



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**MESTRADO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Relatório Final de Estágio

**O contacto precoce pele a pele e a amamentação:
Perspetiva das mães**

Diana Lopes Silva

Coimbra, Novembro de 2022



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Relatório Final de Estágio

O contacto precoce pele a pele e a amamentação: Perspetiva das mães

Diana Lopes Silva

Orientadora: Professora Doutora Júlia Carvalho, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Mestre Cláudia Patrícia da Costa Brás, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório final de estágio, apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Coimbra, Novembro de 2022

“Nenhum sonho é grande demais que não possa ser realizado!”
(Uytan Ramos)

AGRADECIMENTOS

Às Professoras e Orientadoras Júlia Carvalho e Cláudia Brás pela disponibilidade, paciência e incentivo ao longo deste trabalho.

A todas as Professoras do Mestrado da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra por todos os conhecimentos que transmitiram, pela disponibilidade e pelo incentivo em continuar.

A todos os meus enfermeiros tutores, dos diferentes campos de estágio, por toda a partilha de conhecimentos, pela confiança que sempre depositaram em mim e por me ensinarem a ser uma melhor profissional.

A todas as colegas do mestrado, pela amizade, pelo carinho e pela ajuda nestes anos, em especial à Catarina que foi um apoio fundamental em todo este percurso, por toda a força que me deu e por me mostrar que juntas íamos conseguir.

Às mães que participaram neste estudo, por me dedicarem um bocadinho do seu tempo.

A todas as mães e bebés que se cruzaram neste meu percurso, que me ajudaram a atingir os meus objetivos pessoais e profissionais.

Aos meus amigos, pelo carinho, pela amizade, pela paciência e por todas as vezes que me “puxaram” para cima.

À minha irmã de coração, D., por ter sempre as palavras certas, por nunca me deixar cair nos momentos mais difíceis e por estar lá para mim incondicionalmente.

A um dos meus portos seguros, M.F., por toda a compreensão dos meus momentos de ausência, por ter acreditado em mim e nunca me ter deixado desistir.

Por último (mas sempre os primeiros), à minha família, pais, avós, madrinhas, padrinhos e primos, por todo o amor que nutrem por mim, pela força que me deram e que não me deixou desistir e por compreenderem os meus tempos de ausência e de reflexão.

Foi uma caminhada difícil, mas a ajuda de cada um, fez-me acreditar que ia ser possível.

Muito obrigada a todos.

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

DGS – Direção Geral da Saúde

EE ESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

IST's - Infecções Sexualmente Transmissíveis

MMF – Medicina Materno Fetal

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAM- Registo de Aleitamento Materno

RCT's – Registos Cardiotocográficos

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP-ESMOG – Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

UICISA – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

RESUMO

Introdução: A Ordem dos Enfermeiros e a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras recomendam que o contacto precoce pele a pele seja facilitado imediatamente após o parto, permitindo fortalecer o vínculo afetivo e facilitar a amamentação na primeira meia hora de vida. O contacto precoce pele-a-pele tem um papel importante no estabelecimento da amamentação, que segundo as orientações da Organização Mundial da Saúde deve ser exclusiva até aos seis meses de idade. Assim, na primeira parte do presente relatório será efetuada uma reflexão sobre as aprendizagens efetuadas em contexto de estágio e, na segunda parte será descrita a componente investigativa deste percurso formativo.

Objetivos: Refletir sobre as competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica adquiridas ao longo da componente de estágio. Na componente investigativa: Conhecer o impacto do contacto precoce pele a pele no processo de amamentação: perspetiva das mães.

Metodologia: Trata-se de um estudo de nível I quantitativo do tipo exploratório-descritivo, onde foi analisada uma amostra de 109 mulheres com filhos com idade igual ou inferior a 24 meses. Após o parecer favorável da Comissão de Ética, os dados foram recolhidos através do preenchimento de um questionário *online*, no período entre Abril e Junho de 2021. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS v.24.

Resultados: Das 109 mulheres verificou-se que o contacto pele-a-pele ocorreu 57,8% da amostra. Da totalidade de mães que amamentaram, 46,1% fizeram-no em exclusivo até aos 6 meses e destas, 67,7% realizaram contacto precoce pele a pele. Das mães que prolongaram a amamentação após os 6 meses, 59% tinham realizado contacto pele a pele após o parto. Da análise dos resultados emergiram três temas que definiam a importância do contacto precoce pele a pele e a sua correlação com o processo de amamentação: “Intenção prévia em amamentar”; “Fator facilitador na amamentação” e “Promotor de Vinculação”.

Conclusão: Na componente de estágio faz-se um balanço positivo de todas as aprendizagens. Na componente investigativa conclui-se que o contacto precoce pele-a-pele tem influência no início da amamentação assim como na duração da mesma. Os

profissionais de saúde assumem um papel importante na realização deste contacto, estimulando e facilitando esta prática, que traz inúmeros benefícios.

Descritores: Contacto pele a pele; Aleitamento materno; Recém-nascido; Mães

ABSTRACT

Introduction: The Order of Nurses and the *Portuguese Association of Obstetric Nurses* recommend that early skin-to-skin contact be facilitated immediately after childbirth, allowing the emotional bond to be strengthened and facilitate breastfeeding in the first half hour of life. Early skin-to-skin contact plays an important role in establishing breastfeeding which according to the guidelines of the World Health Organization should be exclusive up to six months of age. Thus, in the first part of this report, a reflection will be made on the learning carried out in the context of an internship and, in turn, in the second part, the investigative component of this formative path will be described.

Purpose: Reflect on the skills of the nurse specialist in maternal and obstetric health acquired during the internship component In the investigative component: to know the impact of early skin-to-skin contact on the breastfeeding process: mothers perspective.

Methodology: It is an exploratory-descriptive level 1 quantitative study where a sample of 109 women with children aged 24 months or less was analyzed. After a favorable opinion from the Ethics Committee, data were collected by completing an online questionnaire in the period between April and June 2021. Statistical analysis was performed using the SPSS v.24 program.

Results: Of the 109 women, skin-to-skin contact occurred in 57.8% of the sample. Of all mothers who breastfeed, 46.1% did so exclusively until 6 months and of these 67.7% had early skin-to-skin contact. Of the mothers who continued breastfeeding after 6 months, 59% had skin-to-skin contact after childbirth. From the analysis of the results, three themes emerged that defined the importance of early skin to skin contact and its correlation with the breastfeeding process: “Prior intention to breastfeed”; “Facilitating factor in breastfeeding” and “Bonding promoter”.

Conclusion: In the internship component, a positive balance of all learning is made. In the investigative component, it is concluded that early skin-to-skin contact influences the initiation of breastfeeding as well as its duration. Health professionals play an

important role in carrying out this contact, stimulating and facilitating this practice, which brings countless benefits.

Keywords: Skin to skin contact; Breastfeeding; Newborn; Mother

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Temas e descrição de experiências	68
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da idade das participantes (em anos)	59
Tabela 2 – Distribuição dos dados sociodemográficos das mães	60
Tabela 3 – Distribuição dos dados obstétricos das mães	61
Tabela 4 – Tempo de aleitamento materno exclusivo.....	64
Tabela 5 – Aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses e realização de contacto precoce pele a pele	66
Tabela 6 – Mulheres que prolongaram a amamentação após os 6 meses e experiência de contacto pele a pele	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação da experiência das mães na frequência de preparação para o parto.....	62
Figura 2 – Abordagem do tema “Contacto pele a pele” no programa de preparação para o parto.....	62
Figura 3 – Experiência de amamentação	63
Figura 4 – Tempo de amamentação exclusiva em mulheres com filhos com idade igual ou superior a 6 meses	64
Figura 5 – Experiência de contacto pele a pele.....	65
Figura 6 – Vivência de experiências de contacto pele a pele e/ou amamentação	66

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO.....	25
1. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	29
PARTE II – COMPONENTE INVESTIGATIVA: O CONTACTO PELE A PELE E A AMAMENTAÇÃO: PERSPETIVA DAS MÃES.....	45
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	45
1.1 CONTACTO PRECOCE PELE A PELE.....	45
1.2 AMAMENTAÇÃO	48
1.3 INFLUÊNCIA DO CONTACTO PRECOCE PELE A PELE NA AMAMENTAÇÃO	51
2. METODOLOGIA.....	55
2.1 TIPO DE ESTUDO	55
2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	56
2.3 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	56
2.4 TRATAMENTO DE DADOS	57
2.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	57
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	59
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	59
3.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS	61
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	71
CONCLUSÃO	79
BIBLIOGRAFIA.....	81

APÊNDICES

APÊNDICE I - “Afetos e Sexualidade – As vossas questões!”

APÊNDICE II - Guião de aula prática de preparação para o parto

APÊNDICE III - “Higiene Íntima e Sexualidade Responsável”

APÊNDICE IV - Projeto alargado para a comissão de ética da UICISA

ANEXOS

ANEXO I – Parecer favorável da comissão de Ética da UICISA ao projeto alargado

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na sequência do Plano Curricular do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica foi proposta a realização de um relatório de estágio, com o objetivo de obtenção do grau de Mestre, sob orientação da Professora Doutora Júlia Carvalho e Coorientação da Professora Cláudia Brás.

O presente relatório encontra-se estruturado em duas partes: Parte I – Componente de Estágio: Aquisição e Desenvolvimento de Competências do/a Enfermeiro/a Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e parte II – Componente Investigativa – o contacto pele a pele e a amamentação.

A componente de estágio é referente aos estágios desenvolvidos na comunidade e na maternidade, com o objetivo de descrever as competências desenvolvidas nestes contextos, com base no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Relativamente à componente investigativa, a área temática selecionada para este relatório é “O Contacto precoce pele a pele e a amamentação: Perspetiva das mães”, cujo objetivo é conhecer o impacto do contacto precoce pele a pele no processo de amamentação.

É evidente a importância da promoção e implementação do contacto precoce pele a pele. Ventura como referido por Almeida e Filho (2004), refere-se à prática precoce do contacto pele a pele como recomendável para a promoção do aleitamento materno, alicerçando-se no conhecimento de que os laços afetivos são mais fortes nas primeiras duas horas de vida, e que este vínculo é de máxima importância para o início e manutenção do aleitamento materno exclusivo.

Sendo esta uma temática atual, é importante compreender qual a perspetiva das mães acerca destas práticas, qual a experiência que tiveram e quais as consequências da prática/início precoce numa manutenção a longo prazo da amamentação.

A escolha deste tema reflete um interesse pessoal nestas práticas implementadas na fase de puerpério imediato, uma área que sempre me fascinou. O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE ESMO) na promoção do contacto precoce pele a pele e na amamentação na primeira hora de vida é essencial, pois este possui competências específicas que lhe permite colocá-las em prática de forma autónoma se não houver contraindicação para tal. O EE ESMO é um fator facilitador para a implementação destas práticas na maternidade, e deve auxiliar as mães na realização das mesmas, contribuindo para o bem-estar da díade num momento tão importante como o nascimento.

Como refere Santos (2011), para incentivar este contacto, tornando-o uma prática comum, é necessário formar os profissionais de saúde que trabalham na área, elucidando-os sobre os seus benefícios e criando condições ambientais favoráveis à sua realização.

A elaboração deste relatório tem em conta o Guia de Elaboração de trabalhos Escritos e as Normas de Elaboração e Apresentação da Dissertação/Trabalho de Projeto/Relatório Final de Estágio da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, segundo as Normas da *American Psychological Association* (APA) 7º Ed.

Como já referido acima este relatório estrutura-se em duas partes: Componente de estágio e componente investigativa. Na primeira são abordados os diferentes campos de estágio, analisadas as atividades desenvolvidas e é feita uma reflexão acerca da aquisição e desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica bem como das competências comuns do enfermeiro especialista. Na componente investigativa é dada resposta à questão de investigação: “Qual o impacto do contacto precoce pele a pele no processo de amamentação?”, através de um estudo de nível I quantitativo do tipo exploratório-descritivo, com análise de dados e discussão dos resultados obtidos.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Segundo a Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (UCP – ESMOG) (2019) é preconizado que o estágio “... seja desenvolvido numa perspectiva de autoaprendizagem, de orientação pessoal, tornando o formando autor e sujeito da sua formação, de modo a desenvolver uma atitude predisposta à ação, reflexiva e crítica...” (p. 24).

Para a aquisição de competências no sentido de obter o título de enfermeiro especialista, o estudante deve fazer um trabalho de análise e autoreflexão, indispensável na melhoria da prática e na tomada de decisões em contexto clínico.

Desta forma, deve aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem nas diferentes áreas de atuação, permitindo assim o desenvolvimento das competências gerais e específicas no âmbito da formação especializada e ser o principal responsável no seu processo de formação, estando em constante atualização, de acordo com a evidência científica mais atual.

De acordo com o regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista são a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

No que se refere às competências específicas, segundo o regulamento nº391/2019 da OE, as competências do EE ESMO são: cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré concecional, período pré natal, durante o trabalho de parto e pós parto, no período do climatério e a mulher que se encontra a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, assim como o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

O desenvolvimento de competências comuns foi transversal a todos os blocos de estágio. Relativamente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) foram realizadas diferentes atividades com

diferentes grupos-alvo e aprofundadas técnicas científicas, de maneira a desenvolver com sucesso as competências específicas mencionadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Segundo a UCP – ESMOG (2019) de acordo com a Lei nº9/2009, preconiza-se que no final dos estágios sejam atingidas as experiências mínimas exigidas pela Ordem dos Enfermeiros, para a aquisição do título de especialista, nomeadamente:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos, quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;
- Participação ativa em partos de apresentação pélvica – Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura – A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos – A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia.

A componente de estágio foi constituída por dois blocos de estágio: comunidade e maternidade. O estágio na comunidade foi realizado no Centro de Saúde Fernão de Magalhães, nomeadamente na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e nas consultas externas da Maternidade Bissaya Barreto. O estágio na maternidade englobou

o estágio da sala de partos, no Centro Hospitalar de Tondela - Viseu e o estágio de Medicina Materno-Fetal (MMF) da Maternidade Daniel de Matos.

No estágio desenvolvido na comunidade foram realizados programas de educação para a saúde a jovens e mulheres adultas, realizadas consultas no âmbito do planeamento familiar e a mulheres na fase de climatério, consultas de vigilância da gravidez, acompanhando grávidas em diferentes fases da gravidez, realizadas programas de preparação para o parto e participação nos programas Recuperação Pós Parto e no Apoio ao Aleitamento Materno.

No estágio na maternidade foram acompanhadas grávidas de risco e em situações de abortamento, grávidas em fase latente do trabalho de parto e em situação de indução serviço de MMF e parturientes na sala de partos. O cuidado na área pós-natal foi desenvolvido maioritariamente na sala de partos com puérperas e recém-nascidos na fase de puerpério imediato.

A temática do presente relatório foi uma escolha de interesse pessoal particularmente na área do recém-nascido, inicialmente pelo contacto no estágio na comunidade nomeadamente no centro de saúde, integrando a temática da amamentação nos projetos da enfermeira tutora, nomeadamente nos programas de preparação para o parto e recuperação pós parto, e no Apoio ao aleitamento materno. Posteriormente no estágio da sala de partos, houve particular interesse em aprofundar a temática do contacto precoce pele a pele e da amamentação na primeira hora de vida, pois eram práticas que felizmente eram defendidas e acarinhadas pela equipa, e que foram possíveis de colocar em prática de forma autónoma sempre que o casal manifestava esse desejo.

A realização de estágio nas diferentes vertentes da comunidade permitiu desenvolver de forma distinta e aprofundada as diferentes competências específicas que permitem construir a identidade profissional como especialista. Cada estágio é rico em diferentes oportunidades de aprendizagem e as competências são desenvolvidas de forma distinta em cada um deles, sendo todos essenciais para complementar o nosso percurso.

1. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Segundo a Unidade Científico Pedagógica de ESMO (2019), este curso de mestrado tem como objetivo “preparar enfermeiros/as especializados nesta área, com conhecimentos, capacidades e habilidades no domínio pessoal, ético, humano, técnico e científico, capazes de dar resposta às necessidades das populações, aos vários níveis de intervenção (...)” (p. 3).

Relativamente ao desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, foi adotada uma prática de cuidados tendo por base o código deontológico, seguindo os deveres e princípios que regem a profissão, garantindo que os direitos de cada mulher/casal eram salvaguardados, bem como os valores e a dignidade de cada um. Foram tidos em conta o dever de respeito pela intimidade, o dever de informar e o dever de humanização de cuidados, cuidando a pessoa inserida numa família e comunidade.

A nível da gestão de cuidados foram prestados cuidados articulados com toda a equipa, colaborando na decisão terapêutica, foi garantida a continuidade de cuidados individualizados, realizando sempre os registos de enfermagem adequados e pertinentes nos suportes informáticos necessários e no boletim de saúde da grávida. Relativamente à melhoria contínua, foi promovido um ambiente terapêutico seguro, respeitando a família e as suas vontades, envolvendo-a no processo de cuidados, nomeadamente o pai/pessoa de referência. Também a mobilização de conhecimentos é essencial para uma prestação de serviços de qualidade e fundamentados na mais recente evidência científica. Foi prestada colaboração em vários projetos e protocolos institucionais, quer no centro de saúde quer na sala de partos como por exemplo a participação nos programas de preparação para o parto e recuperação pós parto e na Iniciativa do Hospital Amigo dos bebés.

Também o desenvolvimento de aprendizagens constitui um domínio de grande importância nas competências comuns, pelo que foi desenvolvido o autoconhecimento, capacidade de adaptação a diferentes contextos e pessoas, nomeadamente aos diferentes blocos de estágio, bem como a gestão de emoções perante situações novas, que nem

sempre é fácil pois a obstetrícia é um mundo sensível. Durante todos estágios, a prática clínica foi sustentada em evidência científica atual, através da realização de pesquisas, partilha de conhecimentos e experiências com os orientadores, fomentando a reflexão sobre as práticas, identificando lacunas de conhecimento e favorecendo o desenvolvimento de um pensamento crítico.

No que se refere ao desenvolvimento das competências específicas, particularmente na competência cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planejamento familiar e durante o período pré-concepcional, foi possível realizar consultas de planejamento familiar, observação da realização de rastreios, nomeadamente citologia cervico-vaginal e realização de ensinios sobre contraceção, bem como fornecimento de métodos contraceptivos. No centro de saúde foram realizadas consultas de pré-concepcional e pelo que foi possível perceber, são consultas ainda um pouco desvalorizadas pela população apesar da sua importância para uma gravidez saudável. A maioria das mulheres não compreende a importância da preparação da gravidez e consideram que a sua vigilância, pós conceção, é o suficiente. O planejamento da gravidez permite que esta decorra de forma saudável, atuando de forma preventiva e envolvendo o casal na tomada de decisões e na consciencialização da gravidez, tornando-os mais seguros e confiantes na sua escolha. Esta consulta permite identificar fatores de risco ou patologias que podem afetar a mulher ou o desenvolvimento saudável do feto, pelo que a mulher deve ter conhecimento da mesma quando entra na idade fértil, para que no futuro esta se torne uma opção tão normal como a ida à consulta de vigilância da gravidez.

Esta competência foi também desenvolvida através da realização de programas de prevenção e intervenção na área da educação sexual com adolescentes, integrando uma sessão de saúde escolar intitulada por “Afetos e Sexualidade” a duas turmas do 5ºano com base no projeto “Amigos amigos, pressões à parte”, e no seguimento desta sessão foi realizada uma sessão de saúde escolar para duas turmas de 4ºano sobre “Afetos e Sexualidade – As vossas questões!” (Apêndice I). Os alunos escreveram perguntas anónimas sobre diferentes temas, sendo que o objetivo era dar resposta a todas as dúvidas e promover uma vivência segura e positiva da sexualidade desde a infância. Foram abordados temas como a alterações corporais da puberdade, vivências de afetos, diferentes formas de viver a sexualidade, violência doméstica, abusos sexuais e situações de rapto. Estes programas são de extrema importância pois é nos mais jovens

que deve ser incutida a mudança de comportamentos, pois estes têm uma mente mais aberta e são mais receptivos á mudança.

