enfermeiro

Objetivo Geral

Capacitar os enfermeiros do Serviço de Puerpério do
HGO para as intervenções promotoras da saúde mental
da puérpera durante o internamento no serviço

Objetivos Específicos

Compreender os processos fisiopatológicos da saúde mental da puérpera;
Conhecer e sistematizar as intervenções promotoras da saúde mental da puérpera
durante o internamento no serviço de puerpério;

Período pós-natal: contextualização psicológica

Puerpério

Adaptações físicas

Adaptações psicológicas

Alteração/conflicto de papéis

Adaptações profissionais

Emoções e sentimentos contraditórios

Vulnerabilidade

Stress

Resposta fisiológica a qualquer exigência/ameaça → normal e essencial para a adaptação durante o puerpério

Ansiedade

Estado de angústia, preocupação ou desconforto, desencadeado pela incerteza face ao desconhecido ou potencial ameaça → prejudicial à adaptação durante o puerpério

Níveis elevados de stress e ansiedade limitam as estratégias de coping da mulher/família, resultando em prejuízo da adaptação

Marshall & Raynor, 2020

Principais alterações psicológicas e psiquiátricas no período puerperal

Puerperal Blues

- Situação transitória;
- Alterações de humor, irritabilidade, labilidade emocional, ansiedade, insónia, diminuição da concentração e choro fácil;
- 40% - 80% das puérperas;
- Sintomas mais intensos ao 5º dia pós-parto e resolvem habitualmente ao fim da 2ª semana.

Depressão Pós-Parto

- Transtorno depressivo que surge durante o 1º ano após o parto;
- Nervosismo, choro frequente, desespero, astenia, desmotivação, distúrbios alimentares e do sono, incapacidade para fazer face a novas situações e queixas psicossomáticas;
- 10% das mulheres;
- Fator de risco maior – história de depressão anterior

Pânico Puerperal

- Forma grave dos transtornos psiquiátricos perinatais;
- 2 em cada 1000 mulheres;
- Início agudo e precoce (entre o 3º e o 7º dia de pós-parto e agravamento drástico nas 48h subsequentes);
- Medo/pânico/terror, agitação psicomotora, insónia, atividades inusitadas, desinibição, irritação/agressividade, delírium
- Incapacidade para cuidar de si ou do bebé

Gracia, 2017; Marshall & Raynor, 2020; Alves et al, 2022

Fatores de Risco

- Antecedentes de doença psiquiátrica;
- Adolescentes;
- Gravidez não desejada ou com patologia associada;
- Abuso de substâncias;
- Experiências de parto traumáticas;
- Nível socioeconómico baixo;
- Suporte social e/ou familiar diminuído;
- Violência de género;
- Infertilidade;
- Malformações do bebé;
- Prematuridade ou necessidade de internamento do bebé

Apoio social/familiar adequado;
Possibilidade de acesso a serviços de apoio;
Experiências de parto positivas;
Nível educacional elevado;
Acesso a cuidados de Saúde Materna e Obstétrica de qualidade e centrados na Mulher

Fatores Protetores

Relação terapêutica

Escuta ativa

Formação

- Ideias e sentimentos face ao bebé;
- Memórias;
- Suporte social e familiar
- Patologia psiquiátrica prévia;
- Fatores sociais

O Cuidado em Saúde Materna e Obstétrica para a Promoção da Saúde Mental da Puérpera

Saúde mental ótima

Promover cuidados respeitosos e não estigmatizados;
Identificação de fatores de risco;
Identificação de sinais e sintomas de alarme

Desafios transverberais à saúde mental

Prestação de cuidados preventivos às mulheres em risco de desenvolvimento de patologia mental

Condições patológicas com sintomatologia moderada

Tratamento das patologias com sintomatologia moderada, em articulação com a equipa multidisciplinar

Condições patológicas com sintomatologia severa

Referenciação das condições graves para especialista

OMS 2022



Ambiente de apoio

Criação de um ambiente seguro e livre de julgamento, no qual a mulher se sinta respeitada e escutada, de modo a que expresse e recorra aos serviços disponíveis

Prevenção

- Alerta para os sinais e sintomas;
- Diagnóstico precoce

Promoção

- Apoio no desenvolvimento de estratégias pessoais;
- Fortalecimento dos fatores protetores;
- Criação de ambientes de suporte e apoio

O Cuidado em Saúde Materna e Obstétrica para a Promoção da Saúde Mental da Puérpera

OGA, 2005; OMS 2022

Intervenções para a Promoção da Saúde e Prevenção da Doença Mental da Puérpera

Psicoeducação	Reconhecimento de sintomas e empoderamento para solicitar ajuda profissional; Promoção do autocuidado e estratégias de coping
Gestão de stress	Promoção de estratégias saudáveis e evicção de comportamentos de risco
Fortalecimento do suporte social	Inclusão dos parceiros/família
Reconhecimento da patologia;	Redução da estigmatização/padrão normalizado Questões sobre a saúde mental/sintomas depressivos, presença de stressores
Recurso aos instrumentos de avaliação	Entrevista/questionário; Caminho de procura de informação → resposta estabelecida
Articulação para tratamento	Sintomas moderados → Psicoterapia e/ou terapêutica medicamentosa Sintomas severos → curso do tratamento mediado por especialista em Saúde Mental

OMS 2022

Entrevista Pós-Parto

Entrevista pós-parto

O nascimento

Saúde Psicológica

Suporte familiar

Preocupação
Interação
Percepção

Recursos

Situação
financeira/
habitacional

Escala para avaliação da Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

Nome: _____
Data: _____
Idade do bebê: _____
Posição: _____
Aptidão da mãe: _____

Dado que teve um bebê há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente.

Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado.

Nos últimos 7 dias:

1. Tenho sido capaz de divertir-me a todo o momento das coisas.

Sempre muito divertido
Muito do que antes
Muito menos do que antes
Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro.

Sempre sempre sim
Muito do que costumava ter
Muito menos do que costumava ter
Quase nenhuma

3. Tenho-me sentido sem necessidade quando as coisas correm mal.

Sim, a maioria das vezes
Sim, algumas vezes
Raramente
Nunca

4. Tenho estado ansioso ou preocupado sem motivo.

Não, nunca
Quase nunca
Sim, por vezes
Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo do muito assustado, sem motivo.

Sim, muitas vezes
Sim, por vezes
Não, raramente
Não, nunca

6. Tenho sentido que não consigo dormir para mim.

Sim, a maioria das vezes não consigo dormir-las
Sim, por vezes não tenho conseguido dormir-las como antes
Não, a maioria das vezes consigo dormir-las facilmente
Não, consigo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

Sim, quase sempre
Sim, por vezes
Raramente
Nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

Sim, quase sempre
Sim, muitas vezes
Raramente
Nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

Sim, quase sempre
Sim, muitas vezes
Sim, por vezes
Nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

Sim, muitas vezes
Por vezes
Muito raramente
Nunca

EPDS – Orientações para avaliação

As respostas são codificadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade e frequência dos sintomas.

As questões 1, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são indicadas, respectivamente (1, 2, 3, 0).

Cada item é somado aos restantes, para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.