O período pré natal é uma fase de extrema importância na vigilância do bem-estar materno e fetal, permitindo detetar precocemente complicações e implementar intervenções que ajudem no seu tratamento. Tal como é referido por Nené, Marques e Baptista (2016), “ A gravidez corresponde ao ciclo de vida em que o maior número de intervenções preventivas se mostrou efetivo, sendo que a relevância destas medidas preventivas consiste em identificar o risco associado, aplicando o tipo de vigilância apropriado (...)” (p. 147).

No estágio foram realizadas consultas de vigilância da gravidez, de baixo risco e de risco, e efetuada vigilância pré-natal em grávidas em internadas no serviço de Medicina Materno Fetal. Nestas consultas foram avaliadas grávidas em diferentes fases da gravidez, e de risco, com diferentes patologias, nomeadamente diabetes gestacional, doenças hipertensivas, ameaças de parto pré-termo, trombocitopenia e restrição do crescimento intrauterino.

Foram implementadas intervenções á mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, nomeadamente atuação nos casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, com vigilância da grávida, tratamento da hipertensão, e profilaxia das convulsões, conforme preconizado. Relativamente a casos de Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT), eram seguidos os protocolos institucionais com base na administração de terapêutica tocolítica, indução da maturação pulmonar fetal, profilaxia com sulfato de magnésio para neuroprotecção fetal e profilaxia da infeção por *Streptococcus β* (Nené, Marques e Baptista, 2016).

Durante o período pré natal a avaliação do bem-estar materno-fetal é crucial, sendo o Registo CardioTocográfico (RCT) um dos exames mais utilizados para avaliação da vitalidade fetal. Segundo Sequeira, Pousa e Amaral (2020), “Trata-se de um método biofísico que consiste no registo gráfico da frequência cardíaca fetal, das contrações uterinas e dos movimentos fetais...” (p.44).

Nas consultas externas este exame era realizado a todas as grávidas após as 37 semanas e simultaneamente a ele, as manobras de Leopold para verificação da posição fetal e determinação do foco máximo.

Durante o pré-natal, além da vigilância da gravidez em consulta, é também importante a participação em programas de preparação para o parto que facilitam os processos de transição e adaptação à parentalidade.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012), “As recomendações para a preparação para o nascimento, visam a criação pelo enfermeiro(a) especialista em saúde materna e obstétrica, de um modelo assistencial centrado na mulher/casal (...)” (p.1).

Foram realizados programas de preparação para o parto e nascimento aos casais grávidos (sessões práticas e sessões teóricas) no sentido de permitir uma parentalidade responsável, onde os casais expunham as suas dúvidas, num diálogo coletivo, que os levava a compreender que não estavam sozinhos naqueles sentimentos de medo e ansiedade com o desconhecido. Estes conhecimentos ali adquiridos eram essenciais para que o casal se sentisse mais confiante e capacitado na altura do parto. Tal como refere Nené, Marques e Batista (2016), “Os cursos de preparação para o nascimento e parentalidade parecem assumir grande importância na experiência de parto e pós-parto e no processo de construção da parentalidade dos futuros pais” (p. 153).

Nos programas de preparação para o parto realizados no centro de saúde foi construído um guião com uma sessão prática de exercícios (Apêndice II) e foi realizada uma sessão teórica com o tema “Prevenção de Acidentes e Segurança Infantil” para os casais.

Também durante a realização dos programas de preparação para o parto foram abordados os temas da amamentação e do contacto pele a pele, temáticas desta investigação, no sentido de transmitir conhecimentos aos casais para que na altura do parto pudessem tomar decisões informadas.

Os programas de preparação para o nascimento tornam-se fundamentais para que o casal esteja informado acerca da importância do contacto e vinculação precoces e da não separação mãe-bebé, bem como as recomendações da OMS/ *United Nations Children's Fund* (UNICEF) relativamente ao aleitamento materno (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

No seguimento desta investigação, foi também abordada a importância da realização do contacto precoce pele a pele para estabelecer o processo de amamentação, assim como as vantagens associadas a estes procedimentos.

No que se refere à prestação de cuidados à mulher em situação de abortamento, houve experiências neste âmbito no serviço de Medicina Materno Fetal, onde era monitorizado o processo de abortamento, identificando complicações, aliviando desconfortos e auxiliando no processo de luto.

No contexto de sala de partos, foi possível assistir a uma interrupção médica da gravidez após ausência de foco fetal, numa gravidez de 33 semanas, que constituiu um importante momento de reflexão sobre gestão de emoções. Uma situação de abortamento, incluindo as Interrupções médicas da Gravidez (IMG), exige, na minha opinião, um certo cuidado da parte do EE ESMO, pois a área de obstetrícia é muito vista como a parte bonita da vida, o nascimento, e não como a morte e o luto por um bebé que não sobreviveu.

Como referem Nené, Marques e Batista (2016), “... a perda gestacional ainda que precoce, é uma experiência profundamente pessoal e única, que afeta cada pessoa de forma diferente (...) exigindo um processo de luto que pode ser complexo” (p. 273).

E esta gestão de emoções é essencial, devemos também normalizar o processo de luto, para ajudar na partilha de sentimentos e na tomada de consciência da situação, de que aqueles sentimentos vivenciados são complexos e dolorosos, mas são normais e são valorizados pela equipa que os está a acompanhar. No meio de toda a situação, não se pode esquecer o pai, que apesar de não gerar o filho dentro de si, estabelece uma relação de vinculação e se vai sentindo um pouco no papel de pai responsável pelo que possa acontecer. Como referem Lowdermilk e Perry (2008), “... o principal foco de atenção durante o processo de perda seja a mãe; é esperado que o pai se constitua como o seu principal apoio, não sendo tido em atenção que ele também está enlutado.” (p. 983).

Apesar de ser muitas vezes visto como o apoio da mulher nesta fase, também o pai precisa de sentir que os seus sentimentos são valorizados e que não há problema em os manifestar, pelo contrário, o deve fazer. E enquanto EE ESMO temos um papel preponderante na desconstrução desta ideia antiga que quem perdeu o bebé foi a mulher, e não o casal.

No contexto de estágio em consultas externas, foi possível realizar seis consultas de Interrupções Voluntárias da Gravidez (IVG).

Neste tipo de consultas é necessário adotar uma atitude isenta de juízos de valor e promover decisões livres, mas responsáveis e conscientes. Nas consultas de IVG foi realizada sempre uma consulta prévia onde era dada à mulher toda a informação necessária acerca do procedimento, efeitos secundários/possíveis complicações e onde eram explicadas outras opções. Após esta consulta existe obrigatoriedade de um tempo de reflexão mínimo de três dias, com possibilidade acompanhamento psicológico, de modo a que a mulher tome a sua decisão de forma consciente e informada.

Nestas consultas de IVG realizadas na maternidade, foi possível ter a percepção de que a maioria ocorreu por não utilização de método contraceptivo ou por má utilização do mesmo, tendo resultado em gravidezes não planeadas/desejadas. Apesar de as mulheres serem encaminhadas para uma consulta de planeamento familiar após a realização da interrupção, a maioria das IVG's acompanhadas no estágio eram repetidas (por vezes várias vezes em poucos meses) e encaradas pelas mulheres como um método contraceptivo e não como uma opção de fim de linha, tomando esta decisão pouco consciente, talvez por falta de informação ou por neste momento se encontrar legalizada e ser de fácil acesso e confidencial.

É essencial perceber o que está a falhar e quais são as razões para a elevada procura deste tipo de consultas, para conseguirmos alterar esta realidade, pois face à disponibilidade gratuita de métodos contraceptivos/consultas de planeamento familiar e existência de programas de formação na área da saúde sexual, esta realidade não deveria ser atual. É necessário investir na formação de adolescentes e jovens adultos para que possam estar informados e cientes da responsabilidade desta decisão e das consequências que acarreta, quer físicas quer psicológicas.

Relativamente à competência específica cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, a realização das experiências mínimas em termos de realização de partos foi um motivo de grande ansiedade dado o curto espaço de tempo do estágio e tendo em conta todas as interrupções a que foi sujeito devido à pandemia vivida. Foi possível terminar os 40 partos, muito devido à ajuda e compreensão de toda a equipa de enfermagem e médica da sala de partos, bem como dos colegas de enfermagem e de medicina que da mesma forma precisavam de experiências para concluírem a sua formação.

Ao longo do estágio foram planeadas, implementadas e avaliadas intervenções a parturientes de baixo risco e de risco. Durante o primeiro estágio do trabalho de parto é essencial a vigilância do bem-estar fetal e materno de modo a que o mecanismo de trabalho de parto progrida da melhor forma possível, culminando com um nascimento o mais natural possível.

Foram várias as intervenções desenvolvidas, sendo que a colocação e interpretação de RCT's, embora pareça algo tão simples, é crucial, pois é pela avaliação de um RCT que também se identifica e monitoriza a saúde materno-fetal, permitindo a tomada de decisões.

Para avaliar a evolução do trabalho de parto, foram realizados alguns exames vaginais, procedimento muito mais desenvolvido na sala de partos, e uma vez que as avaliações são sempre em fases diferentes da maturação do colo, permite ter diferentes perceções dos tipos de colos.

O exame vaginal, permite avaliar a progressão do trabalho de parto (dilatação, apagamento do colo, situação, variedade e apresentação fetal que inicialmente foi um desafio perceber as fontanelas e distingui-las) e a integridade das membranas, no entanto apesar de ser um método importante na avaliação do trabalho de parto, é um exame gerador de stress e de desconforto pelo que deve apenas ser realizado em determinadas situações.

Segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para uma experiência de parto positiva, o exame vaginal "... em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação da evolução do trabalho de parto em mulheres de baixo risco. Prioridade deve ser dada para restringir a frequência e o número total de exames vaginais..." (OMS, 2018, p. 2).

Na sala de partos este exame era apenas realizado perante um motivo válido. Nunca foi realizado de forma rotineira, e seguindo sempre as recomendações acima citadas, ou perante alguma queixa da mulher ou alguma alteração no RCT.

A área da indução do trabalho de parto foi mais aprofundada na sala de partos, uma vez que em Coimbra a fase de indução é realizada ainda no internamento da MMF, e em Viseu todo esse processo decorre já na sala de partos. Houve perceção da rotinização da indução assim que sejam atingidas as 40/41 semanas de gestação. Nesta fase de pandemia, a falta dos programas de preparação para o parto fez-se sentir, pois as

grávidas não adotam tanto métodos naturais de indução como a deambulação (devido ao contexto de pandemia não podiam sair do quarto), os exercícios na bola de pilates e são sujeitas a vários dias de indução farmacológica, que muitas vezes culmina numa cesariana emergente.

A indução com ocitocina, foi um método bastante utilizado, já numa fase mais avançada do trabalho de parto, para aumentar a contratilidade uterina, permitir a dilatação completa e ajudar o bebé na progressão do canal de parto. Esta tem como principal desvantagem a necessidade monitorização contínua da contratilidade uterina (para avaliar risco de taquissistolia) e da frequência cardíaca fetal, o que limita a movimentação da grávida.

O trabalho de parto constitui um desafio físico e psicológico para a mulher, pois é uma experiência que envolve dor e segundo vários autores, é uma das dores mais intensas que o ser humano pode experienciar. Apesar da dor ser uma experiência subjetiva, esta é influenciada por vários fatores sejam eles psicológicos, ambientais ou físicos. Segundo Sequeira, Pousa e Amaral (2020), “Durante o trabalho de parto, são vários os fatores físicos que contribuem para a dor: contrações uterinas, dilatação do colo do útero, estiramento da vagina e do pavimento pélvico resultante da progressão da apresentação fetal “ (p. 84).

Na fase latente do trabalho de parto, a utilização de métodos que aliviem e permitam controlar a dor são cruciais para que a mulher seja um elemento ativo durante o seu trabalho de parto e consiga colaborar com a equipa. O EE ESMO tem aqui um papel de suporte, devendo ser dada prioridade às medidas não farmacológicas. Na sala de partos foi utilizada a bola de pilates, recorreu-se à hidroterapia com banho no chuveiro, e a alternância de posição foi também bastante utilizada principalmente numa fase mais avançada do trabalho de parto. A posição de cócoras e em quatro apoios foram as posições mais adotadas pelas mulheres a quem foram prestados cuidados e segundo as mesmas estas aliviam bastante as queixas algícas. Estas medidas são importantes para que a mulher possa estar colaborante e que seja um membro ativo neste processo de parto, permitem a liberdade de movimentos e simultaneamente ajudam na evolução natural do trabalho de parto.

De acordo com as orientações para os programas de preparação para o parto e parentalidade, devem ser abordadas as diferentes estratégias de alívio e controlo do

desconforto e da dor, assim como as estratégias promotoras de uma evolução natural do trabalho de parto (Direção Geral da Saúde, 2020).

Dado o contexto pandémico vivenciado na atualidade, os programas de preparação para o nascimento têm o número de vagas reduzido e são maioritariamente online, que em nada se assemelha a aulas presenciais e veio influenciar muito mais o trabalho de parto. Essa foi uma das lacunas observadas durante a realização do parto, pois são mulheres menos preparadas, mais ansiosas e na altura do parto é muito mais difícil que apreendam os conhecimentos, o que dificulta muito este processo.

No que se refere a medidas farmacológicas de alívio da dor era utilizada a administração de terapêutica analgésica por via endovenosa e realização de analgesia epidural pelo anestesista. Esta analgesia epidural era realizada apenas se solicitada pela mulher, e de acordo com a experiência vivenciada, mulheres que não o desejavam sempre foram respeitadas. Foi possível colaborar com a realização deste procedimento, sendo é importante realizar ensinamentos à grávida como alternância de decúbitos, sendo o papel do EE ESMO monitorizar a dor e restantes sinais vitais e estar alerta para risco de retenção urinária, realizando esvaziamento vesical se necessário, caso a grávida não apresente micção espontânea.

Todas estas decisões são efetuadas pelo casal, que deve estar informado de tudo, e podem constar no plano de nascimento, cuja elaboração é feita pela grávida/casal, tal como é referido nas orientações para os cursos de preparação para o parto e parentalidade emitidas pela Direção Geral de Saúde (DGS).

Segundo a DGS (2020), o plano de nascimento “ consiste num texto personalizado, elaborado voluntariamente pela grávida ou, sempre que possível, pelo casal, em que são expressas vontades e preferências relativamente ao tipo de envolvimento pessoal e à assistência clínica durante o trabalho de parto e nascimento” (p. 12).

É um valioso instrumento quer para a grávida/casal quer para o EE ESMO, principalmente se estes não se conhecerem previamente. Pela experiência deste estágio é algo ao qual os casais ainda recorrem com pouca frequência, houve contacto com apenas dois casais com plano de parto e foi possível refletir sobre a importância de mudar mentalidades, quer dos profissionais, quer dos casais, que em algumas situações ainda se sentem pouco à vontade para expressar as suas convicções e/ou os seus desejos.

Relativamente à realização do parto, era algo que inicialmente constituía um fator de alguma ansiedade por ser uma experiência completamente nova. Nos primeiros partos realizados o foco era apenas o momento do coroamento e da saída do recém-nascido, em como o segurar bem e ao mesmo tempo realizar corretamente a permeabilização da via aérea e a estimulação tátil, e tudo o resto dava a sensação de ser tudo difícil de realizar em simultâneo.

Sequeira, Pousa e Amaral (2020) referem que “ O EESMO deve encorajar a parturiente a ouvir o seu corpo enquanto executa os esforços expulsivos e ajudar a promover um ambiente calmo, sossegado e o foco da mulher no envolvimento ativo no nascimento” (p. 116). A realização dos partos ajudou a ter a perceção que uma das maiores características do EE ESMO é ser paciente e permitir que as coisas fluam, com calma, sempre que a mãe e o bebé se encontrem bem. Permitir que o corpo da mulher possa adaptar-se fisiologicamente, permitindo a passagem do feto e a colaboração da mulher neste processo que é algo único e pessoal, onde a mulher deve liderar.

Foram realizados um total de 44 partos de apresentação cefálica, com participação ativa em 40 partos e prestação de apoio/colaboração em quatro partos. Relativamente à participação em partos de apresentação pélvica, não foi possível no contexto da sala de partos, mas foi realizada no laboratório, através de simulação.

A OMS recomenda a adoção de medidas que promovam o parto normal, nomeadamente a possibilidade e liberdade de escolha pela mulher relativamente à posição a adotar durante o parto, nomeadamente posições não supinas. Houve oportunidade de realizar dois partos a grávidas múltiparas em decúbito lateral (por opção das mesmas), sem analgesia epidural e sem intervenções médicas, que decorreram de forma natural e são sem dúvida experiências muito bonitas! Foi possível constatar que a posição lateral foi facilitadora na progressão do bebé no canal de parto, tendo como auxílio a mobilização dos membros inferiores no sentido do abdómen, além de prevenir a síndrome de compressão da veia cava, permitindo a mobilização do sacro e consequentemente o aumento dos estreitos da bacia (Sequeira, Pousa e Amaral, 2020).

Ainda assim também houve partos com situações de emergência como uma distócia de ombros, que felizmente foi rapidamente percetível através do chamado “sinal de tartaruga”, ou seja, após a expulsão da cabeça fetal, esta volta a retrair contra o períneo, não ocorrendo a restituição. Como referem Sequeira, Pousa e Amaral (2020), “A

distócia de ombros, embora relativamente rara, é uma emergência obstétrica imprevisível que implica, para além de competências técnicas individuais, uma resposta de equipa imediata e efetiva“ (p. 177).

Felizmente esta emergência foi resolvida com a realização das manobras de McRoberts, Rubin I e II e com uma boa articulação entre todos os profissionais presentes, o que mostrou que a equipa estava preparada para este tipo de ocorrências.

Uma das boas práticas recomendadas pela OMS, adotada no local onde foi realizado o estágio de sala de partos, era a não execução da episiotomia de forma rotineira, o que pressupões que já se estão a mudar mentalidades. Apesar de ser usada de forma cautelosa, há casos em que para evitar danos de maior dimensão, esta tem de ser realizada, tal como referem Nené, Marques e Batista (2016), “... em partos vaginais distócicos, macrosomia fetal, cicatrizes prévias na área genital que possam resultar em lacerações graves na passagem do feto e sofrimento fetal agudo, de forma a diminuir o tempo da extensão” (p.318).

No decorrer do estágio de modo a diminuir a necessidade de episiotomia, foram desenvolvidas competências de proteção do períneo, tais como manipulação reduzida no segundo estágio do trabalho de parto e a realização da manobra de Ritgen modificada, exercendo uma pressão suave na cabeça fetal, prevenindo a sua expulsão rápida.

Estas técnicas são recomendadas pela OMS “...para reduzir o trauma perineal e facilitar o nascimento espontâneo (...) a proteção com as mãos provavelmente reduz lacerações de primeiro grau...” (2018, p. 5).

Ainda que a realização de episiotomias tenha sido verificada poucas vezes, em alguns partos vaginais sem episiotomia acabou por haver traumatismo. Ainda assim a dor e o trauma associados á realização de episotomia, na maioria das vezes tem mais consequências que a não realização da mesma, ainda que por vezes seja necessário suturar.

Segundo Ismail et al. como referido por Sequeira, Pousa e Amaral (2020), “De todas as mulheres que sofrem algum tipo de traumatismo perineal durante o parto vaginal, cerca de 65% necessitam de sutura“ (p. 142).

Nos partos realizados foi possível realizar várias vezes clampagem tardia do cordão, muitas vezes esta clampagem do cordão umbilical era realizada já com o recém-nascido

colocado sobre o abdómen da mãe em contacto pele e pele, tal como é recomendado pela OMS. Foi possível verificar que cada vez mais os pais tinham consciência do benefício desta intervenção para o recém-nascido e que era por eles solicitado.

No que se refere ao período da dequitação foi possível observar os dois mecanismos de descolamento da placenta: mecanismo de Duncan e o mecanismo de Schultze. O mecanismo de Schultze é o mais comum, correspondendo a cerca de 75% dos casos, caracterizando-se pela inversão da placenta sobre si, ocorrendo o sangramento após a sua expulsão (Nené, Marques & Batista, 2016). Na prática confirma-se que foi o mecanismo observado maioritariamente, sendo que o tempo de descolamento é variável e implica uma atitude expectante, com atenção aos sinais de dequitação tais como saída súbita de sangue à vulva, observação de membranas no introito vaginal, descida da porção do cordão umbilical e aumento do volume vaginal. Imediatamente após a saída da placenta era assegurada a formação do globo de segurança de Pinard e avaliadas as perdas hemáticas, prevenindo hemorragia.

De acordo com o experienciado na sala de partos, e de encontro à temática do presente relatório, sempre que o recém-nascido se encontrava bem e era desejo do casal realizar contacto pele a pele, o bebé era colocado sobre o abdómen da mãe imediatamente após o nascimento, despido, apenas com um pano aquecido sobre a região dorsal para evitar o seu arrefecimento corporal, e aí permanecia durante a primeira hora de vida, sempre sob vigilância. Este momento era também propício ao início do processo de procura da mama e amamentação, caso fosse desejo da mãe amamentar. Toda a equipa tinha em atenção as expectativas do casal acerca da realização do contacto pele a pele e sobre o seu desejo em amamentar.

Por opção das mesmas, a maioria das mulheres fazia contacto precoce pele a pele/amamentação na primeira hora de vida. Os casos em que não eram realizados ou era por opção própria, ou em casos de emergência com a mulher ou com o recém-nascido que precisasse de manobras imediatas de reanimação. A equipa era muito defensora destas práticas essenciais na vinculação e bem-estar do casal e do bebé, apoiando a sua realização e não rotinizava nem apressava os cuidados, respeitando sempre aquele momento onde começa uma vida e uma família.

No que se refere a cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, foram prestados cuidados a puérperas no pós parto imediato, ainda em

vigilância na sala de partos e a puérperas internadas no serviço de puerpério. O pós-parto é o período de maior risco para a ocorrência de complicações e que deve ser de maior vigilância, intervindo de modo a detetar precocemente sinais de alarme que necessitem da nossa atuação ou nos remetam para a necessidade de colaboração da equipa multidisciplinar.

O pós-parto é um período de grande mudança e adaptação, tanto para o recém-nascido como para o casal. Por vezes o pai fica um pouco descurado, mas é um elemento fundamental e ativo neste núcleo familiar, e não apenas um apoio. Deve sempre ser inserido nos cuidados, nomeadamente nos cuidados ao recém-nascido e nas necessidades da mulher nesta fase.

Relativamente ao recém-nascido foi realizada uma avaliação física, prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido, tais como aspiração de secreções e administração de oxigenoterapia, profilaxia da doença hemorrágica e monitorização antropométrica. Além destes cuidados, foi realizado contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido logo após o nascimento.

As recomendações mais recentes da OMS são claras e sendo as primeiras horas de vida essenciais na adaptação à vida extrauterina, o contacto pele a pele surge como um fator facilitador deste período crítico. Tal como consta no documento da OMS para uma experiência de parto positiva, “Está recomendado o contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido na primeira hora após o nascimento, mesmo nos recém nascidos de baixo peso, desde que clinicamente estáveis” (OMS como referido por Nené, Marques e Batita, 2016, p. 212). Os benefícios deste contacto estão cientificamente comprovados e quanto mais precoce for realizado, melhor e mais facilitada será a adaptação á vida extrauterina, no caso do bebé.

Além da promoção do contacto pele a pele, foi também realizada promoção e apoio do início precoce do aleitamento materno, nomeadamente a bebés de baixo peso. Esta é também uma área de grande interesse e felizmente foi possível constatar que é colocada em prática em todos os casos possíveis, e por todos os EESMO na sala de partos em causa, o que dá indicação que está a ser uma área bem trabalhada. O Centro Hospitalar de Viseu tem certificação pela UNICEF de “Hospital Amigo dos Bebés”, sendo este um dos projetos de melhoria contínua da sala de partos. A amamentação é iniciada na primeira hora de vida, e houve oportunidade de dar apoio às parturientes, capacitando-as

para amamentar, auxiliando e corrigindo a pega do recém-nascido, elucidando a quais os posicionamentos possíveis para amamentar, como evitar complicações na mama e vigiando a mamada. Acrescenta-se também o apoio prestado aos pais no desenvolvimento de competências parentais, pois é um trabalho que deve ser iniciado ainda na sala de partos, durante o trabalho de parto, percebendo as expectativas dos pais em relação à paternidade, esclarecendo dúvidas, iniciando a abordagem à amamentação, aos cuidados ao recém-nascido, facilitando a expressão de emoções e promovendo uma boa adaptação a este novo mundo da maternidade/paternidade.

Além da assistência ao recém-nascido saudável, também a assistência a recém-nascidos com necessidades de cuidados especiais como baixo peso, pré termo e com restrição do crescimento intrauterino é uma das competências do EESMO, que tem autonomia para tomar decisões sem a presença obrigatória do pediatra. Houve também oportunidade de realizar transferência de recém-nascidos para a neonatologia e participação numa reanimação neonatal por bradicardia fetal, que são experiências enriquecedoras.

Foram também realizadas consultas de revisão do puerpério no contexto de cuidados de saúde primários e no seguimento das consultas externas da maternidade, que são de extrema importância num período onde a mulher se encontra frágil e cansada, no qual é essencial avaliar a recuperação física pós-parto mas também tentar perceber se existe um suporte emocional adequado na rede de apoio do casal que facilite o processo de adaptação à parentalidade.

Nesta área foram também integrados os projetos relativos ao pós-parto da UCC da enfermeira tutora, nomeadamente na Recuperação Pós Parto e no Apoio ao Aleitamento Materno. Nos programas de recuperação pós-parto era prestado apoio individualizado às puérperas e abordados diferentes temas: puerpério e alterações corporais, saúde mental no pós parto, cuidados ao bebé, aleitamento materno, desenvolvimento de competências parentais, tal como preconizado nas orientações para os programas de preparação para o parto e parentalidade e de recuperação pós parto, publicadas pela DGS, 2020. Os temas eram abordados consoante as suas preocupações e dúvidas e não de forma rotineira, num ambiente acolhedor e familiar. O apoio ao aleitamento materno era um apoio direcionado à mulher que o solicitava, onde eram esclarecidas dúvidas, auxiliada a mulher no processo de amamentação, corrigida a pega do recém-nascido e ajudando em conjunto a mulher a encontrar as estratégias que melhor se adequavam à sua situação.

Relativamente a cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério foram realizadas consultas de vigilância do adulto, onde era inserido o tema do climatério. Apenas houve oportunidade para realizar duas consultas desta tipologia onde eram discutidas estratégias facilitadoras deste processo de transição e se necessário referenciar para outra área de especialidade.

Referente a cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, foram assistidos casos clínicos de gravidez ectópica, abortamentos espontâneos e na maioria das vezes casos de puérperas com problemas relacionados com amamentação, como por exemplo mastites. Foram assistidas também adolescentes com queixas de dismenorreia recorrente e metrorragias abundantes, já sob contraceção hormonal para o efeito, mas sem resultados. Na maioria das vezes eram pedidos exames complementares de diagnóstico para que fosse possível providenciar cuidados mais direcionados.

Por último no que se refere a cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade, de acordo com a unidade de competência – Promover a saúde do grupo alvo, foi identificada necessidade de cuidados de enfermagem no âmbito da saúde sexual e reprodutiva num grupo de risco, mulheres adultas acompanhadas pela instituição Cáritas. Foi realizada uma sessão de educação para a saúde, intitulada “Higiene Íntima e Sexualidade Responsável” (Apêndice III), no âmbito da promoção da saúde da mulher. O principal objetivo da sessão era sensibilizar as mulheres para a importância de terem uma higiene íntima adequada, de forma a prevenir o aparecimento de infeções e sensibilizar para a importância dos métodos contraceptivos para prevenir uma gravidez e a transmissão de Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST's).

PARTE II – COMPONENTE INVESTIGATIVA: O CONTACTO PRECOCE PELE A PELE E A AMAMENTAÇÃO: PERSPETIVA DAS MÃES

Na componente investigativa será inicialmente realizado um enquadramento do tema em estudo, seguido da apresentação da metodologia utilizada. Seguidamente serão apresentados os resultados da investigação, que serão analisados e posteriormente sujeitos a discussão.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 CONTACTO PRECOCE PELE A PELE

O parto é um processo natural e fisiológico, mas que nas últimas décadas tem vindo a ser desumanizado face à elevada incidência de intervenções médicas, criação de técnicas rotineiras, num processo automático e pouco humanizado. Enquanto EE ESMO o nosso papel é assegurar o bem-estar das mães e do bebé nesta fase crucial da vida, humanizando o parto e o nascimento, contribuindo para uma melhoria das práticas e para uma minimização das intervenções desnecessárias a que o recém-nascido é sujeito logo após o nascimento.

Em parturientes de baixo risco, é desaconselhada a utilização, por rotina, de práticas e procedimentos cujo benefício não esteja evidenciado, incluindo: “ (...) separação da mãe e recém-nascido para prestar cuidados de rotina a este último” (Ordem dos Enfermeiros (OE) & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), 2012, p. 24).

Todos os procedimentos rotineiros que não são estritamente necessários no pós parto imediato e que separem desnecessariamente o recém-nascido da mãe devem ser adiados de modo a proporcionar ao binómio mãe/bebé um momento de aproximação/interação e criação de laços afetivos, permitindo desta forma suavizar a adaptação do recém-nascido à vida extra uterina, tornando-a o menos stressante possível. Tal como referem Santos, Silva, Carvalho, Carneiro, Santana & Fonseca (2014), “ O Ministério da Saúde recomenda adiar após o parto, pelo menos durante a primeira hora de vida, qualquer

procedimento rotineiro (...) que separe a mãe de seu bebê, com o objetivo de permitir o contacto pele-a-pele ininterrupto ...” (p. 206).

Os primeiros minutos de vida do recém-nascido constituem uma complexa adaptação à vida extra uterina, em que todos os sistemas do recém-nascido se têm de adaptar a um ambiente diferente ao que foi o seu durante nove meses onde a sua sobrevivência era assegurada pela placenta. Segundo Sanchez, Carrasco & Pérez (2004), para o bebê o momento do nascimento corresponde a uma verdadeira mudança: passa do meio aquático para o meio aéreo-terrestre, a sua circulação, oxigenação e a sua forma de respirar são alterados, encontrando-se desprotegido face a qualquer tipo de intervenção, sendo que existe uma linha muito ténue que separa aquilo que é um estímulo ou uma agressão sensorial (Tradução nossa).

Como referem Bezerra et al. (2016), “A transição da vida fetal para a neonatal envolve uma série de transformações anatómicas e principalmente fisiológicas que, quando bem sucedidas, garantem a automanutenção do recém-nascido, ao término do período de suporte placentário” (p. 2051).

A promoção do contacto físico imediatamente após o nascimento é um dos princípios de humanização dos cuidados na sala de partos. Sendo a pele o órgão sensorial primário do recém-nascido, esta experiência tátil é fundamental para o seu desenvolvimento, constituindo um minimizador do impacto desta transição. Promover o contato pele a pele do bebê sobre o tórax da mãe, proporcionará uma interação precoce, de toque direto, capaz de promover aquecimento, conforto e um meio ideal para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (Mendes & Galdeano, 2006).

A nível de regulação da temperatura, o sistema termorregulador do recém-nascido é ainda imaturo. A hipotermia que resulta de uma perda excessiva de calor após o nascimento é um dos problemas mais graves no recém-nascido. O controlo da perda de calor no recém-nascido é uma das políticas de prestação de cuidados, pelo que se deve secar o bebê logo após o parto para evitar perda de calor por evaporação, e colocar o bebê num berço aquecido caso preciso de cuidados médicos imediatos, ou sempre que possível e seja desejo da mãe, colocar o bebê sobre o seu abdómen, envolto numa manta aquecida, de modo a que evitar perdas de calor por condução (Lowdermilk & Perry, 2008).

Também a OMS recomenda que, durante a primeira hora após o nascimento, o bebê deve estar em contacto pele a pele com a mãe para a manutenção da temperatura corporal e o início da amamentação (OMS, 2015).

O toque é a forma mais rudimentar de estabelecer uma relação humana, pois constitui um meio de transmissão de várias necessidades básicas, como segurança e afeto. Sendo assim, o contacto precoce pele-a-pele entre mãe e bebê, imediatamente após o parto, deve ser uma prioridade para os profissionais de saúde (Santos, 2011).

O puerpério é para a mulher um momento de grande labilidade emocional, existindo grandes alterações de humor associadas ao decréscimo das hormonas de progesterona e estrogénio. Estas mudanças podem ter interferência na relação mãe/bebê e dificultar o estabelecimento e fortalecimento do vínculo (Mendes & Galdeano, 2006).

Desta forma torna-se essencial atuar precocemente promovendo a relação próxima mãe/bebê e o toque, tentando minimizar esta quebra hormonal e facilitando a adaptação do recém-nascido ao mundo extra uterino.

De acordo com várias pesquisas, há um período imediatamente após o parto durante o qual os pais têm uma oportunidade única para estabelecer laços com os seus filhos. Tal como referem Néné, Marques e Batista (2016), “A promoção da interação entre os pais e o recém-nascido imediatamente após o parto tem de ter em consideração o facto de este último se encontrar num estado de inatividade alerta, que é mantido durante 45 a 60 minutos após o nascimento, logo este período é o momento propício para incentivar essa ligação” (p. 491).

Segundo Lowdermilk e Perry (2006),

“O processo de vinculação desenvolve-se e é mantido pela proximidade e interação com o bebê, na qual os pais se familiarizam com o filho, identificam-no como um indivíduo e reconhecem-no como um membro da família.(...) A vinculação acontece através de uma experiência satisfatória mútua.” (p. 522).

Ainda assim, a relação entre os pais e o seu bebê é uma relação que está permanentemente em construção durante toda a vida. A formação do vínculo não é algo imediato, acontece através de sucessivas interações, constitui um processo de adaptação mútua, iniciando-se ainda na gravidez, mas assumindo maior intensidade no momento

do nascimento e do puerpério imediato, com o primeiro olhar e toque no bebê, que deve ser proporcionado o mais precocemente possível.

O contacto pele a pele entre a mãe e o bebê, é visto como uma forma de dar continuidade ao ambiente intra-uterino: com temperatura adequada, seguro, com o cheiro e os batimentos cardíacos da mãe. Segundo Bezerra et al. (2016), o contacto pele a pele tem como vantagem, “reduzir os efeitos dos traumas da separação provocados pelo nascimento, acelerando a vinculação mãe-filho” (p. 2052).

Além de facilitar o processo de vinculação, esta prática humanizada de cuidados, tem vários benefícios conhecidos para o recém-nascido entre os quais referidos por Melo e Weffort (2011),

“... um aquecimento mais rápido e uma melhor regulação da temperatura corporal; uma redução dos períodos de choro; uma diminuição dos níveis de stress; uma menor perda de energia; uma melhor estabilização da frequência cardíaca e respiratória; uma melhor adaptação metabólica à vida extrauterina; a manutenção dos níveis de glicose na circulação sanguínea e a proliferação das bactérias do corpo da mãe pelo seu intestino, assim como uma maior facilidade em iniciar a amamentação” (p.60).

O contacto precoce pele a pele entre a mãe e o recém-nascido na primeira hora de vida é uma das recomendações para os cuidados imediatos ao recém-nascido, publicadas pela OMS em 2018.

Assim sendo, cabe ao enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia promover esta prática que não tem custos e é de fácil realização, caso a mãe e o recém-nascido estejam estáveis, necessita apenas da vontade da mãe e do profissional de saúde para que seja concretizada.

1.2 AMAMENTAÇÃO

A decisão de amamentar é tomada pela mulher ainda durante a gravidez, e em alguns casos mesmo antes de engravidar. É importante que a mulher esteja informada de todos os benefícios da amamentação, dos seus direitos ainda na sala de partos e que os profissionais de saúde prestem suporte na amamentação, dando confiança à mãe, para que esta possa ter uma experiência positiva. Tal como referem Feitosa, Pereira e Campos (2014), “Para a concretização da prática do aleitamento materno, torna-se

necessário, além da determinação e desejo da mãe, o suporte dos profissionais de saúde, minimizando os anseios e as dificuldades muitas vezes enfrentadas pelas mães” (p. 123).

No âmbito da prática clínica em obstetrícia, salientam-se de entre as práticas promotoras do parto normal, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, nascimento e pós-parto: “...possibilitar o contato pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e amamentação” (OE & Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras [APEO], 2012, p.23).

De acordo com as recomendações da OMS/UNICEF, o recém-nascido deve ser colocado à mama na primeira meia hora de vida, cumprindo desta forma a quarta medida promotora do aleitamento materno.

O contacto pele a pele que está evidenciado neste passo, tem como objetivo facilitar a adaptação do recém-nascido na transição do espaço intrauterino para o extrauterino, constituindo uma forma de incentivo e promoção do aleitamento materno no pós-parto imediato, trazendo benefícios a curto e longo prazo no estabelecimento da amamentação (Santos et al., 2014).

Uma vez que o processo de amamentação se estabelece em contacto físico com a mãe, nada melhor que aproveitar o puerpério imediato para iniciar este processo, aproveitando o período de alerta inicial do recém-nascido para estimular os reflexos de busca e sucção. Como refere Galvão (2006), “O ato de alimentar é uma importante experiência de interação mãe-filho pelo que a amamentação se transforma quase num pretexto para estarem mais próximos, mais unidos, sentindo-se um ao outro” (p. 16).

Também Feitosa, Pereira e Campos (2014), defendem esta prática: “... os recém-nascidos devem ser deixados nus sobre o abdómen da mãe, sem interrupção, até que consigam sugar pela primeira vez, devendo-se estimular ativamente os esforços e os reflexos para que o bebé alcance o seio materno” (p. 123).

É reconhecida cientificamente a eficácia da primeira mamada imediatamente após o nascimento, no sucesso do aleitamento. A OMS/UNICEF, (2008), na sua publicação: “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno” descreve as práticas que devem ser desenvolvidas nas maternidades para apoiar o aleitamento materno. O contacto precoce pele a pele com a mãe, o toque, a sucção, logo após o parto, dentro da primeira

hora de vida, está evidenciado naquele que é o quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebês: “Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora de vida após o nascimento”, devendo para isso ser prática nas maternidades: “Colocar os bebês em contato pele-a-pele com suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando os seus bebês estão prontos para mamarem oferecendo ajuda, se necessário” (OMS, 2008).

A Ordem dos Enfermeiros lançou o projeto Maternidade com Qualidade, onde estão contemplados vários indicadores a serem cumpridos, sendo um dos indicadores de evidência deste projeto a amamentação na primeira hora de vida. Um dos critérios vai ao encontro das diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno – “Realizar, precocemente o contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto” (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

O cumprimento destas diretrizes e destes indicadores de qualidade está dependente da nossa atuação na prática clínica. Tal como referem Feitosa, Pereira e Campos (2014), “... os profissionais de saúde que estiverem direta ou indiretamente ligados à assistência à gestante e à puérpera devem estar comprometidos com a proteção e promoção do aleitamento materno” (p. 121).

Sendo uma das competências específicas do EE ESMO “Cuidar a mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto”, nomeadamente como unidade de competência “...otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina”, encontrando-se nesta unidade de competência a promoção e o apoio ao aleitamento materno (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A prestação de cuidados de rotina/cuidados imediatos ao recém-nascido (pesar, limpar, realização do exame físico, vestir, administrar vitamina K) levam ao adiamento deste primeiro contacto. Assim sendo, todas as intervenções que impliquem o afastamento da díade, devem ser adiadas pelo menos até que o recém-nascido inicie a amamentação, sempre que o recém-nascido se encontre estável e saudável.

Também os pais devem estar despertos para estes benefícios para que no momento do parto tomem decisões e manifestem a sua vontade. Os cursos de preparação para o parto e nascimento são essenciais para transmitir conhecimentos ao casal grávido e segurança para o momento do parto e do pós-parto. Segundo as recomendações da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica, os cursos de

preparação para o nascimento são fundamentais para empoderar o casal no contacto e vinculação precoces através da não separação mãe-bebé. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o aleitamento materno é uma das temáticas que devem ser abordadas na componente teórica destes cursos, nomeadamente as recomendações da OMS/UNICEF relativamente à importância da amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade e à importância da mesma na primeira meia hora de vida, juntamente com o contacto pele a pele (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

O contacto pele a pele e a amamentação precoces promovem a libertação de hormonas benéficas no pós parto imediato, tais como a ocitocina, conhecida como a hormona da felicidade, ligada também à ejeção do leite. Tal como refere Pereira (2006), "... a mãe apresenta menos queixas após o parto, mesmo durante a episiorrafia, quando tem o filho em contacto pele-a-pele, pela libertação de endorfinas durante a amamentação..." (p. 76).