[9789240035119-eng.pdf](#)
(who.int)



[WHO MSD MER 1](#)
[5.1 eng.pdf](#)



[WHO-MSD-MER-](#)
[16.4-eng.pdf](#)

APÊNDICE VIII– SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “AMAMENTAÇÃO – DO NASCIMENTO À
ALTA HOSPITALAR”

Amamentação - do nascimento à alta hospitalar

Mostrando:

Marita Bento

Orientação:

Enfª Rosa Marques

Enfª Mónica Santos

Professora Sara Palma



Plano da Sessão

Porquê amamentar?

Vantagens da amamentação

Tudo começa na gravidez:

Decisão de amamentar

Amamentação como fenómeno biopsicossocial

Fisiologia da Lactação

A mama

A produção de leite

Fases do leite materno

O parto e a amamentação

A golden hour

O contacto pele a Pele

O instinto do bebé - começar a mamar

E o que bebe o bebé? O colostro

Constituição

Funções

Amamentação nas primeiras 48 horas - uma dança a dois

Posicionamentos

A Pega

A livre Demanda

Resolução de Pequenos Problemas

Ingurgitamento Mamário

Maceração/Fissura Mamilar

Que acessórios devo comprar?

Mamilo de silicone

Bomba extratora

Cochas de silicone

Protetores absorventes



"Sou a favor da amamentação. Acredito que, se é o que a natureza desenhava, é o mais natural para o bebé e para a mãe e, como tal, é realmente o melhor que se pode fazer para a saúde dos dois. Costumo dizer que, se fosse o bebé a escolher, não haveria qualquer dúvida, e que é um direito do bebé."

No entanto, há mães que não podem ou não querem amamentar, ou fazem-no durante pouco tempo, e o que tenho observado ao longo destes anos, é que muitas vezes essa decisão é tomada com base em mitos, pressões alheias e por não saberem a quem recorrer para esclarecerem dúvidas que surgem".

Porquê Amamentar?

Vantagens para a mãe:

- Promove a involução uterina;
- Menor risco de desenvolver cancro da mama, ovário, osteoporose, doenças cardíacas, diabetes mellitus, artrite reumatóide e depressão pós-parto;
- Método mais barato, seguro e prático, encontrando-se sempre à temperatura ideal e não requerendo preparação, ou qualquer cuidado específico.

Vantagens para o bebé:

- Melhor adaptação a outros alimentos;
- Reduz a incidência de diabetes mellitus, doença cardíaca, doença intestinal, hipertensão arterial linfomas a longo prazo e afeções respiratórias do recém-nascido;
- Crescimento adequado das estruturas dentárias e do maxilar;
- Promove a vinculação.

Leite Materno:

Alimento vivo, adaptado às especificamente ao bebé, ao longo do dia e em cada fase do crescimento

UNICEF, 2012

Tudo começa na gravidez

A decisão: Cerca de 2/3 das mulheres decidem, durante a gravidez, se vão amamentar

A mãe: O corpo começa a preparar biologicamente a amamentação

O bebé: começa a desenvolver as capacidades necessárias para o processo de amamentação

Amamentação como fenómeno bio psicossocial

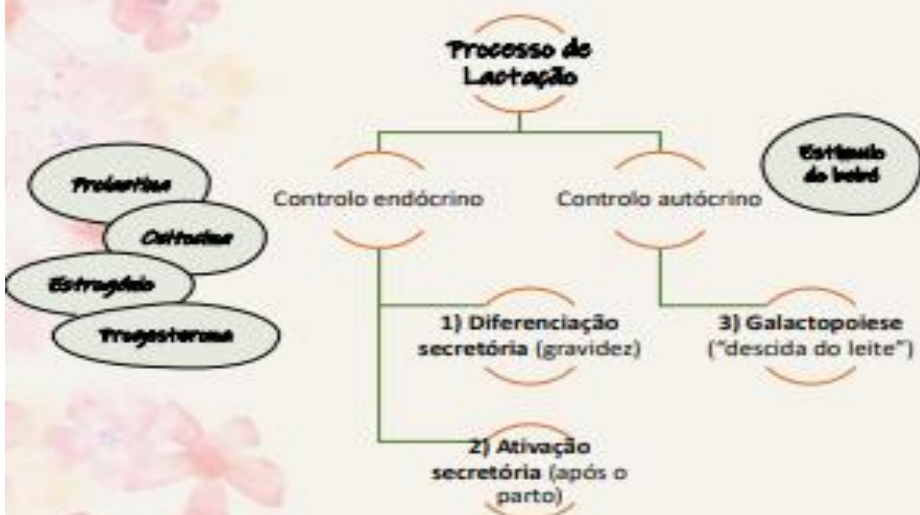
Mãe e bebé estão biologicamente preparados para a amamentação - o leite materno é especificamente criado para as necessidades da sua cria, e o bebé nasce com os reflexos necessários para a procura do alimento biologicamente desenhado para ele.

Os receios/ansiedades/dúvidas relativamente à amamentação persistem ou não são devidamente esclarecidos;

Socialmente, mamar ou ver uma diade a mamar, não é o mais comum » obstáculo que envia a percepção da mulher quanto à amamentação

Pincho, 2018

Fisiologia da Lactação



Carvalho & Gomes, 2021

As fases do Leite Materno



O Parto e a Amamentação



Golden hour.

Período de efetividade hormonal máxima da mãe e receptividade reflexa máxima do bebê

Importância do ambiental

Livre de distrações e intervenções não urgentes, de modo a potenciar o relaxamento

Chrobacek, 2000; Huang et al., 2003

O contacto pele-a-pele e a amamentação

Colocação do bebê nu, em decúbito ventral e cabeça lateralizada sobre o peito nu da mãe.

- Imediato
- Precoce

Recomenda-se o seu início imediato, em RN saudáveis, independentemente da via do parto, continua e ininterruptamente, até à concretização da primeira mamada, tendo em conta os benefícios fisiológicos, sociais e psicológicos para mães e bebês.

A separação rotineira da mãe e do RN após o parto é exclusiva do século XX e característica dos cuidados obstétricos modernos, contrapondo o instinto presente em qualquer outra espécie mamífera.

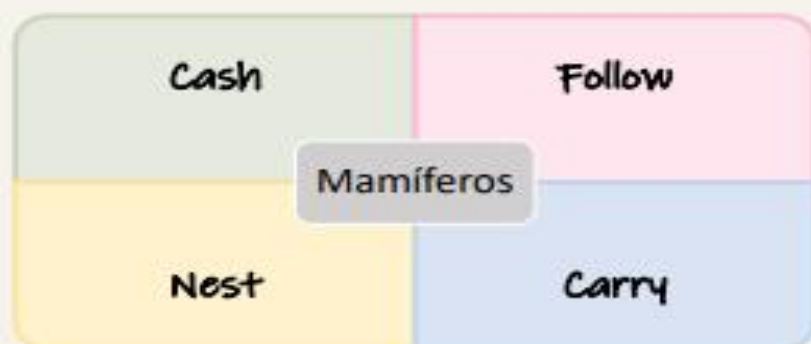
Vantagens para a mãe:

- o Expulsão mais rápida da placenta;
- o Redução da hemorragia pós parto;
- o Diminuição dos níveis de cortisol materno;
- o Promoção dos comportamentos parentais;

Vantagens para o bebê:

- o Diminuição do stress ao nascimento;
- o Termorregulação, função cardiorrespiratória, hormonal e comportamental otimizada;
- o Promoção da ativação dos reflexos inatos;
- o Colonização da pele com bactérias benéficas, potenciando o desenvolvimento do sistema imunitário.