A amamentação está ligada com o processo vincutivo, também explicado pela interferência das hormonas libertadas durante este processo. Como referido já anteriormente, a libertação de ocitocina durante a amamentação, também conhecida pela hormona do amor, tem um papel importante na vinculação materna, nomeadamente no envolvimento emocional da díade. O aumento dos níveis de prolactina, pode levar a que mães que amamentam tendam a ser mais sensíveis com o seu bebé. (Figueiredo, 2003)

São vários os estudos que demonstram os benefícios do contacto precoce pele a pele que para a mãe quer para o recém-nascido, assim como a influência que este tem na amamentação e no pós parto, nomeadamente na vinculação com o bebé.

1.3 INFLUÊNCIA DO CONTACTO PRECOCE PELE A PELE NA AMAMENTAÇÃO

No nascimento o recém-nascido tem de se adaptar rapidamente a um ambiente desconhecido e em tudo diferente de onde esteve durante nove meses. Além das adaptações fisiológicas, o recém-nascido sente-se desprotegido pois após o parto deixa de ouvir o batimento cardíaco da mãe. Uma das formas de minimizar este trauma e facilitar esta transição abrupta é permitir o contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido logo após o parto se ambos se encontrarem estáveis. Ao sentir o toque, o cheiro

da mãe e o seu batimento cardíaco, o recém-nascido ficará mais calmo, logo após um caminho tão difícil que foi o parto.

Atualmente, são conhecidos benefícios resultantes da permanência do recém-nascido junto da mãe (alojamento conjunto), sendo inclusive um critério de qualidade em diversas maternidades. São definidas como medidas benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, nascimento e pós-parto: “...possibilitar o contato pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e amamentação” (OE & APEO, 2012, p.23).

A realização de contacto precoce pele a pele está intrinsecamente relacionada com o sucesso/manutenção do aleitamento materno, tal como referem Stevens-Simon, Parsons e Montgomery citado por Pereira (2006), “As primeiras experiências das mulheres vão influenciar as suas atitudes e performance em relação à amamentação, posteriormente. Quando a primeira mamada é satisfatória, reforça a união psicoafectiva mãe-filho, os sentimentos que nutre pelo bebé, assim como a continuidade a curto e a longo prazo da amamentação” (p. 77).

Vários estudos referem que o contacto precoce entre a mãe e o bebé aumenta o número de mamadas durante o dia, bem como facilita a interação entre a mãe e o bebé. Este contacto precoce tem um efeito positivo no estabelecimento da produção de colostro, sendo que se este contacto for superior a vinte minutos após o nascimento aumenta a duração do aleitamento exclusivo (Pereira, 2006).

O contacto pele a pele oferece várias vantagens para se iniciar o aleitamento materno, uma vez que sendo colocado sob o abdómen da mãe, junto ao seu peito, através do reflexo de busca vai procurando o mamilo e tentando iniciar a mamada enquanto se encontra no estado de alerta inicial. Esta é uma técnica simples, uma continuidade do contacto natural durante a gravidez, mas com inúmeros benefícios a curto, e a longo prazo, como são o caso da vinculação e do sucesso do aleitamento materno.

Há vários estudos que fazem referência à influência do contacto precoce pele a pele na amamentação, considerando este um fator determinante. Segundo resultados de um estudo com o objetivo de perceber os fatores determinantes para uma amamentação bem sucedida, nos bebés que foram colocados à mama na primeira meia hora após o parto “as mães apresentaram tendência a desenvolver níveis de envolvimento materno mais elevados, maior satisfação e maior duração da amamentação.” (Galvão, 2006, p. 138).

Num estudo realizado por Lospaus et al. (2012), os dados obtidos na amostra confirmam a relação entre a realização de contacto pele a pele e a amamentação. Os dados indicam que depois de estabelecer o contacto precoce, o sucesso da amamentação seja 2,336 vezes superior do que se não se realizar contacto pele a pele, vindo reforçar a ideia de que o contacto precoce pele a pele tem impacto positivo no aleitamento materno.

Também Pons et al. (2012) obtiveram como resultados do seu estudo que a prevalência de aleitamento materno aos 15 dias de vida em mãe que fizeram contacto pele a pele durante a primeira hora após o parto foi de 83,6%, e esta prevalência em mães que começaram a amamentar na primeira hora de vida foi de 86,3%. Desta forma, podemos concluir que o contacto precoce pele a pele e o início precoce da amamentação influenciam positivamente no sucesso do aleitamento materno. Ainda que estes estudos apenas comparem este sucesso aos 15 dias de vida do recém-nascido, sendo o puerpério uma fase de grandes mudanças e que implica uma grande reorganização, taxas altas de sucesso do aleitamento nesta fase do puerpério remetem-nos para a importância do primeiro contacto e da ajuda dos profissionais no processo de iniciação da amamentação.

Desta forma, é importante a realização de mais estudos, para que estas práticas sejam implementadas por todos os membros das equipas de saúde, proporcionando à mãe e ao recém-nascido as condições necessárias, ambiente adequado, conforto e tempo. O contacto pele a pele e a amamentação precoces devem passar a ser encarados como um direito para a mãe e para o recém-nascido, como foco de atenção no pós-parto imediato, de modo a alcançar os melhores indicadores de qualidade.

2. METODOLOGIA

A fase metodológica consiste em definir de que forma o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que visa responder às questões levantadas pela problemática em estudo. Compreende um conjunto de intervenções criadas pelo investigador que irão permitir obter os resultados face à questão de investigação formulada (Fortin, 2009).

Neste capítulo será apresentada a metodologia utilizada para obter os resultados que irão permitir dar resposta à questão de investigação deste estudo. Inicialmente será realizada uma descrição do tipo de estudo e do problema de investigação, população e amostra, qual o instrumento e procedimento de recolha de dados, bem como a forma como estes foram organizados, o tratamento estatístico realizado e os procedimentos éticos e formais utilizados.

2.1 TIPO DE ESTUDO

O tema de um estudo constitui o ponto de partida para a investigação, sendo um elemento de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e que tem como objetivo aumentar os seus conhecimentos (Fortin, 2009).

Após consulta de bibliografia, vários estudos apontam para a importância e benefícios do contacto precoce pele a pele logo após o nascimento, quer para a mãe, quer para o recém-nascido. Também o aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais na promoção da saúde das crianças, sendo recomendado o seu início ainda na primeira hora de vida. Neste sentido, de modo a aprofundar esta temática, foi desenvolvido um estudo de nível I quantitativo do tipo exploratório-descritivo e foi definida como questão de investigação: “Qual o impacto do contacto precoce pele a pele no processo de amamentação?”, sendo que o objetivo do estudo é conhecer o impacto do contacto precoce pele a pele no processo de amamentação.

Ao nível descritivo, de acordo com Fortin (2009), “Tratando-se de descrever conceitos, fatores ou uma população, usa-se um método quantitativo, porque se pretende obter informações exprimindo-as em valores numéricos...” (p. 74).

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo é constituída por mães com bebés até aos 24 meses de idade. Constituiu-se uma amostra do tipo não probabilística, acidental e em bola de neve, constituída por mães que após a leitura do consentimento informado aceitaram participar no estudo.

A amostragem por redes, também conhecida como «em bola de neve» é um método através do qual os participantes recrutados inicialmente sugerem outras pessoas com as mesmas características que possam participar no estudo, nomeadamente através das redes sociais e redes de amizade (Fortin, 2009).

Inicialmente foi obtido um total de 138 questionários respondidos, no entanto foram excluídos 29 por não cumprirem os critérios de inclusão, nomeadamente a idade dos bebés ser superior a 24 meses e/ou por incorreto preenchimento dos mesmos. Desta forma a amostra obtida neste estudo foi de 109 mães que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: mães de bebés com idade até aos vinte e quatro meses, com domínio da língua portuguesa e que aceitaram participar voluntariamente no estudo.

2.3 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Após parecer favorável da Comissão de Ética, iniciou-se o processo de recolha de dados realizado no período compreendido entre abril e junho de 2021. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário concebido no *Google Docs*, sendo o respetivo link divulgado nas redes sociais.

O instrumento de recolha de dados encontrava-se apenas disponível na plataforma *Google docs* e, o eventual contacto direto com as mães era apenas para disponibilizar o link de acesso ao instrumento de recolha de dados, sendo o mesmo preenchido online.

O questionário é constituído por questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica e obstétrica e questões fechadas relacionadas com os conhecimentos e experiência do contacto precoce pele a pele e amamentação na primeira hora de vida. Este questionário termina com uma pergunta de resposta aberta, onde as mães podem partilhar a sua perspetiva em relação a estas práticas na maternidade onde foram assistidas.

2.4 TRATAMENTO DE DADOS

Após a fase da recolha de dados torna-se necessário proceder à sua organização e sistematização numa base de dados que possa ser trabalhada e analisada em função dos objetivos e questões de investigação previamente formuladas.

Neste estudo os dados foram analisados considerando a natureza das variáveis. Assim no caso dos dados sociodemográficos foi realizada a análise descritiva dos mesmos através do cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%), sendo posteriormente apresentados em tabelas e em gráficos. Para isso recorremos ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 27.0, para Windows

2.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

A investigação no domínio da saúde envolve a participação de seres humanos, e quaisquer que sejam os aspetos estudados, esta deve ser realizada respeitando os direitos da pessoa e os princípios éticos, nomeadamente os princípios baseados no respeito pela dignidade da pessoa, bem como o consentimento livre e esclarecido.

Durante a recolha de dados, ao preencher e submeter o questionário todos os participantes assumiram o consentimento informado em participar de forma voluntária no estudo, uma vez que antes do preenchimento do questionário as participantes eram sujeitas á leitura do consentimento. Foi também garantida a confidencialidade aos participantes, mantendo o anonimato da sua identidade e dos dados obtidos, garantindo que estes apenas seriam utilizados para fins de investigação científica.

De acordo com Fortin (2009), “ As comissões de ética de investigação têm por missão contribuir para assegurar toda a investigação com sujeitos humanos se desenrole em conformidade com princípios éticos” (p. 200).

Assim sendo, para a realização deste estudo foi precedida da realização de um projeto que foi submetido à análise pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde (UICISA) da Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Apêndice IV), tendo esta emitido parecer favorável (Anexo I).

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo os resultados obtidos neste estudo serão apresentados através de gráficos ou tabelas. Inicialmente será realizada uma caracterização da amostra, de modo a compreender o tipo de participantes. De seguida será realizada a análise dos resultados, onde são apresentadas as diferentes experiências vivenciadas pelos participantes.

Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita de dados. A apresentação dos resultados deve ser realizada sob a forma de quadros ou figuras e consiste em fornecer resultados pertinentes no que se refere à questão de investigação (Fortin, 2009).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Antes de iniciarmos qualquer análise importa que conheçamos algumas características das mulheres que integraram a nossa amostra.

Assim, como já anteriormente referido, participaram neste estudo, acedendo ao questionário 138 mulheres, embora apenas 109 constituíram a nossa amostra, uma vez que as restantes não cumpriam os critérios de inclusão.

Na tabela 1 encontra-se representada a idade das participantes deste estudo, onde podemos observar que a mãe mais nova desta amostra tinha 22 anos e a mais velha 45 anos. Existia também uma média de idades de 33,39 anos com um desvio padrão de 4,823.

Tabela 1 – Distribuição da idade das participantes (em anos)

Amostra (n)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão (s)
109	22	45	33,39	4,823

A análise da tabela 2 mostra que a maiorias das participantes se encontravam no grupo etário entre os 30 e os 39 anos de idade, que corresponde a 64,2% da totalidade da amostra.

Relativamente ao estado civil, 89 mulheres são casadas ou estão em união de facto (81,7%), 18 são solteiras (16,5%) e 2 são divorciadas (1,8%).

Quanto às habilitações literárias, a maioria das mães da nossa amostra apresenta instrução de nível superior, uma vez que 44% refere ter licenciatura.

Das restantes, 6 mulheres têm o 9ºano de escolaridade (5,5%), 32 mulheres concluíram o ensino secundário (29,4%) e 23 mulheres terminaram o mestrado (21,1%).

Tabela 2 - Distribuição dos dados sociodemográficos das mães

		Mães
		n (%)
		109 (100%)
Idade	De 20 a 29	26 (23,9%)
	De 30 a 39	70 (64,2%)
	40 ou superior	13 (11,9%)
Estado civil	Solteira	18 (16,5%)
	Casada/União de facto	89 (81,7%)
	Divorciada	2 (1,8%)
Habilitações Literárias	9ºano de escolaridade	6 (5,5%)
	Ensino secundário	32 (29,4%)
	Licenciatura	48 (44%)
	Mestrado	23 (21,1%)

Passamos de seguida à apresentação dos dados obstétricos das mães que se encontram representados na seguinte tabela 3.

Analisando o tipo de parto, maioritariamente observaram-se partos normais, sendo 53 mulheres que apresentaram este tipo de parto, o que corresponde a 48,6%, quase metade

das mulheres da amostra total. Relativamente a partos distócicos, 26 mulheres tiveram um parto por fórceps ou ventosa (23,9%) e 30 por cesariana (27,5%).

No que se refere ao tempo de gestação, 87,2% da população teve um parto de termo, o que corresponde a 95 mulheres. Das restantes 14 mulheres, 12 tiveram um parto pré termo (11%) e 2 mulheres tiveram parto pós termo (1,8%).

Tabela 3 – Distribuição dos dados obstétricos das mães

		Mães
		n (%)
		109 (100%)
Tipo de parto	Normal	53 (48,6%)
	Fórceps/Ventosa	26 (23,9%)
	Cesariana	30 (27,5%)
Tempo de gestação	Pré termo (<37s.)	12 (11%)
	Termo (≥37s. e <42s.)	95 (87,2%)
	Pós termo (≥42s.)	2 (1,8%)

No que se refere ao número de filhos, estamos perante uma amostra maioritariamente de primíparas, dado que 66 das 109 mulheres participantes apenas têm um filho, o que equivale a 60,6% da população. Uma média de 1,47 filhos, sendo 4 o número máximo de filhos obtido na amostra.

Quanto à idade dos bebés, filhos das mães participantes constatámos que esta varia bastante, num mínimo de 1 mês e um máximo de 24 meses, abrangendo até ao limite dos critérios de inclusão definidos. Desta forma, a média de idades dos bebés é de aproximadamente 11 meses (média de 10,96 meses) e um desvio padrão de 7,522 meses (10,96 ± 7,523 meses).

3.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Passamos de seguida a apresentar a experiência das mães na frequência de um programa de preparação para o parto. Constatámos que cerca de 70,6% das mulheres frequentaram

o programa de preparação para o parto (77 mulheres) e 29,4% não frequentaram qualquer programa de preparação para o parto, ou seja, 32 mulheres.

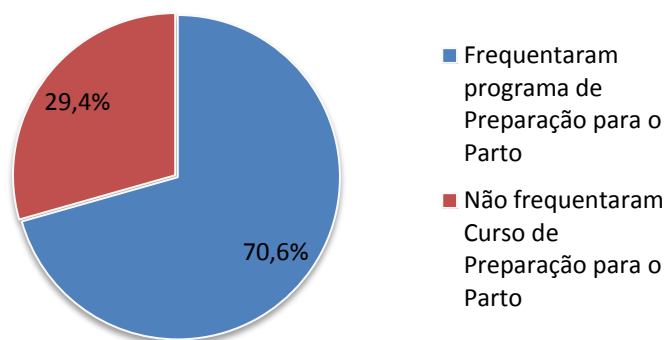


Figura 1 – Representação da experiência das mães na frequência de preparação para o parto

A figura 2 representa que em 97,4% dos programas de preparação para o parto foi abordado o tema do contacto pele a pele, e em apenas dois casos não foi abordado, sendo que a amamentação foi abordada na totalidade dos programas frequentados.

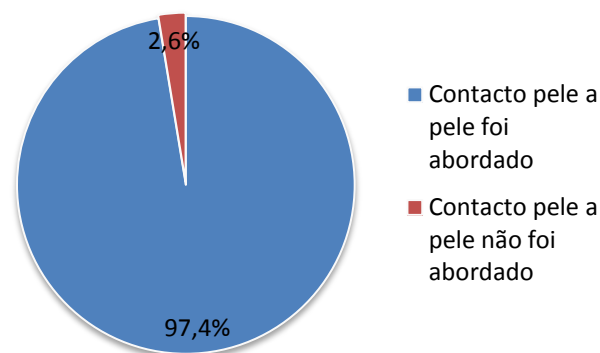


Figura 2 – Abordagem do tema "Contacto pele a pele" no programa de preparação para o parto

No que se refere aos dados relativos á experiência de amamentação, de um total de 109 mulheres que cumpriam os critérios de inclusão, 99 mulheres amamentaram os seus

filhos (90,8%), o que corresponde à maioria da amostra e 10 mulheres não amamentaram (9,2%).

Destas 99 mulheres, 71 ainda amamentam (65,1%) e 28 mulheres amamentaram, mas à data do questionário já tinham suspenso (25,7%).

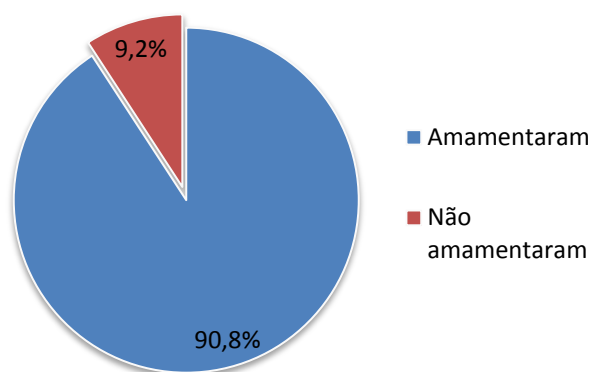


Figura 3 – Experiência de amamentação

Das 99 mães que amamentaram ou ainda amamentam, um total de 67 mulheres (61,5%) já não ofereciam exclusivamente leite materno à data de preenchimento do questionário. Assim sendo, 2 mulheres ofereceram exclusivamente leite materno até ao primeiro mês (3%), 7 mulheres ofereceram em exclusivo até aos 2 meses (10,4%), 2 mulheres ofereceram em exclusivo até aos 3 meses (3%), 8 mulheres ofereceram até aos 4 meses (11,9%), 17 mulheres ofereceram até aos 5 meses (25,4%) e 31 mulheres (46,1%), ofereceram leite materno em exclusivo até aos 6 meses.

Tabela 4 - Tempo de aleitamento materno exclusivo

	Mães	
	n (%)	
	67 (100%)	
Tempo de aleitamento materno exclusivo	1 mês	2 (3%)
	2 meses	7 (10,4%)
	3 meses	2 (3%)
	4 meses	8 (11,9%)
	5 meses	17 (25,4%)
	6 meses	31 (46,1%)

De um total de 109 mulheres inquiridas, 75 mulheres tinham filhos com idade igual ou superior a 6 meses de idade, ou seja, estes bebés já tinham terminado a amamentação exclusiva e já teriam iniciado diversificação alimentar.

Destas 75 mulheres, 31 amamentaram em exclusivo até aos 6 meses de idade do seu filho (47,7%), 16 mulheres amamentaram até aos 5 meses (24,6%), 6 mulheres amamentaram até aos 4 meses (9,2%), 4 mulheres até aos 3 meses (6,2%), 7 mulheres amamentaram até aos 2 meses (10,8%) e apenas uma mulher amamentou exclusivamente no primeiro mês (1,5%) (figura 4).