O instinto do Recém Nascido Mamífero



Bergman, N. 2010, citado por Ferreira, C., 2018

O instinto do bebê: Começar a mamar

Novas fases do comportamento do Recém-Nascido após o nascimento:

- 1) **Choro do nascimento** – os pulmões expandem-se e a circulação sanguínea adapta-se à vida extrauterina
- 2) **Relaxamento** – o bebê relaxa e não há evidência de movimentos da boca, cabeça ou membros;
- 3) **Despertar** – pequenos impulsos da cabeça, ombros, membros, abertura dos olhos e alguma atividade da boca;
- 4) **Iniciar a atividade** – o bebê começa a exibir movimentos mais fortes, mais movimentos de rotação, abertura da boca, vai olhando para a mama;
- 5) **Descansar** – o bebê detém-se um pouco: precisa de descansar (este descanso pode acontecer nesta fase ou em qualquer outra do processo);
- 6) **Engatinhar, reptar ou deslizar** – o bebê movimenta-se e aproxima-se da mama;
- 7) **Familiarização** – o bebê lambe a areola, o mamilo, podendo ser um processo mais ou menos demorado;
- 8) **Suger** – o bebê começa a mamar
- 9) **Adormecer** – quando satisfeito, o bebê adormece num sono profundo

O contato pele-a-pele torna-se o veículo para o comportamento instintivo de sobrevivência do RN para encontrar a mama e começar a mamar



A. M. Widström et al., 1987, citado por Brimdy et al., 2020; Mohrbacher, 2020

E o que bebe o bebê? O Colostro

Composição:

Proteínas (lactoferrina, HMBT, imunoglobulinas, lactalbumina, imunoglobulina G), Lipídios, Hidratos de carbono, Minerais, Vitaminas (Vitamina A, Vitamina D, Vitamina E), Hormônios, Fatores de crescimento, citocinas, fatores inflamatórios, oligossacarídeos, enzimas (amilase, lipase, lactase, etc.), Leptina, Grelina

Atividade antimicrobiana e imunomoduladora importante para o desenvolvimento do sistema imunitário do recém-nascido

Características:

É de fácil digestão;
Produzido em pequena quantidade, de acordo com a capacidade do estômago do recém-nascido (entre 5 a 7ml)
Funciona como laxante (permite ao bebê expulsar o mecônio – os primeiros cocôs – e prevenir a icterícia neonatal)



DID YOU EVER WONDER WHAT'S IN... ?



BREASTMILK

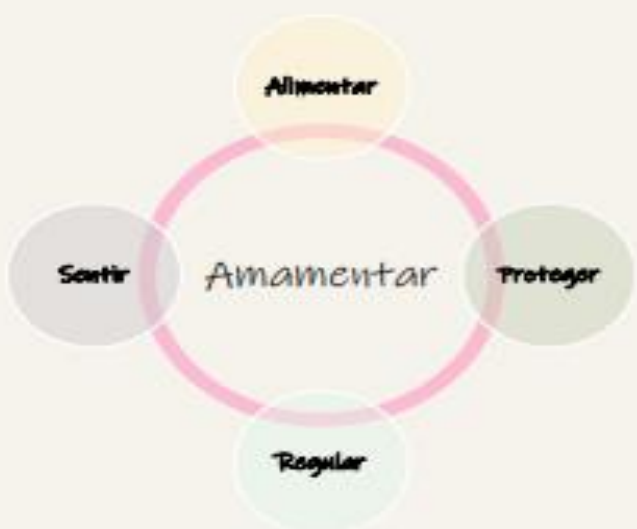
PROTEINS Lactoferrin Oligosaccharides (human milk) Lactalbumin Lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin	ENZYMES Lactoferrin Oligosaccharides (human milk) Lactalbumin Lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin	ANTIBODIES Lactoferrin Oligosaccharides (human milk) Lactalbumin Lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin	ANTIBIOTICS Lactoferrin Oligosaccharides (human milk) Lactalbumin Lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin	ANTIOXIDANTS Lactoferrin Oligosaccharides (human milk) Lactalbumin Lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin
---	--	---	--	---

FORMULA

PROTEINS Lactoferrin Oligosaccharides (human milk) Lactalbumin Lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin	ENZYMES Lactoferrin Oligosaccharides (human milk) Lactalbumin Lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin	ANTIBODIES Lactoferrin Oligosaccharides (human milk) Lactalbumin Lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin	ANTIBIOTICS Lactoferrin Oligosaccharides (human milk) Lactalbumin Lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin	ANTIOXIDANTS Lactoferrin Oligosaccharides (human milk) Lactalbumin Lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin Casein Whey Albumin Globulin Fibrinogen Immunoglobulin Transferrin Haptoglobin Fetuin Catalase Lactoperoxidase Lysozyme Secretory phospholipase A2 Alpha-lactalbumin Beta-lactoglobulin
---	--	---	--	---



Amamentação nas primeiras 48 horas: Uma Dança a Dois



Amamentar considera-se um ato íntimo que potencia a relação entre mãe e bebê, providenciando alimento e outros "ingredientes" necessários ao seu desenvolvimento e crescimento.



Mohrbacher, 2020

Amamentação nas primeiras 48 horas: - Os posicionamentos

O essencial - conforto da mãe e conforto do bebê.

Mesmo que haja desarmonia inicial - a posição pode ser corrigida ao longo da mamada e ao longo do processo de amamentação

Algumas indicações que favorecem a pega adequada:

- "barriga com barriga"
- reclinção do corpo da mãe
- a boca do bebê abaixo do mamilo para facilitar a extensão do pescoço
- cabeça do bebê apoiada mas não condicionada
- pele com pele *



Amamentação nas primeiras 48 horas: - Os posicionamentos



BREASTFEEDING POSITIONS



yon Little humans (pinterest.pt)

Amamentação nas primeiras 48 horas: - A pega

A Mãe

Segurar a mama com umas das mãos, em "C", com o polegar bem acima da aréola e os restantes dedos e palma da mão nos quadrantes inferiores da mama;

O estímulo do bebé deve ser feito no sentido do lábio inferior para o queixo, de modo a potenciar a abertura efetiva da boca e a melhor pega possível;

Corrigir a pega sempre que necessário, de modo a evitar macerações do mamilo e deficiente transferência de leite.

O bebé

Boca bem aberta;

Queixo encostado à mama e nariz afastado;

Mais aréola visível acima da boca do bebé do que abaixo;

Abocanha mamilo e aréola - não apenas o mamilo - ficando este orientado para o palato do bebé;

A responsabilidade primária da pega é do bebé.

Bochechas redondas

Mamada sem dor

Sem estalidos

Sucções lentas e profundas

Mamilo íntegro

Bebé tranquilo



APMAGF, 2018; Carvalho & Gomes, 2021

Amamentação nas primeiras 48 horas: - A Livre Demanda

O bebé deve mamar sob livre demanda, **o tempo que quiser, quando quiser e sem horários pré determinados**.

A amamentação exclusiva em livre demanda assegura as necessidades calóricas e emocionais do bebé desde o nascimento até aos 6 meses;

Referência – pelo menos 8 – 12 mamadas em 24h *

A frequência de leite varia ao longo do dia e ao longo da mamada

Fadiga do "cluster feeding"

Mamadas em número inferior ao superior nasceras disponíveis

Como fica o bebé?

Como fica a mama?

Observação do bebé durante a mamada - transferência efetiva de leite



Resolução de Pequenos Problemas

Ingurgitamento

Mama
tensa/dolorosa, sem
febre ($> 38^{\circ}\text{C}$)
associada;

- ✓ Aplicação de frio;
- ✓ Extração manual gentil e ligeira antes da mamada se dificuldade na pega;
- ✓ **Amamentação em livre demanda;**
- ✓ No final da mamada, no caso de manter desconforto, extração manual gentil até ao conforto → não "esvaziar" a mama

Maceração/Fissura Mamilar

Mamilos doloridos
ou presença de
descontinuidade
cutânea na base do
mamilo

- ✓ **Garantir a pega adequada:**
- ✓ Iniciar a mamada pelo lado menos doloroso;
- ✓ No final da mamada, hidratar o mamilo (colostró preferencialmente);
- ✓ Deixar o RN largar a mama;
- ✓ Expor, sempre que possível, os mamilos ao ar;
- ✓ Extrair leite e oferecer ao bebé (por copo) se sensação de dor extrema, até à cicatrização

Pedir apoio ao profissional de referência

Que Acessórios devo comprar?

Mamilo de Silicone

Mamilos planos/invertidos/fissurados, ingurgitamento mamário, fluxo intenso, RN prematuros ou hipotónicos, freio lingual curto;

- ✗ Risco de baixa transferência de leite;
- ✗ Interferência na produção de leite;
- ✗ Desmame do mamilo difícil

Protetores Absorventes

Reduzir o desconforto pelo extravasamento de leite

- ✗ Maceração mamilar, mastite.

Primeiro, avaliar!

Embora a maioria das mulheres possa amamentar sem necessidade de coadjuvantes, existe influência social e da indústria para a compra possivelmente desnecessária de acessórios

Conchas de silicone

Reduzir o contacto do mamilo com a roupa;

- ✗ Risco de edema areolar, retenção de humidade e calor, obstrução ductal

Bomba Extratora

Manuais/elétricas/duplas; Gemelaridade, prematuridade, necessidade de separação mãe/bebé,

Soutien Amamentação

Confortável, algodão, alças largas, suporte adequado

Carvalho & Gomes, 2021

Factos & Mitos

✗ Uma mamada dura, no mínimo, 20 minutos

✓ O número de mamadas no primeiro dia prediz uma maior produção de leite

✓ O consumo de leite artificial nos primeiros dias aumenta o risco de sensibilização alérgica e o período de permeabilidade intestinal

✗ O contacto pele-a-pele só importa na hora seguinte ao nascimento

✓ O bebé precisa de estar perfeitamente acordado para mamar

✓ O Recém-Nascido solicita mais mama à noite

✓ A amamentação é mais do que alimentação

✓ O colostro é produzido em quantidade suficiente para alimentar o bebé

✗ É preciso espaçar as mamadas para que a mama tenha tempo de encher

✗ É normal que amamentar cause dor

Gravidez, parto, pós-parto, amamentação e parentalidade fazem parte de um continuum, que equivocadamente separamos em nome de uma didática que pouco colabora para a compreensão dos fenómenos. Separamos algo que, em momento algum, nos mostra descontinuidade, mas sim diálogo e complementaridade.

Carvalho & Gomes, 2021



Amamentação - do nascimento à alta hospitalar

Mostrando:

Marita Bento

Orientação:

Enfª Rosa Marques

Enfª Mônica Santos

Professora Sara Palma



Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2019). *Boas Práticas em Amamentação Materna: Guia de apoio a profissionais de saúde*. <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Amamentacao-Materna.pdf>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, E., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. M. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Maternal and Child Nutrition*, 16(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>
- Carvalho, M. R., Gomes, C. F. (2021). *Amamentação – Bases Científicas* (4ª Edição). Guanabara Koogan Ltda.
- Ferreira, C. (2019). *Os bebés também querem dormir* (8ª Edição). Matéria Prima Edições, uma chancela do Clube do Autor, SA
- Gupta, N., Deieri, A., Hills, E., & Banerjee, J. (2021). Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. In *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* (Vol. 110, Issue 8, pp. 2310–2315). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/apa.15913>
- Huang, C., Hu, L., Wang, Y., & Luo, B. (2022). Effectiveness of early essential newborn care on breastfeeding and maternal outcomes: a nonrandomized controlled study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05017-8>
- Mohrbacher, N. (2020). *Breastfeeding Answers – A guide for helping families* (2ª Edição). Nancy Mohrbacher Solutions, Inc.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2016, Issue 11). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003919.pub4>
- Pincho, C. (2018). *Amamentar – a escolha natural para o seu bebé* (1ª edição). Livros Horizonte.
- UNICEF. (2012). *Manual de Amamentação Materna*. <https://www.unicef.pt/media/1581/8-manual-do-amamentamento-materna.pdf>
- UNICEF. (2016). *From the first hour of life: making the case for improved infant and young child feeding everywhere*. <https://www.unicef.org/reports/first-hour-life>
- UNICEF, & WHO. (2018). *Capture the moment: early initiation of breastfeeding: the best start for every newborn*. <https://www.unicef.org/eca/media/4356/file/Capture-the-moment-EHRF-report.pdf>

APÊNDICE IX – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “MOBILIDADE DURANTE O TRABALHO DE
PARTO”

Durante o Trabalho de Parto

MESTRANDA:
MARITA BENTO

ORIENTAÇÃO:
ENFª ROSA MARQUES
ENFª MÔNICA SANTOS
PROFESSORA SARA
PÁ MA

PLANO

Nota introdutória

Porquê movimento?

A bacia materna

- Os ossos
- Os músculos
- Os ligamentos

O trabalho de parto

- As fases do trabalho de parto

Movimento

- Os movimentos do feto
- A mobilidade da bacia

Posições durante o trabalho de parto

- De pé
- Na Bola
- Quatro Apoios
- Posso deitar-me?

NOTA *Introdutória*

DURANTE O PARTO, A CABEÇA DO FETO ADAPTA-SE, DEFORMANDO-SE LIGEIRA E TEMPORARIAMENTE, GRAÇAS À MALLEABILIDADE DOS OSSOS DO SEU CRÂNIO. A BACIA MATERNA, JÁ FORMADA, É MUITO MAIS RÍGIDA. NO ENTANTO, DISPÕE DE UMA CERTA MOBILIDADE ENTRE OS SEUS OSSOS. MOBILIDADE ESTA QUE AUMENTA EXPONENCIALMENTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO (A NATUREZA É SÁBIA, NÃO É?).

O PROCESSO DO PARTO ASSEMELHA-SE AO DE INTRODUIR UMA
CHAVE NA FECHADURA - CADA MILÍMETRO CONTA ♥

PORQUÊ *Movimento?*



Martin et al, 2022; WHO, 2018; OC, 2022

A PÉLVIS *Materna*



Beavogem et al, 2019; Calais-Germain & Paré, 2008

O TRABALHO *de Parto*



MOVIMENTO: *Os Movimentos da Feto*



1ª Fase: antes de entrar na bacia materna

Durante as contrações uterinas, os tecidos moles e as estruturas ósseas exercem pressão no feto, favorecendo a sua descida pelo canal de parto. Neste processo, o feto **“MOVIMENTA-SE”**, adaptando os seus menores diâmetros aos maiores diâmetros da bacia materna.