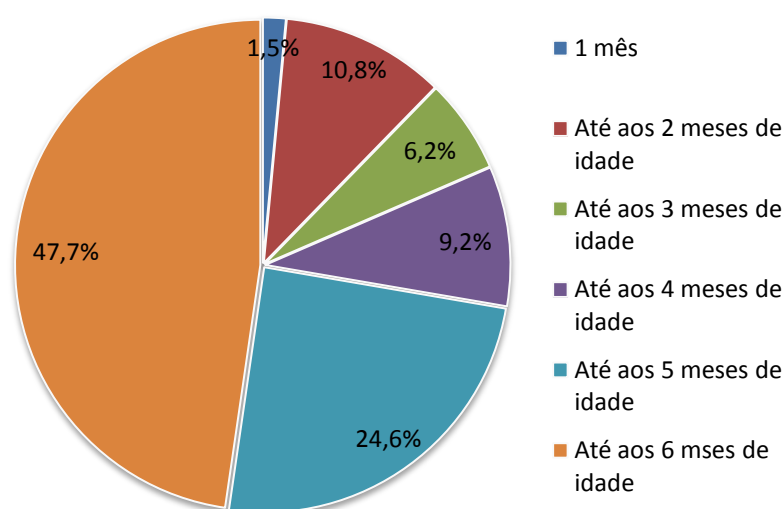


Figura 4 – Tempo de amamentação exclusiva em mulheres com filhos com idade igual ou superior a 6 meses

Relativamente à experiência de contacto pele a pele, conforme representado na figura 5, 63 mulheres realizaram contacto pele a pele com o seu filho após o parto (57,8%) e 46 mulheres não tiveram essa experiência (42,2%).

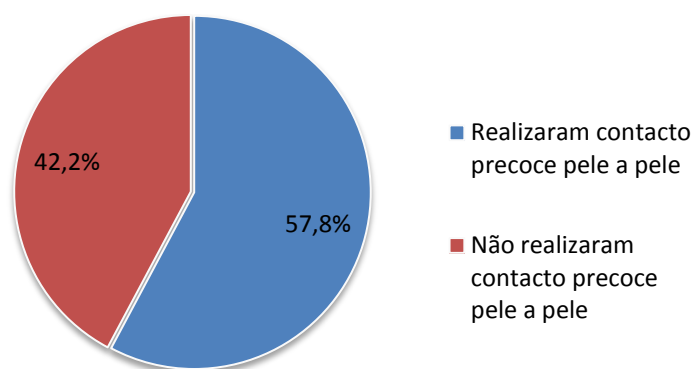


Figura 5 – Experiência de contacto pele a pele

Das 63 mulheres que realizaram contacto precoce pele a pele, 100% considera que este contacto foi importante para estabelecer uma relação afetiva/emocional com o bebé.

De um total de 109 mulheres que participaram no estudo, 107 desejavam realizar contacto pele a pele com o seu filho após o nascimento (98,2%), ou seja, a grande maioria. Destas 107 mulheres, num total de 63 o bebé foi colocado em contacto pele a pele logo após o parto, o que corresponde a 58,9% das mulheres que assim o desejavam e as restantes 44 mulheres não tiveram oportunidade de realizar contacto pele a pele embora fosse um desejo seu (41,1%).

No que se refere à vivência de experiências, numa amostra de 109 mulheres, 62 vivenciaram ambas as experiências abordadas neste estudo (realizaram contacto precoce pele a pele e amamentaram), o que corresponde a 56,9% da amostra. Cerca de 34% das mulheres amamentaram, mas não realizaram contacto precoce pele a pele (37 mulheres). Uma mulher realizou contacto pele a pele e optou por não amamentar (0,9%). Apenas 9 mulheres (8,2%) não realizaram contacto precoce pele a pele nem amamentaram.

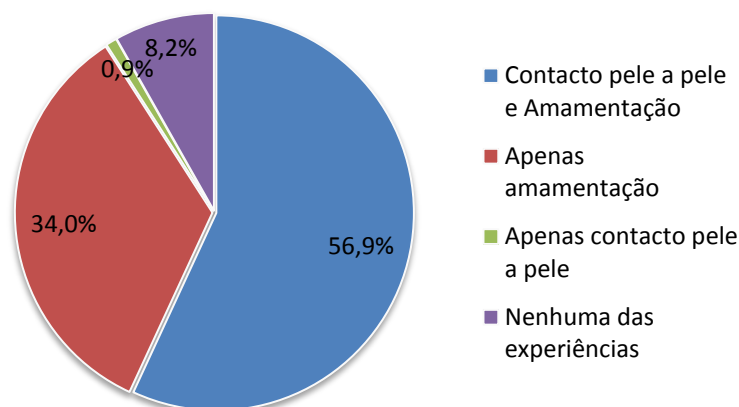


Figura 6 – Vivência de experiências de contacto pele a pele e/ou amamentação

Da totalidade de 62 mulheres que tiveram as duas experiências, 61 mulheres descrevem a possibilidade de realizar contacto pele a pele após o parto e de amamentar na primeira hora de vida como positiva ou a repetir (98,4%).

De um total de 31 mães que amamentaram exclusivamente até aos 6 meses de idade, 67,7% realizaram contacto precoce pele a pele logo após o nascimento, o que corresponde à maioria.

Tabela 5 – Aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses e realização de contacto precoce pele a pele

	Realizou contacto precoce pele a pele		Total n (%)
	Sim	Não	
Aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade	21 (67,7%)	10 (32,3%)	31 (100%)

Do total de 75 mulheres com filhos de idade igual ou superior a 6 meses de idade, 39 delas (52%) continuam a amamentar os seus bebés apesar de já terem iniciado diversificação alimentar. Destas mães que prolongam a amamentação após os 6 meses de idade, 23 (59%) realizaram contacto precoce pele a pele.

Tabela 6 –.Mulheres que prolongaram a amamentação após os 6 meses e experiência de contacto pele a pele

	Realizou contacto precoce pele a pele		Total n (%)
	Sim	Não	
Prolongaram a amamentação após os 6 meses	23 (59%)	16 (41%)	39(100%)

Como já foi referido anteriormente, este estudo tem como objetivo “Conhecer o impacto do contacto precoce pele a pele no processo de amamentação” pelo que foi colocada uma questão aberta de forma a que as mães pudessem expressar de forma mais pessoal a sua opinião e os seus sentimentos face a esta temática. A questão era a seguinte:

“De que forma o contacto pele a pele com o seu bebé influenciou a amamentação?”.

Foi feita uma breve análise das respostas a esta questão, tendo sido agrupadas em três temas principais: “Intenção prévia em amamentar”; “Fator facilitador na amamentação” e “Promotor da vinculação”, sendo que o discursos das mães é apresentado no quadro seguinte.

Quadro 1 – Temas e descrição de experiências

Temas	Discursos das mães
“Intenção prévia em amamentar”	M23 “Eu simplesmente queria amamentar...” M28 “... já era uma opção anterior...” M45, M59 “Sempre quis amamentar...” M46 “Já tinha decidido amamentar, mesmo que não tivesse sido possível fazer o contacto pele a pele” M47, M53, M68 “Não influenciou” M64 “Foi uma decisão já tomada antes de nascer” M75 “Não consigo fazer uma correlação” M105 “Não foi um fator decisivo para a amamentação uma vez que pretendia amamentar de qualquer forma”
“Fator facilitador na amamentação”	M7 “O bebé procurou a mama durante o pele a pele facilitando posteriormente a amamentação” M10 “Motivação e confiança...” M11 “Tornou-a mais fácil e mais natural” M25 “Foi uma sensação maravilhosa...” M30 “O contacto influenciou positivamente a amamentação...” M38 “Mais confiança e segurança” M66 “...facilitou na amamentação” M70 “Senti-me mais capaz” M84 “...o facto de olhar para ele e o sentir fez-me logo perceber que era algo que ia conseguir fazer, fiquei sem medos...” M6 “O meu bebé no momento do primeiro contacto pele a pele dirigiu-se de imediato à mama e conseguiu fazer a pega...” M12 “...passado um tempinho procurou a mama” M29 “...Estávamos no pele a pele e a bebé começou a procurar a maminha. Pegou logo e bem.” M45 “...creio que ajudou o bebé a familiarizar-se com o peito” M80 “Influenciou no sentido em que o toque, o cheiro, o calor contribuíram para que emocionalmente estivesse predisposta a amamentar”. M81 “O bebé procura mais o leite” M86 “... instintivamente ela abriu a boca e procurou o mamilo” M109 “Despertou no bebé o interesse pela mama logo desde o nascimento”
“Promotor de Vinculação”	M13 “Na relação com o bebé” M15 “...sentimos uma ligação enorme entre nós” M28 “...o peso maior do pele a pele foi mais no estabelecimento mais profundo da ligação com o bebé...” M33 “Relação de proximidade...” M42 “É um primeiro momento mágico...” M48 “...é benéfico para criar uma ligação com o bebé...” M50 “Há fios que são criados nesse momento” M55 “Vínculo muito importante...” M63 “Há um elo entre nós....” M83 “Maior proximidade” M102 “Maior vínculo, maior ligação e sentimento de proteção” M108 “Sentir o meu cheiro, o bater do coração, tudo isso acalma o bebé”.

As respostas obtidas resultam de experiências individuais e cujos significados atribuídos são variáveis. Ainda assim, muitas delas abordam na sua resposta diferentes temas identificados e não apenas um.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos realizar a discussão e interpretação dos resultados obtidos, confrontando-os com os resultados de outros estudos desenvolvidos por diferentes autores, tendo em consideração as principais evidências apresentadas.

Este estudo é constituído por uma amostra de 109 mulheres, com uma média de idades de 33,39 anos, encontrando-se a maioria na faixa etária dos 30-39 anos, o que vai de encontro aos dados da PORDATA, sendo que em 2021 a média de idade da mãe ao nascimento do primeiro filho era de 32,3 anos.

Relativamente ao número de filhos foi obtida uma média de 1,47 filhos, valor mais elevado que o registado em 2021 pela PORDATA de 1,34 filhos por mulher em idade fértil. Ao longo dos anos tem-se vindo a verificar uma diminuição do número de filhos, o que vai de encontro à amostra obtida onde 60,6% das mulheres apenas têm um filho.

Relativamente aos dados obstétricos obtidos neste estudo, 48,6% foram partos eutócicos, sendo a maioria (51,4%) partos distócicos entre os quais 27,5% foram cesarianas. De acordo com os dados da PORDATA, em 2020, a nível hospitalar, a percentagem de partos eutócicos foi de 44,9% e 55,1% de partos distócicos, entre os quais, 36,3% cesarianas.

Na amostra recolhida 70,6% das mulheres frequentaram curso de preparação para o parto, sendo que a amamentação foi abordada na totalidade destes cursos e o contacto precoce pele a pele foi abordado em 97,4% dos casos.

Estes dados vão ao encontro das recomendações da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica, que referem que nos cursos de preparação para o nascimento o aleitamento materno é uma das temáticas que devem ser abordadas na componente teórica destes cursos, nomeadamente as recomendações da OMS/UNICEF relativamente à importância da amamentação exclusiva e à importância da mesma na primeira meia hora de vida, juntamente com o contacto pele a pele (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Esta elevada percentagem nem sempre é a realidade, e comparativamente ao estudo realizado por Lourenço (2019) com o objetivo de perceber quais os determinantes e a prevalência do aleitamento materno na região da Cova Beira, este verificou que apenas 35,2% dos casais frequentaram programas de preparação para o parto e 23,5% apenas foram frequentados pelas mães. É possível concluir que estamos perante uma amostra de mulheres interessadas em aprender mais sobre estas temáticas.

Relativamente á experiência de amamentação, os dados obtidos foram 90,8% da amostra que amamentou. Esta elevada percentagem é um bom indicador uma vez que “... o aleitamento materno é a melhor fonte de nutrientes para o recém-nascido, promovendo uma série de benefícios para a saúde materno-infantil.” (Nené, Marques & Batista, 2016, p. 473).

Segundo dados da estratégia de nutrição para 2020-2030 da UNICEF, globalmente, apenas 49% dos recém-nascidos são amamentados na primeira hora de vida e 44% dos bebés com menos de 6 meses de idade são exclusivamente amamentados. Ainda assim, o número de bebés com idades compreendidas entre os 0 e 5 meses, que são exclusivamente amamentados aumentou em 20% na última década.

Relativamente aos dados da DGS referentes a Portugal, as percentagens de aleitamento materno são bem mais elevadas e corroboram os dados obtidos neste estudo. Segundo o registo do aleitamento materno (RAM), 84,1% dos recém nascidos em Portugal iniciaram aleitamento materno na primeira hora de vida, sendo que 76,7% dos recém nascidos manteve aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até ao dia da alta hospitalar (DGS, 2014).

As recomendações da OMS e da UNICEF são de aleitamento materno exclusivo desde a primeira meia hora de vida até aos seis meses, e complementado com alimentação nutricionalmente adequada até aos dois ou mais anos.

Das 67 mulheres que já não ofereciam exclusivamente leite materno à data de preenchimento do questionário, 46,1% ofereceram leite materno em exclusivo até aos 6 meses, tal como preconizado pela OMS.

De um total de 109 mulheres inquiridas, 75 mulheres tinham filhos com idade igual ou superior a 6 meses de idade. Os seus bebés já tinham terminado a amamentação exclusiva e já teriam iniciado diversificação alimentar. Os dados relativos ao tempo de

amamentação exclusiva nestas mulheres indicam que 47,7% amamentaram em exclusivo até aos 6 meses de idade.

Os dados obtidos neste estudo relativamente ao número de mulheres que amamentaram em exclusivo até aos 6 meses fica perto da meta estabelecida pela OMS de 50%, sendo que as percentagens obtidas neste estudo são superiores à maioria dos estudos realizados. No estudo de Lourenço (2019), a prevalência de aleitamento materno exclusivo ao sexto mês de vida do bebé foi de 33,2%, taxa que ainda assim era superior à apresentada no RAM relativo a 2013, que aponta para uma prevalência de 22,1%, ou aos 14,7% calculados no estudo de Kislaya, Braz, Dias e Loureiro (2015).

A percentagem de mulheres que no presente estudo amamentaram em exclusivo apenas aos 4 meses de idade foi de 9,2%. Comparativamente aos dados do estudo de Kislaya, Braz, Dias e Loureiro (2015) onde a percentagem de mulheres em Portugal que amamentaram em exclusivo até aos 4 meses foi de 48,5%, em 2014. O estudo destes autores revela uma evolução positiva nas práticas do aleitamento materno aos 3 e 4 meses, tendo duplicado a prevalência de mulheres a amamentar em exclusivo.

Foi possível verificar que na amostra do presente estudo as percentagens de amamentação exclusiva em idades inferiores a 6 meses são mais baixas, pois a maioria da amostra amamentou exclusivamente até aos 6 meses tal como recomenda a OMS. Desta forma confirma-se que o papel do EE ESMO é essencial no sentido de auxiliar as mulheres nas dificuldades que vão surgindo, evitando assim o abandono da amamentação e contribuindo para o seu sucesso e para tornar esta experiência prazerosa para a mãe e para o bebé. No estudo de Oliveira (2016) este refere que as principais fontes de informação a que as mães recorreram foram os profissionais de saúde destacando-se os enfermeiros com 80,5%, concluindo que o apoio das mães por parte dos profissionais de saúde influencia de forma positiva a prevalência do aleitamento materno. Também no estudo de Lourenço (2019), 90,5% das mães afirmou que durante a gravidez recebeu dos profissionais de saúde informação escrita sobre aleitamento materno, sendo que 33% dessa informação foi dada por enfermeiros.

Os dados referentes ao contacto precoce pele a pele mostram que em 57,8% das mulheres inquiridas o seu bebé foi colocado em contacto direto logo após o nascimento.

Esta percentagem é idêntica à obtida num estudo realizado por Lourenço (2019), no qual em 55,9% dos casos houve contacto pele a pele precoce entre a mãe e o bebé.

O contacto pele a pele deve ser iniciado logo após o nascimento e tem vários benefícios, entre eles: melhora a interação mãe-bebê, mantém a temperatura corporal e pode favorecer o início da amamentação com maior sucesso. Cabe aos profissionais de saúde, em particular aos EE ESMO promover e apoiar este primeiro contacto entre mãe/filho, atribuindo a importância que ele merece. (*The Royal College of Midwives*, 2012)

Tendo em conta todas as vantagens e recomendações desta prática, este é um número ainda um pouco baixo. Seguindo as recomendações da OMS e da UNICEF preconiza-se que o recém-nascido seja colocado despido em contato pele a pele com a mãe, imediatamente após o nascimento, no mínimo uma hora, encorajando-as a perceber quando o bebê está preparado para mamar. A associação destas práticas (contato pele a pele precoce e a amamentação na primeira hora de vida) correspondem ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e corroboram para a elevação da prevalência e a duração do aleitamento materno exclusivo.

Como referem Lucchese et al. (2021), “O contato pele a pele é preconizado a nível mundial, sendo um preditor para o aleitamento na primeira hora de vida (...) Assim, esta prática torna-se o fio condutor para a amamentação na primeira hora de vida “ (p. 7).

Daí a importância em que sejam associadas na prática, se a mulher assim o desejar. Desta forma, das 109 mulheres inquiridas, a maioria teve oportunidade de associar as duas experiências após o nascimento, sendo que 56,9% realizaram contacto precoce pele a pele e amamentaram. Por outro lado apenas 8,2% não realizaram nenhuma destas práticas.

Ainda assim, apesar destes valores, 98,2% da amostra manifestava desejo em realizar contacto pele a pele logo após o nascimento do seu filho. No entanto, do total de mulheres com esse desejo, apenas a 58,9% foi dada a oportunidade de realizar essa prática após o nascimento.

Desta forma, é possível concluir que há ainda muito trabalho a fazer no sentido de que estas práticas sejam implementadas nas maternidades como parte integrante dos cuidados. Vários foram os passos dados nesse sentido pela Ordem dos Enfermeiros que salienta estas duas práticas como promotoras do parto normal e que lançou o projeto Maternidade com Qualidade, onde estão contemplados vários indicadores a serem cumpridos, sendo um dos indicadores de evidência deste projeto a amamentação na

primeira horta de vida. Um dos critérios vai ao encontro das diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno – “Realizar, precocemente o contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto” (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Os profissionais de saúde têm responsabilidade direta na realização do contacto precoce pele a pele nas salas de partos, bem como são os mesmos que tomam a decisão de prorrogar os cuidados de rotina, sempre que a díade se encontre estável. No estudo de Feitosa (2014) é referido que os profissionais não devem privar as suas utentes desse momento único de prazer, importante para o fortalecimento do vínculo afetivo. Referem também que estes devem estar conscientes de que esse momento se torna num estímulo precoce que facilitará o aleitamento materno, devendo integrá-lo de forma prioritária nas maternidades.

Desta forma, o EE ESMO deve priorizar esta prática desenvolvendo os seus cuidados com base nas evidências científicas já acima descritas e deve auxiliar a mãe neste processo, evitando todo o tipo de rotinas que destabilizem este momento.

Segundo vários autores, o início precoce do contacto pele a pele e consequentemente da amamentação influencia positivamente no sucesso da amamentação a longo prazo. Num estudo realizado em Espanha os resultados obtidos confirmam que o contacto precoce pele a pele influencia a duração da amamentação, uma vez que nos recém nascidos que tiveram um primeiro contacto com a mãe mais tardio, a duração da amamentação aos 6 e 12 meses diminuiu (Garcia et al., 2015).

Também Feitosa, Pereira e Campos (2014) referem no seu estudo que “... quanto mais precocemente o aleitamento materno for iniciado, maior será a chance do sucesso dessa prática” (p. 123). Sequeira, Pousa, e Amaral (2020) confirmam que “...Proporcionar precocemente este contacto pele a pele acarreta benefícios para o recém-nascido (...) e também para a mãe, pois ajuda a aumentar a duração da amamentação...” (p. 301).

Os resultados obtidos neste estudo corroboram esta influência uma vez que, de um total de 31 mães que amamentaram exclusivamente até aos 6 meses de idade, 67,7% realizaram contacto precoce pele a pele logo após o nascimento. Também relativamente ao total de 75 mulheres com filhos de idade igual ou superior a 6 meses de idade, 39 delas (52%) continuam a amamentar os seus bebés apesar de já terem iniciado diversificação alimentar. Destas mães que prolongam a amamentação após os 6 meses

de idade, 23 realizaram contacto precoce pele a pele (59%). Estes valores indicam-nos a influência positiva do contacto precoce pele a pele no posterior sucesso e duração do processo de amamentação, uma vez que mais de metade do grupo que realizou contacto pele a pele amamentou em exclusivo até aos 6 meses ou continuam a amamentar como complemento à alimentação tradicional (no caso de mulheres com bebés com mais de 6 meses).