1ª Fase: antes de entrar na bacia materna

2ª Fase: polo cefálico ao nível das espinhas esquiáticas



3ª Fase: abaixo das espinhas esquiáticas

4ª Fase: abaixo da arcada púbica



Boavagem et al, 2019; Calais-Germain & Paré, 2009

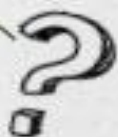
MOVIMENTO: *A Mobilidade da Pelvis*

Os ossos da bacia podem **MOVER-SE**, de modo a facilitar a passagem do feto pelo canal de parto

SACRO Pode mover-se para trás ou para a frente, permitindo aumentar o diâmetro do estreito superior ou do estreito inferior

ILÍACO Podem mover-se para trás, para a frente, para fora ou para dentro, de forma conjugada ou desalinhada

VAMOS VER E EXPERIMENTAR?



Boavagem et al, 2019; Calais-Germain & Paré, 2009

MOVIMENTO *Durante o Trabalho de Parto*

O trabalho de parto pode ser longo, pelo que os períodos de movimento devem alternar-se com períodos de descanso

Ter em conta que:

Em descanso ou em movimento, é importante **ADOTAR POSIÇÕES QUE FAVOREÇAM A PASSAGEM DO FETO PELO TRAJETO**, nas suas diferentes etapas



Movimento livre

Respeitar o corpo

A dor como guia e não como sofrimento

APOIO DO PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA

POSIÇÕES Durante o Trabalho de Parto

DE PÉ

Consideradas **POSIÇÕES ESTRELA**, adotadas pela mulher que escuta o seu corpo, procurando adaptar-se às contrações uterinas e progressão do bebê

NA BOLA

QUATRO APOIOS

O QUE PERMITEM:

- ✓ Bacia livre;
- ✓ Posição das pernas livre;
- ✓ Mãos disponíveis;
- ✓ Suspensão e apoio;
- ✓ Acessíveis a outras mãos (companheir@, profissional que acompanha o parto).

Catala-Germain & Paré, 2009

POSIÇÕES Durante o Trabalho de Parto

DE PÉ

- A bacia encontra-se unicamente apoiada no fémur – liberdade total para diferentes orientações e inclinações dos ossos;
- Força da gravidade potenciada;
- Adequada a qualquer fase do trabalho de parto;
- Pode associar-se à suspensão/suporte em caso de cansaço materno



Catala-Germain & Paré, 2009

POSIÇÕES Durante o Trabalho de Parto

NA BOLA

- Feita de material maleável, permite a mobilidade apoiada da bacia;
- Permite a ação da gravidade;
- Ideal na fase de dilatação;
- Permite o descanso;
- É possível "treinar" como sentar-se e os posicionamentos ainda na gravidez;
- O tamanho da bola deve ser proporcional à estatura da mulher



Catala-Germain & Paré, 2009

POSICÕES Durante o Trabalho de Parto

QUATRO

APOIOS

Bacia apoiada no fêmur, com grande liberdade dos ossos da bacia;

- Facilita a rotação interna do feto (assimetria das pernas);
- Útil no alívio da dor lombar;
- Útil em qualquer fase do trabalho de parto e especialmente durante o período expulsivo;
- Pode ser útil uma almofada para apoio dos joelhos;
- O peso do tronco deve apoiar-se principalmente nas pernas;



Calajá/Guzmán & Parés, 2009

POSICÕES Durante o Trabalho de Parto

! POSSO DEITAR-ME...? CLARO QUE SIM!

- Importante em trabalhos de parto longos, as posições deitadas de lado favorecem o descanso e são mais vantajosas do que as em decúbito dorsal;
- Possíveis durante a dilatação ou no período expulsivo;
- Permitem a massagem;
- Ideais nos casos de analgesia locorregional;
- Permitem a assimetria das pernas;



Calajá/Guzmán & Parés, 2009

CONSIDERAÇÕES Finais

PARA QUE POSSAM TOMAR AS SUAS DECISÕES DE FORMA LIVRE E ESCLARECIDA, A MULHER/FAMÍLIA DEVE DISPOR DE INFORMAÇÃO SUFICIENTE E OBJETIVA EM CADA FASE DO PROCESSO DE MATERNIDADE.

É DO EQUILÍBRIO ENTRE A GARANTIA DE QUALIDADE E SEGURANÇA E O RESPEITO PELOS DESEJOS DA MULHER, QUE NASCE O CUIDADO EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA – NUM CAMINHO CONJUNTO E EM PARCERIA ENTRE AS FAMÍLIAS E OS PROFISSIONAIS QUE ASSISTEM A GRAVIDEZ E O PARTO.

PORQUE CADA GRAVIDEZ E PARTO SÃO UMA EXPERIÊNCIA ÚNICA DA VIDA DE CADA MULHER ♥



OBRIGADA!

Durante o Trabalho de Parto

MESTRANDA:
MARITA BENTO

ORIENTAÇÃO:
ENFª ROSA MARQUES
ENFª MÔNICA SANTOS
PROFESSORA SARA
PALMA

REFERÊNCIAS Bibliográficas

Bouviagem, A., Almeida Coutinho, T., Gustavo Alves de Oliveira, L., & Moretti, E. (2019). Comportamento biomecânico da pelve nas diferentes posturas adotadas durante o segundo período do trabalho de parto. *Revista Eletrônica Estácio Recife*, 5(1).

Calais-Germain, B., & Parés, N. (2009). *Parir en movimiento - Las movilidades de la pelvis en el parto* (1ª Edição). La Liebre de Marzo, S. L.

de Vinatestegui-Martín, M., de Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J. A., Jiménez-Ruiz, I., & Ballesteros Meseguer, C. (2023). Influence of Laboring People's Mobility and Positional Changes on Birth Outcomes in Low-Dose Epidural Analgesia Labor: A Systematic Review with Meta-Analysis. In *Journal of Midwifery and Women's Health* (Vol. 58, Issue 1, pp. 84–98). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>

FAME [Federação de Associações de Matronas de Espanha]. (2023). *Iniciativa parto normal*. https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2023/05/PPN_080523-INICIATIVA-PARTO-NORMAL.pdf

Marshall, J., & Raynor, M. (2020). *Myles textbook for midwives* (17th Edition). Elsevier Limited.

Pinheiro, A., Catarina, G., Leite, L., Freitas, J., & Marques, R. (2012). *Pelo direito ao parto normal: uma visão partilhada*. https://www.ordenanfermeiros.pt/arquivos/publicacoes/Documents/Libro_Parto_Normal.pdf

WHO. (2018). *WHO recommendations - Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

APÊNDICE X – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO NO
PRÉ-NATAL – UM CUIDADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA”



PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO PRÉ NATAL

Um cuidado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica



MESTRANDA CHESMO
MARITA BENTO



ORIENTAÇÃO
PROFESSORA SARA PALMA
EESMO MÓNICA ANTUNES



PLANO DA Sessão

PRESSUPOSTOS

- A amamentação como fenómeno biopsicossocial
- A gravidez de risco – que influência na amamentação?
- O parto termina com a amamentação e a amamentação começa com o parto

O COLOSTRO

- Composição e especificidades
- Benefícios no Recém-Nascido de Risco

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO PERÍODO PRÉ-NATAL

- Favorecimento da autoeficácia materna
- Exame mamário como parte do exame obstétrico pré-natal;
- Extração pré-natal
- Inclusão étnica e cultural no processo de promoção da amamentação



OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Refletir com os enfermeiros do Serviço de Obstetria do HGO sobre as intervenções promotoras do estabelecimento e manutenção da amamentação durante o período pré-natal, no contexto de internamento de grávidas de risco

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Demonstrar a influência da vivência física e emocional da gravidez de risco no processo de amamentação;
- Apresentar os benefícios do colostro na especificidade do recém-nascido de risco;
- Sistematizar as intervenções promotoras da iniciação e manutenção da amamentação para a grávida de risco, no contexto de internamento.

★ A AMAMENTAÇÃO COMO FENÓMENO *Biopsicossocial*

AMAMENTAÇÃO COMO FENÓMENO bio psicossocial

Mãe e bebê estão biologicamente preparados para a amamentação - o leite materno é especificamente criado para as necessidades da sua cria, e o bebê nasce com os reflexos necessários para a procura do alimento biologicamente desenhado para ele.

Os receios/ansiedades/dúvidas relativamente à amamentação persistem ou não são devidamente esclarecidos;

Socialmente, mamar ou ver uma diade a mamar, não é o mais comum - obstáculo que envies a percepção da mulher quanto à amamentação

O CUIDADO DO EESMO:

Aliar a norma biológica a referências positivas acerca da amamentação (promoção do apoio familiar/social, esclarecimento de dúvidas, apoio individualizado)

EMPODERA A MULHER PARA A RESOLUÇÃO DE EVENTUAIS DIFICULDADES QUE POSSAM SURTIR NO PROCESSO.

Pinho, 2018

★ A GRAVIDEZ *de risco*

GRAVIDEZ

Período vulnerável, de adaptação física e emocional importante

GRAVIDEZ DE RISCO

Associa a vivência da gravidez e os desafios fisiológicos de adaptação da mulher, à ansiedade face à hospitalização e ao risco aumentado de desfechos maternos e neonatais adversos

IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PRÉ-NATAL PARA O ALEITAMENTO MATERNO:

- Benefícios para a mulher e para o recém nascido, especialmente nas situações de risco;
- Valorização da autoeficácia materna;
- Esclarecimento de potenciais complicações para a amamentação decorrentes da patologia ou medicação associada ao seu tratamento;
- Facilitar estratégias personalizadas para resolução de problemas;
- Discussão da gestão do processo de amamentação - técnicas de extração, translação e transição para a livre demanda

Abrar et al, 2019; Carvalho & Gomes, 2021

★ O PARTO TERMINA COM A AMAMENTAÇÃO

e a amamentação começa com o parto

PARTO

Evento **físico, emocional, afetivo e hormonal**

AMAMENTAÇÃO

O corpo da mãe/bebê está biologicamente preparado

A "temperatura" emocional e afetiva determina a concretização fisiológica do evento

As hormonas intervenientes são comuns, em mecanismos de biofeedback específicos

O parto induzido, na sequência da gravidez de risco, constitui a primeira intervenção no processo físico, emocional, afetivo e hormonal do parto e, consequentemente, da amamentação.

A INTERVENÇÃO PRÉ NATAL PARA A PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO É DETERMINANTE NA PREPARAÇÃO DA MULHER PROPOSTA PARA UM PARTO INDUZIDO, A FIM DE POTENCIAR O SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO E OS SEUS BENEFÍCIOS PARA A PUÉRPERA/ RN DE

RISCO

Karakoyunlu et al, 2020; Carvalho & Gomes, 2021

COLOSTRO *composição, especificidades e benefícios para o recém-nascido prematuro*



Mohrbacher, N. 2020; Carvalho & Gomes, 2021

COLOSTRO *composição, especificidades e benefícios para o recém-nascido prematuro*

IMPORTÂNCIA DA PREPARAÇÃO DA GRÁVIDA:

- Avaliar objetivos iniciais para a amamentação;
- Especificidades do RN prematuro;
- Fisiologia da lactação;
- Conscientização sobre a capacidade de produção e manutenção da lactação materna;
- Benefícios do colostro;
- Orientação para a extração (pré natal e/ou pós natal);
- Importância do contacto pele-a-pele



Mohrbacher, N. 2020; Carvalho & Gomes, 2021

O CUIDADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA *para a promoção da amamentação no período pré-natal de risco*



Rosen-Cato et al, 2015; Mohrbacher, N. 2020

FAVORECIMENTO da autoeficácia materna

O conceito de AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA A AMAMENTAÇÃO

define-se como o nível de confiança materna na sua capacidade inata para atingir os seus objetivos no aleitamento materno

Abordagem 1 – profissional como perito

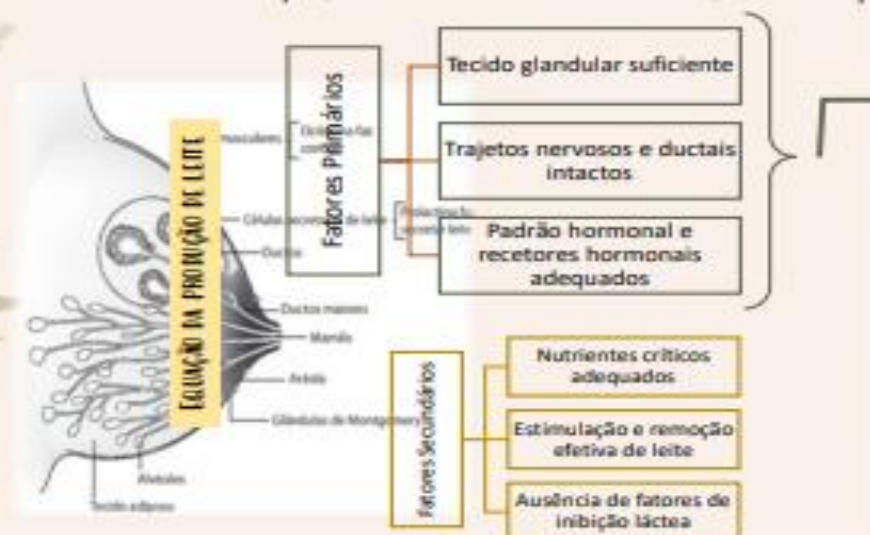
- Único propósito – passagem do leite da mama para o bebé;
- A mãe é vista como inexperiente e inútil sem a ajuda do profissional;
- Habitualmente as dificuldades na amamentação são vistas como "problema do bebé" (que é "teimoso" ou "preguiçoso");
- A comunicação é unilateral e de conteúdo técnico;
- Uso precipitado de acessórios no processo de lactação;
- Invisibilidade da mãe.

Abordagem 2 – Mãe como perita:

- Conceção da mãe como a melhor conhecedora do seu corpo e do seu bebé;
- Expressão de confiança na mãe através do discurso e da comunicação não verbal;
- A prioridade é o estabelecimento de uma relação estreita entre a família e o bebé;
- Mãe e bebé são vistos em processo de aprendizagem, e o profissional é uma ferramenta para esse fim;
- Mais do que "fazer bem" ou "fazer mal" – cada processo de amamentação é único;
- Informação dirigida à especificidade de cada diade, em detrimento da informação em cascata.