Os resultados obtidos no estudo realizado por Lourenço (2019) confirmam também esta associação, tendo verificado que a prevalência de aleitamento materno exclusivo era mais elevada para as díades que fizeram contacto precoce pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida, do que as que não tiveram estes contactos.

Mais são os estudos que corroboram também esta influência positiva. Num estudo de Lospaus et al. (2012), onde os dados indicam que depois de estabelecer o contacto precoce pele a pele, o sucesso da amamentação seja 2,336 vezes superior do que se não se realizar contacto pele a pele.

Também os resultados do estudo realizado por Vaz (2015) corroboram que o contacto pele-a-pele entre mãe e recém-nascido imediatamente ao parto tem um efeito positivo na duração do aleitamento materno.

Sá e Rabelo (2021) referem que “O contacto pele a pele imediato e ininterrupto (...) está associado a um aumento nas chances de aleitamento materno exclusivo no momento da alta” (p. 2).

No estudo realizado por Pons et al. (2012) obtiveram como resultados uma prevalência de aleitamento materno aos 15 dias de vida de 83,6%, em mães que fizeram contacto pele a pele durante a primeira hora após o parto e a prevalência em mães que começaram a amamentar na primeira hora de vida foi de 86,3%.

Por fim, dos resultados relativos à questão de resposta aberta “De que forma o contacto pele a pele com o seu bebé influenciou a amamentação?” emergiram três categorias principais através das quais as mães definiam a importância do contacto precoce pele a pele e a sua correlação com o processo de amamentação, sendo elas: “Intenção prévia em amamentar”; “Fator facilitador na amamentação” e “Promotor de Vinculação”.

No que se refere à categoria “Intenção prévia em amamentar”, uma minoria da amostra considera que o contacto pele a pele não veio influenciar o processo de amamentação,

ou porque a amamentação já era uma decisão prévia e que em nada sofreu influência deste contacto, ou porque não apresentou uma relação direta com a amamentação. .

Algumas mães referem que o contacto pele a pele aumentou o sentimento de confiança, fazendo com que se sentissem mais serenas, refletindo-se no comportamento do bebé.

Esta serenidade do bebé e este sentimento de calma da mãe são um fator importante na adaptação à vida extrauterina. Fatores de stress são prejudiciais nesta fase adaptativa e há mães que também relatam este efeito calmante do contacto precoce pele a pele no recém-nascido. Tal como é referido num estudo por Matos et al. (2010), “O contacto pele a pele acalma o bebé e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento” (p. 999). O contacto pele a pele é considerado benéfico para o bebé, sendo que este se apresenta mais tranquilo quando em contacto com a mãe (Sanchez, Carrasco & Pérez, 2004).

O contacto pele a pele como fator facilitador na amamentação é descrito por vários autores como já foi referido acima.

Num estudo realizado por Feitosa, Pereira e Campos (2014), é referido que “... os recém-nascidos devem ser deixados nus sobre o abdómen da mãe, sem interrupção, até que consigam sugar pela primeira vez, devendo-se estimular ativamente os esforços e os reflexos para que o bebé alcance o seio materno” (p. 123).

O contacto pele a pele permite ao recém-nascido despertar o interesse pela mama, iniciar a sua procura e posteriormente a pega, tal como foi referido por várias mães nas suas respostas.

Num estudo realizado por Sanchez, Carrasco e Pérez (2004), foi possível observar que os comportamentos mais frequentes nos recém-nascidos colocados em contacto precoce pele a pele eram a procura do peito e o início da sucção, sendo que um maior tempo de contacto favorecia este comportamento.

Também Matos (2010) faz referência a esta influência, “A amamentação se destaca como benefício do contacto imediato ao tornar a sucção eficiente e eficaz, aumenta a prevalência e duração da lactação, além de influenciar de forma positiva a relação mãe-filho” (p. 999).

O contacto pele a pele como promotor da vinculação está comprovado em vários estudos e é também uma das categorias mais referidas pelas mães.

Vários autores confirmam esta influência positiva do contacto pele a pele na vinculação. Bezerra et al. (2016), refere que o contacto pele a pele tem como vantagem, “reduzir os efeitos dos traumas da separação provocados pelo nascimento, acelerando a vinculação mãe-filho” (p. 2052).

Também Carvalho (2010) refere que “A promoção dos laços afetivos é incentivada logo após o parto, através da aproximação corporal mãe/filho proporcionada pelos enfermeiros. Algumas maternidades nacionais começaram a apostar nesta técnica, a qual fortifica o vínculo afetivo mãe-bebé” (p. 65).

Melo e Weffort (2011), confirmam também que “O contacto pele a pele com a mãe é um procedimento simples para beneficiar o desenvolvimento do recém-nascido e proporcionar a construção do vínculo afetivo” (p. 60).

O contacto pele a pele é também descrito pelas mulheres como uma experiência positiva e única, vivenciada por cada uma de forma muito individual, que marca um momento importante das suas vidas.

Em suma, as percentagens de mães que realizaram contacto precoce pele a pele e amamentaram em exclusivo até aos 6 meses de idade do seu bebé são superiores a 60%, e as mães que continuaram a amamentar os seu filhos após estes iniciarem diversificação alimentar (após os 6 meses) e que tinham realizado contacto precoce pele a pele após o nascimento também ronda os 60%. Os resultados deste estudo demonstram, em termos gerais, que o contacto pele a pele durante as primeiras horas de vida proporciona resultados favoráveis no aleitamento materno, quer no sucesso, quer na manutenção (em exclusivo até aos 6 meses de idade como recomenda a OMS e como complemento à restante alimentação).

CONCLUSÃO

O presente relatório representa o culminar de um longo caminho percorrido, que permitiu um desenvolvimento além de académico e profissional, também pessoal. Este relatório integra a componente de estágio e a componente investigativa. Relativamente à componente de estágio foi realizada uma descrição e uma reflexão das competências desenvolvidas nos diferentes contextos da comunidade e da maternidade, bem como uma análise das atividades desenvolvidas e das estratégias delineadas para que os objetivos fossem atingidos.

O balanço da componente de estágio é positivo, uma vez que foram desenvolvidas com sucesso as competências comuns e específicas do EE ESMO, num processo de auto formação e aquisição de conhecimentos com base na análise crítica da prática e na pesquisa de evidência científica atual. De todas as competências desenvolvidas as que suscitaram mais interesse e expectativa na prática clínica foram “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” e a “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”. O estágio na sala de partos superou as expectativas e a sensação de ajudar uma criança a nascer e ser a primeira pessoa a “apresentar-lhe o mundo” é sem dúvida uma sensação única, gratificante e que faz todo o caminho valer a pena! O choro do bebé do primeiro parto realizado fez perceber que nenhum sonho é grande demais!

O contexto da pandemia veio dificultar muito o desenvolvimento do estágio, o qual teve várias interrupções que fizeram com que este percurso não fosse constante. Cada vez que era necessário interromper, as aprendizagens ficavam em suspenso. Sendo uma área tão específica e na altura pouco familiar, cada interrupção quebrava o ciclo de aprendizagem. Outra das dificuldades sentidas neste período de estágio na maternidade foi o facto da taxa de natalidade do nosso país ser extremamente baixa, segundo dados da PORDATA, em 2021 era de 7,7‰, o que dificultou a realização do número mínimo de partos e do número mínimo de recém-nascidos assistidos, que foi um fator de ansiedade associada ao facto de não saber quando conseguiria terminar.

Em relação à componente investigativa, o principal objetivo era conhecer o impacto do contacto precoce pele a pele no processo de amamentação. Inicialmente foi realizada

uma pesquisa de modo a perceber o estado da literatura acerca da temática selecionada, e posteriormente foi desenvolvida a questão de investigação, que deu origem ao questionário que serviu de base à recolha de dados.

Neste estudo a maioria da amostra havia realizado contacto precoce pele a pele, bem como amamentado os seus filhos, em valores percentuais superiores a metade da amostra. A grande maioria tinha frequentado cursos de preparação para o parto, pelo que se encontrava informada acerca destes temas, e teve oportunidade de vivenciar as duas experiências após o nascimento. A maioria das mães que amamentaram exclusivamente até aos seis meses de idade ou que prolongavam a amamentação como complemento após esta idade, tinham realizado contacto pele a pele, sendo que grande parte destas mulheres consideraram o contacto pele a pele como um fator facilitador da amamentação.

Os resultados deste estudo indicam-nos que o contacto precoce pele a pele influencia de forma positiva o início, a duração e a continuação da amamentação, resultados esses que vão corroborar os resultados de alguns estudos já realizados anteriormente.

O EE ESMO deve assumir a responsabilidade na promoção destas práticas, intervenções autónomas de enfermagem, seguindo as orientações da OMS, cumprindo o quarto passo da Iniciativa “Hospital Amigo dos Bebés”, devendo prorrogar todos os procedimentos rotineiros, bem como intervenções desnecessárias que impeçam este contacto ou que o tornem impessoal e rápido.

Uma das limitações sentidas foi a pouca literatura atual com enfoque na influência do contacto pele a pele na duração da amamentação. São temas muito estudados, mas de forma individual e não com foco na sua relação. Desta forma sugere-se a realização de mais estudos nesta área de grande importância e a realização de mais formação especializada com as equipas da sala de partos no sentido de atualizar a evidência científica, para promover este contacto natural e essencial entre a díade nos momentos imediatos após o nascimento, se mãe e filho se encontrarem estáveis. Isto resultará na melhoria da qualidade da assistência prestada, além do reconhecimento e consolidação do exercício da profissão de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, E. & Filho, J. (2004). O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev. Ciênc. Méd*, 13 (4), 381-388.
- Beck, D., Ganges, F., Goldman, S., Long, P. (2004). *Cuidados ao Recém-Nascido: Manual de Consulta*. Save the Children Federation. Disponível em: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf>
- Bezerra, L., Pereira, A., Jorge, H., Melo, L., Feitoza, S. & Amorim, M. (2016). Benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido. *RETEP*, 8 (4), 2050-2055.
- Carvalho, J. (2010). *Adaptação à Parentalidade: um desafio para novos pais* (Tese de Mestrado). Universidade de Coimbra, *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal*.
- Carvalho, J. M., Gaspar, M. F. & Cardoso, A. M. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 35 (3), 285–294.
- Carvalho, J. (2020). *Adaptação à Maternidade: Influência de uma Intervenção de Educação Parental em Mães Primíparas* (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Cruz, D., Sumam, N. & Spíndola, T. (2007). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP*, 41 (4), 690-697.
- Decreto -Lei nº 16/2007 de 17 de abril. *Diário da República nº75/2007 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral da Saúde (2014). *Registo do aleitamento materno: relatório janeiro a dezembro 2013*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade e cursos de recuperação pós-parto - Orientações*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Feitosa, E., Pereira, M. & Campos, J. (2014). Importância do Contato Precoce Mãe-Filho e sua Contribuição para o Sucesso do Aleitamento Materno. *J. Health Biol Sci*, 2 (3), 120-124.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebê. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (3), 521-539.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Galvão, D. M. P. G. (2006). *Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures, Portugal: Lusociência. ISBN 972-8930-11-9

- Garcia, J., Álvarez, A., Caballero, A., ... Solis, M. (2015). Factores ambientales relacionados con la duración de la lactancia: estudio de seguimiento a 1 año. *Acta Pediat. Esp*, 73 (4), 97-104.
- Hockenberry, M., Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (7ªed.). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.
- Kislaya, I., Braz, P., Dias, C. & Loureiro, I. (2015). *A evolução do aleitamento materno em Portugal nas últimas duas décadas: dados dos inquéritos nacionais de saúde*. Disponível em: <https://www.unicef.pt/media/1615/9-evolucao-do-aleitamento-materno-em-portugal-duas-decadas.pdf>.
- Lourenço, D. (2019). *Aleitamento materno: determinantes e prevalência na região de abrangência do centro hospitalar universitário cova da beira* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- Lospaus, S., Liánez, L., Montanes, M., & Acin, J. (2012). El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matrobas profesión*, 13 (1), 3-8.
- Lucchese, I., Góes, F., Santos, N., Pereira-Ávila, F., Silva, A. & Terra, N. (2021). Contacto pele a pele e amamentação na primeira hora de vida em tempos de Covid-19. *Revista de enfermagem UERJ*, 29, 1-10.
- Matos, T., Souza, M., Santos, E., Velho, M., Seibert, E. & Martins, N. (2010). Contacto precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 998-1004.
- Melo, S. & Weffort, V. (2011). Contato precoce do binômio mãe recém nascido após cesárea: alguém tem que começar. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21 (3), 59-62.
- Mendes, A. P. D., & Galdeano, L. E. (2006). Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5 (3), 363-371.
- Nené, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Newman, J. (2009). *The importance of skin to skin contact*. Disponível em: <http://theattachedfamily.com/membersonly/?p=1926>.
- OE & APEO. (2012). *Pelo direito ao parto normal – Uma visão partilhada*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Oliveira, M. (2016). Aleitamento materno: estudo da prevalência e fatores condicionantes nos primeiros seis meses de vida. *Pensar Enfermagem*, 20 (1), 1-12.
- Ordem dos enfermeiros. (2012). *Recomendações para a preparação para o nascimento*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa, Portugal: Goody S.A.
- OMS (2015). *Cuidados pós natais para mães e recém-nascidos*. Disponível em: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2016/03/WHO-PNC-2014-Briefer-A4-pr.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto Maternidade com qualidade*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-comqualidade/>

- Pedagógico, P. (2016). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos*. Coimbra, Portugal: ESEnfC.
- Pereira, M. A. (2006). *Aleitamento materno - Importância da correção da pega no sucesso da amamentação – resultados de um estudo experimental*. Loure, Portugal: Lusociência.
- Pons, M., Valle, P., Martinez, S., Leon, L., Galán, A., & Juan, F. (2012). Prevalencia de la lactancia materna en el sector de salud del Hospital «Son LLàtzer» de Palma de Mallorca. *Acta Pediatr. Esp.*, 70 (2), 186-194.
- Regulamento nº140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019. *Diário da República nº26/2019 – 2ª Série*. Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº391/2019 de 3 de Maio de 2019. *Diário da República nº85/2019 – 2ª Série*. Lisboa, Portugal
- Sá, P. & Rabelo, E. (2021). Contacto pele a pele mãe/filho na primeira hora de vida: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 95 (35), 1-8.
- Santos, L., Silva, J., Carvalho, E., Carneiro, A., Santana, R. & Fonseca, M. (2014). Vivenciando o contacto pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (2), 202-207.
- Sanchez, A., Carrasco, A., Pérez, M. (2004). El contacto precoz madre-hijo en el posparto: Satisfacción materna y vínculo afectivo. *Matronas profesión*, 5 (15), 12-18.
- Santos, A. (2011). *A importância do contacto precoce pele-a-pele entre mãe e bebé*. Recuperado de: http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79426E-9930-6CED2DFD0F7E/22430/ArtigocontactopeleapeleCHBA_final.pdf.
- Santos, L. et al. (2014). Experiencing skin to skin contact with the baby during the postpartum period as a mechanical act. *Revista brasileira de enfermagem*, 67 (3), 202-207.
- Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- The Royal College of Midwives (2012). *Evidence based guidelines for midwifery-lead care in labour*. Recuperado de: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Introduction.pdf>
- UNICEF (2020). *Estratégia de nutrição 2020-2030 do UNICEF*. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/111351/file/Nutrition%20Strategy%202020-2030.pdf>
- Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. (2019). *Estágio com relatório em enfermagem de saúde materna e obstetrícia – Guia orientador da componente de estágio de enfermagem na maternidade*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Vaz, T. (2015). *Contacto pele a pele e amamentação na primeira hora de vida*. (Tese de mestrado). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.19/3271>

APÊNDICES

APÊNDICE I

“Afetos e Sexualidade – As vossas questões!”



AFETOS E SEXUALIDADE



Conflitos

As vossas questões:

- ❖ O que é um abuso sexual? Quem o faz?
- ❖ O que fazer se alguém estivesse a abusar dos limites e nos ameaçasse para não contarmos a ninguém?
- ❖ O que fazer se alguém nos perseguir e tentar abusar de nós?
- ❖ Como é que nos podemos defender se um grupo grande nos tentar fazer mal?
- ❖ Em caso de rapto, o que poderia fazer?
- ❖ Como devemos agir se uma pessoa do outro sexo nos pedir um beijo ou para nos tocar, que seja muito mais velha que nós?

Abuso sexual

- É quando alguém obriga a outra pessoa a ter contacto sexual sem a sua vontade.



Não guardar segredo!!! É crime e tem de ser denunciado à polícia!

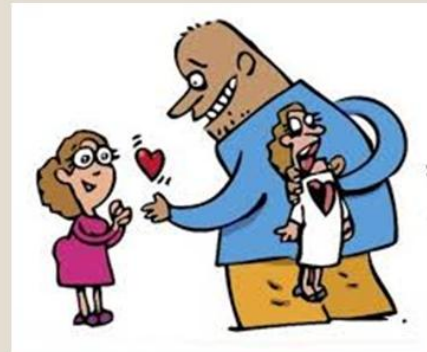
Não permitas que toquem nas tuas parte íntimas nem que façam nada com o teu corpo que te faça sentir desconfortável!

Se conseguires tenta fugir para perto de um adulto que te possa ajudar, por exemplo um auxiliar da escola...

Diz NÃO!!!



Não aceites nada de pessoas que não
conheces, mesmo que prometam que te
vão dar uma coisa que queres muito!



Não te sintas culpado! A outra pessoa é que está a agir mal
contigo!

Conta a um adulto de confiança! NUNCA guardes
segredo!



Conflitos Familiares

As vossas questões:

- ❖ É possível ser raptado por alguém da família?
- ❖ O que posso fazer se um familiar consumir droga?
- ❖ Porque é que existe violência doméstica?
- ❖ Porque é que as mulheres são mais agredidas que os homens?
- ❖ E se não gostarmos da pessoa com quem namora o nosso pai/a nossa mãe? O que podemos fazer quanto a isso?
- ❖ O que posso fazer para os meus pais não se chatearem um com o outro?



- A maioria dos raptadores são pessoas desconhecidas, no entanto pode acontecer ser um familiar!
- O mais importante é que estejas sempre acompanhado por alguém da tua confiança!

Quando sentires que algo está estranho, seja contigo ou com algum familiar, **não hesites em falar com um adulto em quem confies!**





A violência não é uma coisa normal, ninguém tem o direito de te bater com força ou de dizer coisas más!

Em caso de discussão, nunca te coloques no meio!

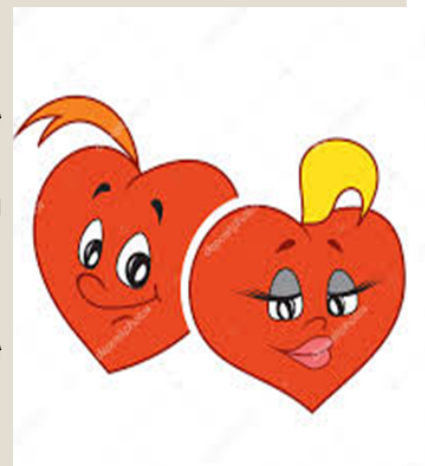
Se for necessário pede ajuda ao teu professor. Ele não vai contar aos teus pais!



Afetos e Sexualidade

As vossas questões:

- ❖ O que é o amor?
- ❖ Como nos apaixonamos?
- ❖ Qual é a diferença entre afetos e sexualidade?
- ❖ Dar um abraço ou um beijo na bochecha também é sexualidade?
- ❖ A sexualidade inclui a família?
- ❖ Como conseguimos distinguir amizade de amor?
- ❖ Como se fazem os bebés?
- ❖ O sexo é uma forma de exprimir sentimentos?





Os afetos são uma forma de mostrares às pessoas que gostas que elas são importantes para ti, dando-lhes beijinhos, abraços, mimos e atenção.
Fazem parte da sexualidade.



Não sentimos amor apenas pelos nossos namorados. Também sentimos amor pela nossa família, por exemplo, pelos nossos pais!

A sexualidade começa quando ainda estamos na barriga das nossas mamãs, quando elas descobrem se somos menina ou menino 😊



A diferença entre amor e amizade é que...

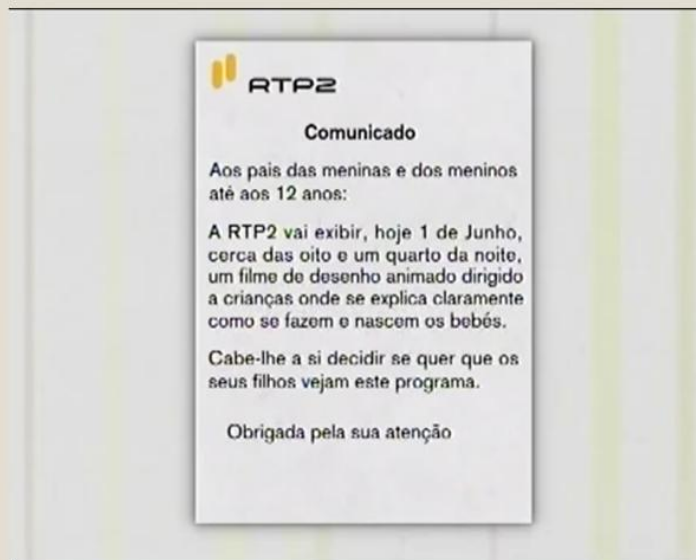


O amor normalmente cresce a partir de uma amizade muito forte e na qual confiamos muito. Começamos a gostar muito da outra pessoa, só nos apetece estar com ela e sentimos o coração acelerado quando a vemos.

Quando somos crescidos pensamos em construir uma família.



Vídeo: Como são feitos os bebés?



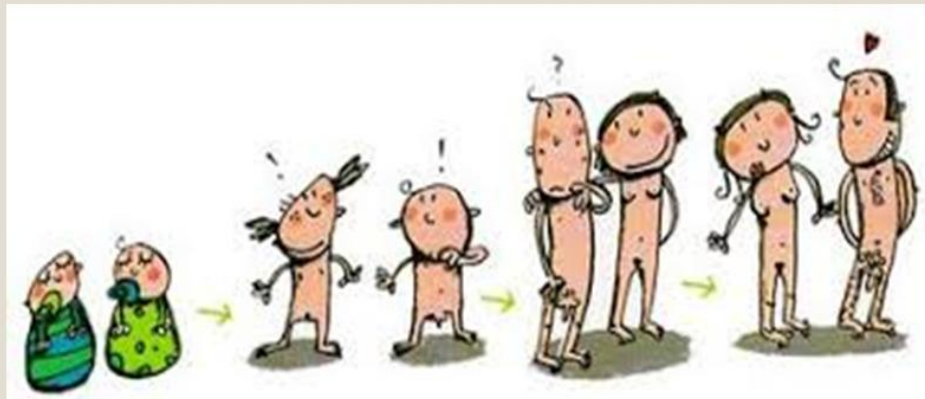
Alterações corporais

As vossas questões:

- ❖ O que acontece quando vem o período?
- ❖ As borbulhas são hereditárias?



Se vestirmos um bebê menino de cor de rosa mesmo assim não sabemos se é menino ou menina se não lhe tirarmos a fralda. Quando nascemos já somos diferentes, mas na adolescência o corpo começa a mudar... surgem borbulhas, aparece a barba nos rapazes e crescem os seios nas raparigas.



E a menstruação???

- ✓ É a saída de sangue pela vagina, normalmente ocorre uma vez por mês e dura cerca de 3 a 5 dias
- ✓ Acontece porque o útero estava preparado para receber um bebê que não chegou
- ✓ É uma coisa normal e que todas as mulheres têm
- ✓ Significa que a rapariga já pode ter bebés



Borbulhas, e agora??

As borbulhas aparecem porque a pele produz mais gordura na adolescência, é normal, e acaba por passar com a idade.



Transexualidade /Homossexualidade vs Heterossexualidade

As vossas questões:

- ❖ As meninas podem namorar umas com as outras?
- ❖ Porque é que agora se podem mudar de sexo?

A famílias não são todas iguais.... O que interessa é que exista muito amor e que todas as pessoas da família se protejam!



As famílias não existem para que obrigatoriamente se tenham filhos!



A família é constituída pelas pessoas que nos amam e que nos transmitem valores e nos ensinam a sermos melhores!

Nem sempre as pessoas se apaixonam por pessoas do sexo oposto...
E podem sentir-se felizes e têm o direito de ser respeitadas!



Mudar de sexo...

Nem todas as pessoas se sentem bem com o corpo que têm...



São pessoas que nascem com órgãos genitais e hormonas de um sexo, mas têm a mente, desejos e pensamentos próprias do sexo oposto, o que as leva a mudar de sexo.

*Só é possível
ensinar uma
criança a amar,
amando-a.*

Johann Goethe



APÊNDICE II

Guião de aula prática de preparação para o parto



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

VIII MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA
XII CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

DIANA LOPES SILVA

GUIÃO DE AULA PRÁTICA DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO



Coimbra, 2019



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

VIII MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA
XII CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

DIANA LOPES SILVA

GUIÃO DE AULA PRÁTICA DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Trabalho realizado no âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Comunidade, 1ºano, sob a orientação pedagógica da Professora Sandra Campinos e sob tutoria da Enfermeira Carla Silveira.

Coimbra, 2019

LISTA DE SIGLAS

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

PPP – Preparação Para o Parto

INTRODUÇÃO

A gravidez corresponde a um período de preparação física e psicológica, para o nascimento e parentalidade. Tornar-se pai e mãe é considerado uma das etapas de maturação da vida adulta, representando um período de múltiplas aprendizagens quer para os progenitores quer para os que lhes estão próximos (Lowdermilk e Perry, 2008).

Esta nova etapa do ciclo de vida implica o ajustamento a um conjunto de mudanças físicas e psicológicas, constituindo uma transição para a família, que se prepara para redefinir papéis e relações, alterar rotinas e adquirir competências que permitam cuidar do recém-nascido.

“A gravidez e o parto são fases únicas na vida de uma família, em especial na vida da mulher, e compreendem um período de construção e desenvolvimento. Neste sentido, reconhece-se que a preparação pré-natal é essencial (...)” (Nené, Marques e Batista, 2016, p. 152).

Os cursos de Preparação Para o Parto (PPP) constituem uma ferramenta essencial de educação para a saúde na fase da gravidez, que constitui uma transição de desenvolvimento. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) é um elemento facilitador para a vivência da transição para a parentalidade.

“Os cursos de preparação para o nascimento e parentalidade parecem assumir grande importância na experiência de parto e pós-parto e no processo de construção da parentalidade dos futuros pais” (Nené, Marques e Batista, 2016, p. 153).

Todos os exercícios realizados nestas aulas e todos os temas abordados, constituem ferramentas que empoderam a mulher, tornando-a conhecedora também do seu próprio corpo, e mais capaz e confiante para enfrentar esta etapa.

1. EXERCÍCIOS PRÁTICOS PARA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Nas sessões práticas de preparação para o parto, podem realizar-se diferentes tipos de exercícios, sendo que habitualmente estão integrados exercícios de aquecimento, alongamento e flexibilidade, exercícios das básculas e do assoalho pélvico/fortalecimento perineal, exercícios respiratórios e por fim relaxamento.

Os exercícios de alongamento e flexibilidade têm como principais objetivos aliviar os desconfortos posturais associados às alterações musculo-esqueléticas da gravidez, favorecer o retorno venoso nos membros inferiores, diminuindo os edemas e fortalecer os diferentes músculos, por exemplo os músculos perineais e os peitorais

Os exercícios das básculas e do assoalho pélvico permitem fortalecer os músculos perineais, aumentando a sua capacidade elástica, facilitando o período expulsivo e evitando situações de incontinência urinária no pós parto (nomeadamente através dos exercícios de Kegel), ajudar ao posicionamento do bebé – encravamento, e permitindo que a grávida adote uma postura correta.

Os exercícios de respiração auxiliam a mulher a ter controlo do seu corpo e a conseguir colaborar durante o parto, e os principais objetivos são permitir a correta oxigenação do bebé, evitar perdas de energia desnecessárias, distrair a grávida da sensação de dor através da concentração na técnica respiratória.

De seguida será apresentado um guião com exercícios dos diferentes tipos, de forma a que as grávidas possam exercitar os diferentes grupos musculares e desta forma estarem mais capacitadas para o parto e pós-parto.

Os exercícios serão realizados em colchão, com auxílio de rolos e da bola de pilates e em pé ou bola. Os exercícios das básculas serão realizados na bola de pilates pelas grávidas com uma idade gestacional de 33 semanas ou mais.

Iniciar os exercícios na posição de pé, com pés ligeiramente afastados de modo a criar uma boa base de sustentação que permita manter o equilíbrio.

- ✓ Realizar movimentos de flexão lateral do pescoço (esquerda-centro-direita);
- ✓ Realizar movimentos de flexão anterior e posterior do pescoço (frente-centro-atrás);
- ✓ Realizar movimentos de rotação da cabeça, em ambos os sentidos;
- ✓ Colocar as mãos nos ombros e fazer rotação dos membros superiores;
- ✓ Ainda com as mãos nos ombros, rodar o tronco para a esquerda e para a direita, durante 3 segundos em cada lado;
- ✓ Fazer flexão da articulação escapulo-umeral, á direita e á esquerda;
- ✓ Com uma mão na cintura, inclinar o tronco para o outro lado, com o braço do lado oposto alongado na região lateral do pescoço. Segurar durante 10 segundos e repetir para o outro lado;
- ✓ Com os braços esticados ao longo da cabeça e as mãos entrelaçadas, fazer flexão lateral da coluna, para ambos os lados alternadamente, repetir 3 vezes;
- ✓ Elevar os braços á altura dos ombros, juntar as duas mãos e fazer força com as palmas das mãos, uma contra a outra, como se estivessem a esmagar uma noz, durante 5 segundos. Relaxar e repetir duas vezes;
- ✓ Fletir as pernas alternadamente e fazer movimentos circulares e com rotação externa, com o joelho direito e esquerdo de forma alternada;
- ✓ Colocar as mãos nas cristas ilíacas e fazer movimentos circulares com a cintura (frente-direita-trás-esquerda), e depois no sentido oposto; (1)
- ✓ Fazer movimentos pélvicos para a frente e para trás (jogar o rabo para trás e puxar a barriga para a frente), alternadamente; (2)
- ✓ Subir e descer as ancas (fazendo elevação do calcanhar) alternadamente, sem mexer o tronco (3);
- ✓ Com as mãos na cintura, dobre um joelho e a ponta do pé e estique em seguida.

Os exercícios das básculas (1, 2 e 3) podem ser realizados na bola de pilates por grávidas com 33 semanas ou mais de idade gestacional. O exercício 3 em que são realizadas oscilações laterais da pélvis, realizado na bola de pilates deve ser feito com as plantas dos pés apoiadas no solo e em simultâneo com os movimentos laterais, fazer estiramento dos músculos abdutores.

- ✓ Após realização dos exercícios das básculas, ainda de pé e com a bola de pilates encostada á parede e suportada com a região dorsal, realizar uma série de 5 agachamentos.

Após realização destes exercícios passar para o colchão e sentar com as pernas esticadas:

- ✓ Sentada no colchão, fazer movimentos de rotação interna e externa dos pés (desenhando círculos);
- ✓ Ainda na mesma posição fazer movimentos de extensão e dorsiflexão dos pés e posteriormente de extensão e flexão das pernas.

Estes exercícios realizados durante a gravidez ajudam a diminuir os edemas dos membros inferiores, facilitando o retorno venoso, e se realizados no pós-parto imediato diminuem o risco de vir a desenvolver trombos derivados do repouso no leito após o parto.

- ✓ Deitada no colchão, em decúbito dorsal, com as pernas esticadas, abrace uma perna para o lado, para não apertar a barriga, e sustente por 30 segundos. Estique a perna dobrada e faça o mesmo com a outra perna;

Os próximos dois exercícios serão realizados com o objetivo de fortalecer os músculos perineais, através da realização dos exercícios de Kegel, que consistem em Contrair os músculos do períneo (“imaginar que estão a apertar uma bolinha no interior da vagina” ou “imaginar que estão a interromper o jacto de urina”), suste o movimento alguns segundos e relaxar. Estes exercícios ajudam também a prevenir episódios de incontinência urinária.

- ✓ Deitadas no colchão em decúbito dorsal, com as pernas fletidas, elevar o abdômen (posição da ponte)e contrair os músculos perineais durante 5 segundos e relaxar;
- ✓ Com um rolo entre os joelhos, apertar o rolo com os joelhos e realizar a contração dos músculos do períneo em simultâneo;

Deverão agora passar para a posição de gatas:

- ✓ De joelhos no colchão, afastados á largura dos ombros, colocar as mãos na bola de pilates que se deve encontrar á frente, e fazer movimentos para a frente e para trás, empurrando a bola até ficar em posição de “gata”;

De seguida a posição da “gata assanhada” permite mobilizar a pélvis, ajudando o bebé a encaixar na bacia materna, facilitando o período expulsivo e permite aliviar dores lombares. Esta posição consiste em se colocar de gatas, de gatas com as mãos apoiadas no chão, alinhadas com os ombros e os membros inferiores ligeiramente afastados:

- ✓ Posição da gata assanhada: Inspirar com cabeça levantada e a olhar para o teto, ficando a região dorsal côncava. De seguida expirar, arqueando as costas e olhando para a barriga e com a região dorsal convexa;

Para finalizar, voltar a sentar no colchão, com pernas em forma de borboleta, fazer uma inspiração e expiração profunda e iniciar o treino dos exercícios de respiração tipo 1: Cheirar uma flor e inclinar a chama de uma vela sem a apagar. Repetir duas a três vezes.

Estes exercícios de respiração permitem uma correta oxigenação do bebé durante o trabalho de parto e permitem também que a grávida se mantenha concentrada e colaborante. A respiração tipo 1 é a utilizada durante a contração e é uma respiração profunda e pausada.

CONCLUSÃO

As sessões práticas de preparação para o parto são essenciais para tornar a mulher conhecedora do seu próprio corpo e capaz de se autocontrolar e colaborar durante o trabalho de parto.

É com estes exercícios que a grávida toma consciência da sua bacia óssea e das suas estruturas musculares e desta forma poderá fazer parte integrante da equipa durante o parto.

A participação do pai nestas sessões constitui também uma forma de o integrar nesta fase da gravidez, de modo a que não se sinta excluído, e também ele é um elemento ativo na sala de partos, uma vez que será o apoio da grávida e desta forma também poderá ajudá-la a colocar em prática os exercícios aqui aprendidos.

É de extrema importância que estes exercícios da PPP sejam adequados á situação clínica de cada grávida e á sua idade gestacional, para que não surjam complicações e para que os objetivos dos exercícios sejam atingidos.

BIBLIOGRAFIA

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). Enfermagem na maternidade (7ªed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.

Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). Enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa, Portugal: Lidel.

APÊNDICE III

“Higiene Íntima e Sexualidade Responsável”



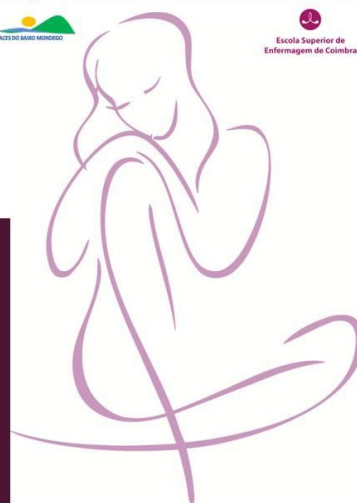
SAÚDE DA MULHER

- HIGIENE ÍNTIMA
- SEXUALIDADE RESPONSÁVEL

Diana Silva

Francisca Matos

Enf.ª Carla Silveira



HIGIENE ÍNTIMA

HIGIENE ÍNTIMA

- A higiene íntima é muito importante para a saúde íntima da mulher e para um maior conforto e bem-estar.
- Se não for adequada pode levar a irritações, infecções, micoses ou secura vaginal.



HIGIENE ÍNTIMA

- Os genitais têm odores próprios, que são normais.
- A mulher tem glândulas sudoríparas (responsáveis pelo suor) na vulva que produzem um cheiro característico.



HIGIENE ÍNTIMA

É importante fazer uma **higiene diária e adequada**, mas que não seja abusiva, uma vez que a vagina possui bactérias que a protegem das infecções e que, por isso, não devem ser destruídas.



OS EXCESSOS NA HIGIENE ÍNTIMA PODEM SER TÃO PREJUDICIAIS COMO A AUSÊNCIA DA MESMA.

É NECESSÁRIO NÃO ABUSAR DA HIGIENE ÍNTIMA PARA NÃO PREJUDICAR A FLORA VAGINAL.

HIGIENE ÍNTIMA – COMO FAZER?



COMO FAZER A HIGIENE ÍNTIMA? COM QUE FREQUÊNCIA?

- A higiene íntima deve ser realizada diariamente!
- Deve ser realizada no sentido da região vaginal para a anal.
- Os sabonetes mais aconselhados são com pH neutro.



5 REGRAS PARA FAZER A HIGIENE ÍNTIMA E EVITAR DOENÇAS



5 CONSELHOS PARA EVITAR INFECÇÕES URINÁRIAS/VAGINAIS



HIGIENE ÍNTIMA E CICLO MENSTRUAL

Durante a menstruação deve-se manter a higiene íntima habitual e reforçá-la, se necessário!

Menstruação: libertação de uma pequena quantidade de sangue juntamente com o revestimento interior do útero, durante aproximadamente 5 dias



TOMAR BANHO E USAR PROTETOR DIÁRIO



OUTRA DICA IMPORTANTE É ESCOLHER O ABSORVENTE EXTERNO CORRETO PARA O SEU FLUXO MENSTRUAL



USE SABONETES ÍNTIMOS OU COM PH NEUTRO



NÃO USE DUCHAS DE PRESSÃO DE ÁGUA/CHUVEIRINHO



PARA SE SENTIR MAIS FRESCA TROQUE O PROTETOR DIÁRIO AO LONGO DO DIA



FIQUE ATENTA AO TEMPO DE TROCA DO ABSORVENTE INTERNO

DURANTE A MENSTRUÇÃO DEVERÁ ANDAR SEMPRE PROTEGIDA!
QUAIS AS OPÇÕES?

Pensos Higiênicos



Durante o dia, os pensos higiênicos devem ser mudados aproximadamente de **4 em 4 horas**, dependendo da **quantidade de fluxo**. Existem diferentes tipos para satisfazer as diferentes necessidades de proteção.

DURANTE A MENSTRUÇÃO DEVERÁ ANDAR SEMPRE PROTEGIDA!
QUAIS AS OPÇÕES?

Tampão



- O tampão deve ser mudado quando tiver atingido a capacidade máxima ou até um **máximo de 8 horas** após a colocação.
- A quantidade de fluxo determina a frequência com que se deve mudar o tampão.
- Nos primeiros dias, quando o fluxo é mais abundante, pode ser preciso de mudar o tampão a cada 3 horas.

DURANTE A MENSTRUACÃO DEVERÁ ANDAR SEMPRE PROTEGIDA!

QUAIS AS OPÇÕES?

Copo Menstrual



- Na primeira utilização e entre os ciclos menstruais o copo deve ser fervido em água. Isto vai permitir uma correta higienização e destruir eventuais bactérias.
- + económico
- + ecológico
- Pode ser usado até 12 horas seguidas, bem como durante o sono.
- Pode ser utilizado durante 10 anos!

COMO SE UTILIZA O COPO MENSTRUAL?



1

1ª UTILIZAÇÃO E ENTRE MENSTRUACÕES

Na primeira utilização e entre menstruações deve ferver o Lunette em água abundante durante 2-5 minutos. Lave sempre bem as mãos quando o colocar e/ou remover. Pode molhar ou usar um lubrificante à base de água para facilitar a colocação.



2

COLOCAR

Espalme e dobre. Aperte-o firmemente com a abertura para cima e guie-o para o interior da vagina até encontrar a posição correta. O Lunette fica mantido por vácuo, e pelos músculos vaginais. Consulte outras formas de colocar em www.lunette.pt.



3

REMOVER

Puxe gentilmente a patilha até chegar à base. Em seguida aperte a base para libertar o vácuo e puxe lentamente o Lunette até removê-lo por completo. Utilize os músculos vaginais para ajudar.