Mohrbacher, N. 2020

EXAME MAMÁRIO fatores de risco e atuação precoce



AVALIAR:

- Anatomia da mama – flacidez, hipoplasia, mamilos planos/invertidos;
- Alterações ocorridas na gravidez – aumento do volume da mama, pigmentação do mamilo e areola;
- Patologia metabólica prévia;
- Traumatismo/cirurgias prévias;
- Medicação durante a gravidez.

CONSIDERAR

Estratégias para promoção da lactogênese II/aumento da produção de leite (potencialmente comprometidas se alterações nos fatores primários!)

Marzago & West, 2020; Mohrbacher, N. 2020

EXTRAÇÃO Pré-Natal

EXTRAÇÃO PRÉ NATAL

Extração manual de colostro durante a gravidez, habitualmente com início na 32ª/36ª semanas de gestação

Risco de parto pré termo...?

VANTAGENS

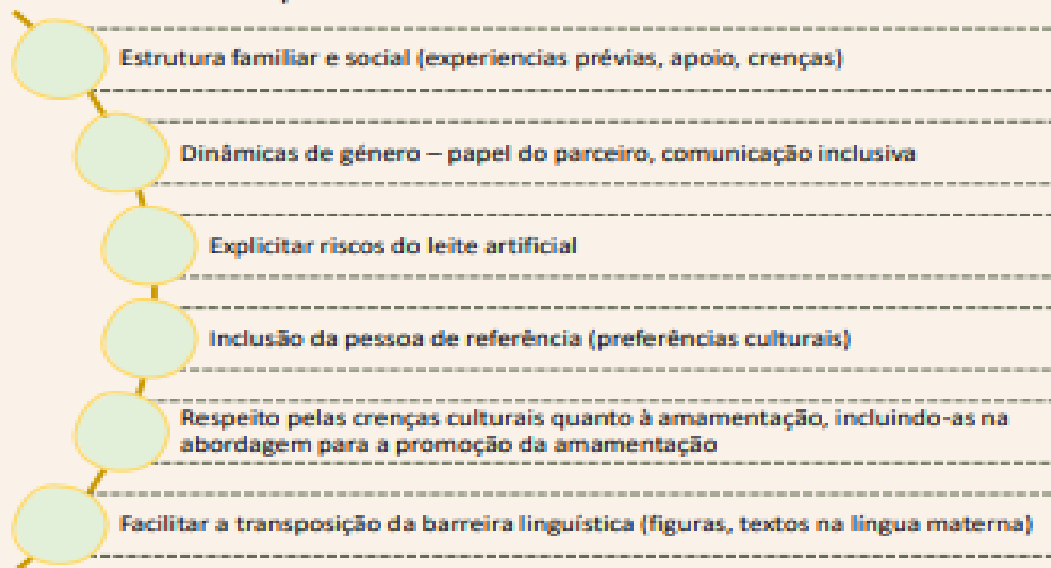
- Aumento da confiança materna na produção de leite;
- Treino para a extração manual no pós-parto;
- Redução da suplementação com leite artificial;
- Melhoria da estabilização metabólica do RN;
- Favorecimento da diferenciação secretória, com potencial para aumentar a capacidade de produção da mama;
- Aumento da taxa de amamentação exclusiva aos 6 meses.

INTERVENÇÃO

- Avaliação individual;
- Demonstração da técnica, se aplicável;
- Ensino sobre conservação/transporte;
- Encaminhamento para apoio comunitário/especializado.

Foulds-Hey et al, 2021; Demerutis et al, 2022

INCLUSÃO ÉTNICA *e cultural*



A GRAVÍDEZ DE RISCO REPRESENTA UM DESVIO À FISIOLOGIA FÍSICA E EMOCIONAL DA VIVÊNCIA DA GRAVÍDEZ.

A IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS DE SUPORTE, PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO DURANTE A VIGILÂNCIA DA GRAVÍDEZ DE RISCO PERMITE PROPORCIONAR A ESPERANÇA NUMA TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE SAUDÁVEL, E POTENCIAR OS MELHORES RESULTADOS MATERNS E NEONATAIS APÓS O NASCIMENTO.

SOMOS MAMÍFEROS, E OS BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO A CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZO ESTÃO DOCUMENTADOS. AMAMENTAR CONSIDERA-SE A NORMA BIOLÓGICA, E FAZ-SE NECESSÁRIO O APOIO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA PARA A PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO, NEM *CONTINUUM* DOS CUIDADOS SEGUROS E DE QUALIDADE PRESTADOS DURANTE A GRAVÍDEZ E O PARTO.

OBRIGADA

REFERÊNCIAS *Bibliográficas*

- Albrat, A., Fairbrother, R., Smith, A. P., Skoll, A., & Albert, A. Y. K. (2019). Anxiety among women experiencing medically complicated pregnancy: A systematic review and meta-analysis. In *Birth* (Vol. 47, Issue 1, pp. 13–20). Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1111/birt.12443>
- Carvalho, M., & Gomes, C. (2021). Amamentação - base científica (4ª Edição). Guanabara Koogan Ltda.
- Demirci, I. R., Glasner, M., Bogen, D. L., Serelka, S. M., Ren, D., Ray, K., Bodnar, L. M., O'Sullivan, T. A., & Himes, K. (2023). Effect of antenatal milk expression education on lactation outcomes in birthing people with pre-pregnancy body mass index ≥25: protocol for a randomized, controlled trial. *International Breastfeeding Journal*, 18(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13006-023-00553-5>
- Foudil-Gey, I., Murphy, M. S. Q., Dunn, S., Keely, E. J., & El-Chaïr, D. (2021). Evaluating antenatal breastmilk expression outcomes: a scoping review. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00271-7>
- Karakoyunk, Ö., Ejder Apey, S., & Günel, A. (2019). The effect of pain, stress, and cortisol during labor on breastfeeding success. *Developmental Psychobiology*, 61(7), 979–987. <https://doi.org/10.1002/dev.21872>
- Marras, L., & West, D. (2020). *Making more milk - the breastfeeding guide to increasing milk production* (2nd Edition). Mc Graw Hill.
- Mohrbacher, N. (2020). *Breastfeeding Answers: A Guide for Helping Families* (N. Mohrbacher, Ed.; 3ª edition). Nancy Mohrbacher Solutions, Inc.
- Pincho, C. (2018). Amamentar: o escalão natural para o seu bebé (1ª edição). Livros Horizonte, Lda.
- Rosen-Carole, C., & Hartman, S. (2015). ABM clinical protocol #19: breastfeeding promotion in the prenatal setting, revision 2015. *Breastfeeding Medicine*, 10(10), 451–457. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.29016.res>

APÊNDICE XI – POSTER “PROMOÇÃO DO INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO: UM CUIDADO
DO ENFERMEIRO OBSTETETRA



O CUIDADO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA PROMOÇÃO DO INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO: *Uma Scoping Review*

BENTO, M. (ESTUDANTE DO 9.º SEMESTRO DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM)
PALMA, S. (PROFESSORA ADJUNTA, EN, MSc NA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM)
2024

A forma como decorre o parto tem profundas implicações no estabelecimento do início precoce da amamentação. Amamentar o recém-nascido durante a primeira hora de vida dá-lhe a melhor hipótese de sobreviver, crescer e desenvolver todo o seu potencial. Promover a fisiologia do parto e cuidados respeitosos após o nascimento são práticas facilitadoras do início precoce da amamentação, aumentando a sua probabilidade de sucesso e a qualidade dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Palavras Chave

Início Precoce da Amamentação;
Contacto Pele-a-Pele;
Primeira Hora de Vida.

Objetivo

Mapear a evidência científica acerca das intervenções do Enfermeiro Obstetra, promotoras do início precoce da amamentação, durante o contacto pele-a-pele após o parto.

Scoping Review segundo o referencial *The Joanna Briggs Institute for Scoping Review*.

Questão de revisão - “quais as intervenções do Enfermeiro Obstetra, realizadas durante o contacto pele-a-pele, promotoras do início precoce da amamentação”;

Expressão de pesquisa - “*Obstetric nursing AND (Kangaroo mother care method OR Skin to skin contact) AND (Breast feeding OR Early initiation of breastfeeding) AND Delivery rooms*”.

Materiais e Métodos

Critérios de inclusão, de acordo com o método PCC - (participantes) Enfermeiros Obstetras; (contexto) bloco de partos; (conceitos) início precoce da amamentação, contacto pele-a-pele e primeira hora de vida. Excluíram-se estudos relativos a recém-nascidos com idade gestacional inferior a 34 semanas. Consideraram-se todos os desenhos de estudo, sem limite temporal, disponíveis em texto integral, em idioma português, inglês e espanhol, constantes nas plataformas *PubMed* e *EbscoHost*, nas bases de dados *MEDLINE Complete*, *CINAHL Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* e *MediLatina*.

Dos 142 artigos resultantes, rejeitaram-se 125, de acordo com os critérios definidos. Dos 17 artigos lidos integralmente, 6 integraram o estudo.

Resultados e Discussão

Consideram-se intervenções interligadas e que devem ocorrer em simultâneo, para otimização dos seus benefícios.

Partos instrumentados ou por cesariana: preditores negativos do início precoce da amamentação - afastamento mãe/recém-nascido, menor oportunidade de realização do contacto pele-a-pele, oferta de leite artificial precocemente, maior nível de stress e de dor pós cirúrgica, e falta de apoio dos profissionais.

Contacto pele-a-pele

Via do parto

Práticas respeitosas e promotoras da fisiologia

Manutenção da privacidade, permanência de pessoa significativa e realização do exame físico do recém-nascido durante o contacto pele-a-pele - promovem o início precoce da amamentação.

6 artigos
QLT =2
QiT =4

2009 -
2023

200 - 6616
participantes

Inter
continentais

INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO

“Hands-off”
vs
“Hands-on”

A prática “hands-off”: mais comum, apoio e encorajamento da puérpera, observação dos reflexos do recém-nascido e início espontâneo da amamentação; prática “hands-on”: focada na concretização da pega, com intervenções pouco claras e sem descrição efetiva dos procedimentos realizados.

Facilitadora da fisiologia e promotora do início precoce da amamentação, através do aconselhamento, do apoio no posicionamento e da promoção do alcance espontâneo da mama pelo recém-nascido.

Assistência por Enfermeiro Obstetra

Conclusão

Reforça-se a necessidade de desenvolver estudos em Portugal que monitorizem os resultados da prática e elenquem intervenções concretas, assim como de investir na sensibilização e formação dos Enfermeiros Obstetras para a promoção do início precoce da amamentação, enquanto escopo da sua atuação e de acordo com o preconizado pelos documentos orientadores da prática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bellevi, M., Chaitanya, R., Boudry, Z., Mubarezi, N., & Uthman, A. (2020). Promoting and support with breastfeeding within the baby-friendly hospital initiative programme in Rwanda. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 11(6), 180-187. <https://doi.org/10.15412/CJNM.2020.110601>
- Campo, P. M., Gervasio, H. G., Irujo, J. E. R., & Morais, R. A. (2020). Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 43(Spe). <https://doi.org/10.1890/1980-1417.2020.2000044>
- Gupta, M., & Dasgupta, G. L. (2020). Predictors of early initiation of breastfeeding in India: A population-based cross-sectional survey. *PLoS ONE*, 15(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239146>
- Karim, F., Munir, Billa, S. E., Chowdhury, M. A. R., Zaki, N., Mann, A., Arif, S. H., & Khan, A. N. S. (2020). Initiation of breastfeeding within one hour of birth and its determinants among normal vaginal deliveries in primary and secondary health facilities in Bangladesh: A case-control study. *PLoS ONE*, 15(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239146>
- Leonard, R. A., Morones, R., Gervasio, H., Torres, G., & Ochoa, S. (2020). Timely initiation of breastfeeding among women who gave birth by cesarean section in central Ethiopia: 2020. A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 15(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239146>

ANEXOS

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E COMISSÃO DE ÉTICA

Hospital Garcia de Orta EPE
Centro de Investigação Hospital Garcia de Orta

Título: Projeto intitulado "Promoção do início precoce da amamentação durante o contacto pele-a-pele".

Investigador Principal: Enfª Marita Carla Correia Bento

A **Comissão de Ética** para a Saúde do Hospital Garcia de Orta informa que o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por unanimidade ☒ maioria ☐ em reunião do dia 05/02/2024.

Estiveram presentes:

☒ Nome: Dra Natália Dias (Presidente)

☒ 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: Dr. Miguel Rodrigues

☒ Nome: Enfª 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.


Dra. Natália Dias
Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 28/02/2024.


Dra. Paula Breia
Presidente do Centro Garcia de Orta

Almada, 29 / 02 / 2024

ANEXO 2 – SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion	25
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:	144
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	59
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	0
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	0
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	15
• Episiotomia/Episiotomy	1
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorraphy	41
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	
• Gravidez/Pregnancy (40)	68
• Trabalho de parto/Labor	30
• Puerpério/Puerperium	25
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	126
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	130
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	22
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology	32
Prática simulada/Simulated practice:	
• Prática de manobras de Leopold/Leopold's maneuver practice	x
• Prática de partos eutócicos/Practice of eutocic births	2
• Prática de partos pélvicos/ Practice of breech births	1
• Prática de distocias de ombros/Shoulder dystocia practice	1
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy	x

Santarém, 11 julho 2024

Estudante/Student Martim Augusto

Professor/Teacher Sora Elisabete Cavaco Palma

Assinado por: Maria da Conceição Fernandes
Santiago
Num. de identificação: 08560601

Coordenador do curso/The course coordinator _____

ANEXO 3 – ATRIBUIÇÃO DO TERCEIRO PRÉMIO NO ENCONTRO EEESMO USLAS “NOVA REALIDADE, AGIR EM EQUIPA”

Encontro dos Enfermeiros
Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica

"Nova Realidade, AGIR em Equipa"

TERCEIRO PRÉMIO

Atribui-se Terceiro Prémio ao Poster intitulado

"O cuidado do enfermeiro obstetra na promoção do início precoce da amamentação: uma scoping review";

Elaborado por **Marita Bento e Sara Palma**

Apresentado no Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica
"Nova Realidade, AGIR em Equipa"

Almada, 08 de julho de 2024

Presidente Centro Garcia de Orta



Pedro Lopes

Presidente do Centro Garcia de Orta
ULS ALMADA - SEIXAL