4

LAVAR

Deite o conteúdo na sanita e lave bem usando água quente ou fria. Pode utilizar o líquido de limpeza Lunette para uma higienização mais rigorosa. Fora de casa limpe-o com as toalhitas desinfetantes Lunette, papel higiénico, álcool-gel, ou mesmo com água que leve numa garrafa. Depois de limpo, volte a inserir, repetindo o processo anterior.



5

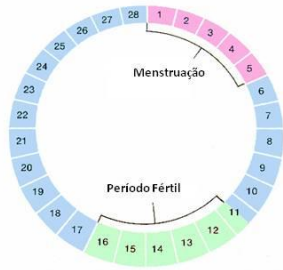
REUTILIZAR

Após cada menstruação, guarde o Lunette na bolsinha respectiva, num local fresco e ventilado. Não o guarde em recipientes herméticos ou sacos de plástico.

Lunette
copo menstrual

CICLO MENSTRUAL

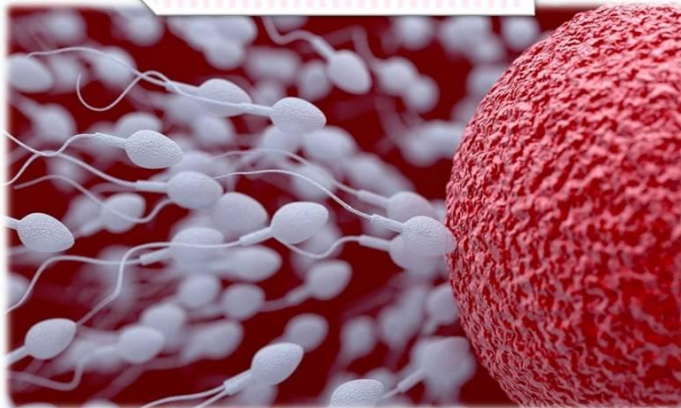
Pré-ovulação: Depois do último dia do período (do 6º ao 13º dia), o ovário começa a produzir os estrogênios que vão amadurecendo o óvulo. O útero fica mais grosso e rico em sangue, para alimentar o embrião, caso ocorra uma gravidez.



Ovulação: Por volta do 14º ou 15º dia antes do novo período, o óvulo termina o amadurecimento e sai do ovário, sendo captado por uma das trompas de Falópio. Os dias mais férteis da mulher costumam ser os compreendidos entre o 12º e o 16º.

Pós-ovulação: O óvulo maduro encontra-se na trompa de Falópio, viajando até ao útero. Se não for fecundado por um espermatozoide, desintegrar-se-á. O revestimento do útero deixa de ser necessário e sairá pela vagina: é novamente o período. Esta fase dura 14 dias e, ainda assim, pode ocorrer uma gravidez.

COMO CALCULAR O PERÍODO FÉRTIL



DUAS INFORMAÇÕES ESSENCIAIS:

1. Após a ovulação, o óvulo permanece viável por cerca de 24 horas.
2. Os espermatozóides sobrevivem dentro do aparelho reprodutor feminino até 5 dias, sendo as primeiras 48 horas o seu período de maior atividade. Isso significa que o período fértil costuma ser de até 5 dias.

Mesmo que a mulher só ovule 3 dias depois do ato sexual, é possível ainda haver espermatozoides viáveis na sua trompa, à espera do óvulo.



COMO CALCULAR?

Ao longo dos últimos 6 meses, conta-se o n.º de dias do menor ciclo e subtraímos 18; contamos o n.º de dias do maior ciclo e subtraímos 11.

Por exemplo, se o menor ciclo foi 25 dias e o maior foi de 34 dias, então:

$$25 - 18 = 7$$

$$34 - 11 = 23$$

Os 5 dias de período fértil poderão cair a qualquer momento entre os dias 7 e 23 do ciclo.



SEXUALIDADE RESPONSÁVEL



MÉTODOS CONTRACEPTIVOS



MÉTODOS CONTRACETIVOS

	Naturais	• Abstinência periódica • Coito interrompido • Calendário • Muco cervical • Temperatura basal	
	Hormonais	• Oral (Pilula) • Anel vaginal • Implante • Adesivo transdérmico	
	Barreira	• Preservativo masculino • Preservativo feminino • DIU • Espermicida • Diafragma	

COLOCAÇÃO DO PRESERVATIVO MASCULINO



Abra o preservativo, retire-o com cuidado para não rasgar e coloque-o quando o pénis estiver ereto, antes que haja qualquer contacto entre o pénis e o corpo do(a) parceiro(a).

Segure na extremidade do preservativo entre o dedo indicador e o polegar; coloque-o na glândula e retire o ar do reservatório de esperma.

Enquanto segura na extremidade do preservativo com uma mão, com a outra mão desenrole-o suavemente até cobrir a totalidade do pénis. Se por acaso sair do sítio, volte a enrolá-lo. Se sair do pénis deve colocar um preservativo novo.

Logo após a ejaculação, com o pénis ereto, retire o preservativo. Descarte-o de uma maneira higiénica.

COLOCAÇÃO DO PRESERVATIVO FEMININO



ficar suspenso.

Use uma mão para segurar na esponja e no rebordo em V juntos. Certifique-se que estão os dois dedos a tocar na esponja.

Use os dois dedos para empurrar o preservativo para dentro da vagina, o mais profundo possível, certificando-se que a esponja fica completamente aberta depois de ter sido introduzida.

Depois do uso e da ejaculação masculina, torça o preservativo 3 vezes de forma a fechar a abertura do preservativo e evitar algum derrame de esperma.

Depois retire gentilmente o preservativo da vagina usando uma mão para segurar o rebordo e outra mão para conduzir a esponja.

DUPLA PROTEÇÃO

A dupla proteção consiste na utilização simultânea do preservativo e da pílula, por forma a evitar uma gravidez indesejada e prevenir a transmissão de infeções sexualmente transmissíveis.



ESQUECIMENTO DA TOMA DA PÍLULA

■ Se ocorreu há menos de 12 horas: a fiabilidade da pílula é mantida.

Tome o comprimido logo que se lembre e tome os comprimidos seguintes à hora habitual.

■ Se ocorreu há mais de 12 horas: a fiabilidade da pílula pode estar reduzida.

Tome o comprimido esquecido logo que se lembre e tome os comprimidos seguintes à hora habitual.

Tome precauções contracetivas adicionais (método de barreira) durante os 7 dias seguintes.



PÍLULA DO DIA SEGUINTE

A contraceção de emergência deve ser utilizada nas horas seguintes à relação sexual que se julga de risco, de preferência o mais breve possível até ao período máximo de 72 horas.



INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

- São infeções transmitidas maioritariamente através do contacto sexual, seja sexo vaginal, anal ou oral.
- São um problema de saúde pública e estão associadas a complicações graves e morbilidade.

“Estima-se que no mundo,
diariamente, mais de um milhão de
pessoas contraem uma IST”

(OMS, 2016)



INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Corrimento vaginal/corrimento uretral;
- Prurido;
- Disúria;
- Dores na região pélvica;
- Dispareunia;
- Febre;
- Presença de lesões nos órgãos genitais, boca ou ânus.



Sintomas muitas vezes desvalorizados, que conduzem a complicações graves...



VANTAGENS DO USO DE PRESERVATIVO

- É o único método que previne as IST's e a gravidez indesejada, se corretamente utilizado;
- Não necessita de acompanhamento médico;
- Pode contribuir para diminuir situações de ejaculação precoce;
- Não tem efeitos secundários graves ou contraindicações;
- A sua colocação pode ser integrada de forma criativa nos jogos preliminares duma relação sexual.



INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

IST's

*A prevenção
é o melhor
tratamento*



AUTO-EXAME DA MAMA

**Autoexame
das mamas:
aprenda a fazer**



NO ESPELHO

Fique atento a mudanças: achatamento, saliência, enrugamento, vermelhidão, aspereza e sensação de dureza nos seios.



NO BANHO

Com um dos braços erguidos colocado por trás da cabeça, apalpe e pressione seus seios em busca de corpos estranhos. Por último, pressione os mamilos e verifiquem se eles expõem algum líquido de coloração vermelha ou anormal.



DEITADA

Posicione uma de suas mãos sob a cabeça e com a parte interna dos dedos da outra mão, pressione gentilmente no sentido de fora para dentro, em formato de espiral. Fique atento a engrossamento do tecido e pequenas protuberâncias.

Procure o médico se encontrar alguma anormalidade.

AUTO-EXAME DA MAMA



Se ame!

Se cuide!

Previna-se!

INCONTINÊNCIA URINÁRIA – COMO PREVENIR?

FAZER EXERCÍCIOS COM OS MÚSCULOS PÉLVICOS (EXERCÍCIOS DE KEGEL)



Já ouviu falar?

OBJETIVOS E VANTAGENS DOS EXERCÍCIOS

- ✓ Fortalecer o pavimento pélvico;
- ✓ Reforçar a sustentação da bexiga e do intestino e fortalecer a vagina;
- ✓ Diminuir o risco de incontinência urinária ou queda da bexiga.



EXERCÍCIOS DE KEGEL

Podem ser realizados de 2 formas:

- 1 - Lentamente: Contrair o músculo pélvico, manter a contração contando até 3, e relaxar;
- 2 - Rapidamente: Contrair o músculo pélvico, e relaxá-lo o mais rapidamente possível;



FIM

DÚVIDAS?



OBRIGADA

APÊNDICE IV

Projeto alargado para a comissão de ética da UICISA

	ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO (Despacho nº 3410/2019, de 27 de Março)
--	---

I – IDENTIFICAÇÃO

Estudante
Nome: Diana Lopes Silva
Telef: 913970350
email: diana.s93@hotmail.com

Dados do Projecto
Título: O contacto precoce pele a pele e a amamentação: Perspetiva das mães Área e sub-área do Conhecimento: Ciências da saúde – Enfermagem Descritores: <i>Early skin to skin contact; Mother infant relations; Mother; Breastfeeding</i>
Resumo: Introdução: Os primeiros minutos de vida do recém-nascido constituem uma complexa adaptação à vida extra uterina, em que todos os sistemas do recém-nascido se têm de adaptar a um ambiente diferente ao que foi o seu durante nove meses. Assim que o bebé nasce, o contacto imediato entre a mãe e o recém-nascido transmite ao bebé uma sensação de conforto e segurança após ter sido exposto a uma situação agressiva, que é a passagem pelo canal de parto. A Ordem dos Enfermeiros e a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras referem que o contacto precoce pele a pele deve ser facilitado imediatamente após o

parto, sendo considerado uma prática promotora do parto normal, assim como a amamentação na primeira meia hora de vida, sendo intervenções que facilitam o processo de vinculação, e são essenciais para o saudável desenvolvimento físico e mental da criança.

Metodologia: Estudo de natureza quantitativa do tipo exploratório-descritivo. A amostra será do tipo não probabilística, por conveniência ou acidental e em bola de neve, constituídas por mães com bebés até aos dois anos, que após a leitura do consentimento informado aceitem participar no estudo.

Objetivos: Conhecer o impacto do contacto precoce pele a pele no processo de amamentação: perspectiva das mães

Resultados Esperados: Este estudo tem como finalidade fornecer aos EESMO evidências científicas de que o contacto precoce pele a pele entre a mãe e o recém-nascido, imediatamente após o parto (no caso de ambos se encontrarem clinicamente estáveis), influencia e facilita o processo de amamentação, de modo a que esta intervenção simples seja cada vez mais implementada nas salas de partos e que se repercuta em benefícios como os previstos pela OMS, como o aumento da duração do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade.

Orientador: Professora Júlia Maria das Neves Carvalho

Co-orientadora: Professora Cláudia Patrícia da Costa Brás

II – PROJECTO

1. INTRODUÇÃO (assunto, problema, marco teórico, relevância, justificação e viabilidade)

No âmbito da prática clínica em obstetrícia, salientam-se de entre as práticas promotoras do parto normal o fomentar de práticas específicas, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, nascimento e pós-parto, incluindo: “(...) possibilitar o contato pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e amamentação” (Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2012, p.23).

Os primeiros minutos de vida do recém-nascido constituem uma complexa adaptação à vida extra uterina, em que todos os sistemas do recém-nascido se têm de adaptar a um ambiente diferente ao que foi o seu durante nove meses. A sua sobrevivência deixa de ser assegurada pela placenta, e o recém-nascido está num mundo que parece que não satisfaz as suas necessidades.

O contacto precoce pele a pele com a mãe, o toque, logo após o parto, nos primeiros minutos, está evidenciado naquele que é o quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés: “Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora de vida após o nascimento”. De acordo com as recomendações da OMS/UNICEF, o recém-nascido deve ser colocado à mama na primeira meia hora de vida, cumprindo desta forma a quarta medida promotora do aleitamento materno.

Em parturientes de baixo risco, é desaconselhada a utilização, por rotina, de práticas e procedimentos cujo benefício não esteja evidenciado, incluindo: “ (...) separação da mãe e recém-nascido para prestar cuidados de rotina a este último” (OE & APEO, 2012, p. 24).

Deve ser adiado qualquer procedimento rotineiro ao recém-nascido, que o separe desnecessariamente da mãe durante a primeira hora de vida, de modo a que o contacto precoce pele a pele seja estabelecido e não seja interrompido.

O contacto pele a pele que está evidenciado neste passo, tem como objetivo facilitar a adaptação do recém-nascido na transição do espaço intrauterino para o extrauterino, constituindo uma forma de incentivo e promoção do aleitamento materno no pós-parto imediato, trazendo benefícios a curto e longo prazo no estabelecimento da amamentação (Santos et al., 2014).

2. REVISÃO DA LITERATURA (enquadramento sobre o tema)

De acordo com várias pesquisas, há um período materno sensível por um curto período de tempo após o nascimento, no qual os pais têm uma habilidade única para estabelecer laços com os seus filhos (Hockenberry, Wilson, Winkelstein, 2006).

Néné, Marques e Batista (2016), referem que “A promoção da interação entre os pais e o recém-nascido imediatamente após o parto tem de ter em consideração o facto de este último se encontrar num estado de inatividade alerta, que é mantido durante 45 a 60 minutos após o nascimento, logo este período é o momento propício para incentivar essa ligação” (p. 491).

É durante este estado de alerta do recém-nascido que se verifica imediatamente após o parto, que se verifica a transição para a vida extrauterina e que constitui um período sensível para o mesmo. Como referem Bezerra et al. (2016), “A transição da vida fetal para a neonatal envolve uma série de transformações anatómicas e principalmente fisiológicas que, quando bem sucedidas, garantem a automanutenção do recém-nascido, ao término do período de suporte placentário.” (p. 2051).

O contacto precoce pele a pele entre a mãe e o bebé contribui para o desenvolvimento do vínculo afetivo, e ajuda a adaptação de recém-nascido ao meio ambiente não estéril providenciando desta forma as condições necessárias para tornar esta adaptação o menos stressante possível. A minimização do número de procedimentos e intervenções desnecessárias a que o recém-nascido é sujeito logo após o nascimento é uma das formas de facilitar esta adaptação, “...suavizando o impacto da diferença entre o mundo intra e extra-uterino” (Cruz, Sumam e Spíndola, 2007, p. 691).

O contacto pele a pele possibilita também o início precoce da amamentação e ajuda no seu sucesso, ou seja, no desmame tardio da amamentação exclusiva. Tal como referem Cruz, Sumam e Spíndola (2007), “A fim de evitar separações desnecessárias entre o binómio, o que poderia prejudicar o aleitamento materno e a aproximação do bebé, é importante reduzir ao estritamente necessário os procedimentos realizados no pós-parto imediato, quando se tratar de um bebé de baixo risco” (p. 691).

Assim sendo, cabe ao enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia promover a prática do contacto pele a pele que não tem custos e é de fácil realização, caso a mãe e o recém-nascido estejam estáveis, necessita apenas da vontade da mãe e do profissional de saúde para que seja concretizada. Segundo a OMS o contacto pele a pele ainda neste período favorece o processo de vinculação que se inicia durante a gestação, mas assume

uma maior intensidade durante o parto e no puerpério imediato. A interação entre a mãe e o recém-nascido é essencial para o saudável desenvolvimento físico e mental da criança, sendo este contacto íntimo deve ser facilitado imediatamente após o parto.

O contacto pele a pele é uma prática humanizada de cuidados, que além de facilitar o processo de vinculação entre a mãe e o seu bebé, ajuda na termorregulação, no controlo da dor do recém-nascido, na estabilização da frequência cardíaca e estimula a amamentação, ajudando no seu sucesso.

Os cursos de preparação para o parto e nascimento são essenciais para transmitir conhecimentos ao casal grávido e segurança para o momento do parto e do pós-parto, ajudando-os na tomada de decisões. Segundo as recomendações da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica, os cursos de preparação para o nascimento são fundamentais para empoderar o casal no contacto e vinculação precoces através da não separação mãe-bebé. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o aleitamento materno é uma das temáticas que devem ser abordadas na componente teórica destes cursos, nomeadamente as recomendações da OMS/UNICEF relativamente à importância da amamentação exclusiva e à importância da mesma na primeira meia hora de vida, juntamente com o contacto pele a pele (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora de vida é o quarto passo contemplado nos Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno, base da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés. Este passo é atualmente interpretado pela OMS/UNICEF como colocar o recém-nascido em contacto pele a pele com a mãe imediatamente após o parto (Bezerra et al., 2016).

O contacto pele a pele e a amamentação precoces promovem a libertação de hormonas benéficas no pós parto imediato, tais como a ocitocina, conhecida como a hormona da felicidade, ligada também é ejeção do leite. Tal como refere Pereira (2006), "... a mãe apresenta menos queixas após o parto, mesmo durante a episiorrafia, quando tem o filho em contacto pele-a-pele, pela libertação de endorfinas durante a amamentação..." (p. 76).

Vários estudos referem que o contacto precoce entre a mãe e o bebé aumenta o número de mamadas durante o dia, bem como facilita a interação entre a mãe e o bebé. Este contacto precoce tem um efeito positivo no estabelecimento da produção de colostro, sendo que se este contacto for superior a vinte minutos após o nascimento aumenta a

duração do aleitamento exclusivo (Pereira, 2006).

A realização de contacto precoce pele a pele está intrinsecamente relacionada com o sucesso/manutenção do aleitamento materno, tal como referem Stevens-Simon, Parsons e Montgomery citado por Pereira (2006), “As primeiras experiências das mulheres vão influenciar as suas atitudes e performance em relação à amamentação, posteriormente. Quando a primeira mamada é satisfatória, reforça a união psicoafectiva mãe-filho, os sentimentos que nutre pelo bebé, assim como a continuidade a curto e a longo prazo da amamentação” (p. 77).

A Ordem dos Enfermeiros lançou o projeto Maternidade com Qualidade, onde estão contemplados vários indicadores a serem cumpridos, sendo um dos indicadores de evidência deste projeto a amamentação na primeira hora de vida. Um dos critérios vai ao encontro das diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno – “Realizar, precocemente o contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto” (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

O cumprimento destas diretrizes e destes indicadores de qualidade está dependente da nossa atuação na prática clínica, uma vez que enquanto EESMO temos um papel determinante na realização do contacto precoce pele a pele entre a mãe e o recém-nascido, promovendo o aleitamento materno o mais precocemente possível, prorrogando a realização dos cuidados de rotina ao recém-nascido (pesar, limpar, vestir, administração de vitamina K) sempre que este se encontre saudável.

Desta forma, é importante a realização de mais estudos, para que estas práticas sejam implementadas por todos os membros das equipas de saúde, para que juntos possamos alcançar os melhores indicadores de qualidade, e para que o contacto pele a pele e a amamentação precoces sejam encarados como um direito para a mãe e para o recém-nascido, como foco de atenção no pós-parto imediato.

3. OBJECTIVOS

Conhecer o impacto do contacto precoce pele a pele no processo de amamentação: perspectiva das mães

4. METODOLOGIA (Tipo, método, amostra, local, recolha de dados, tratamento

de dados)

Tipo de Estudo:

Estudo quantitativo do tipo exploratório-descritivo. Os dados serão recolhidos com questionário constituído por questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica e obstétrica e questões fechadas relacionadas com os conhecimentos e experiência do contacto precoce pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.

População e Amostra/Informantes:

Amostra do tipo não probabilística, por conveniência ou acidental e em bola de neve, constituídas por mães com bebés até aos dois anos, que após a leitura do consentimento informado aceitem participar no estudo.

CrITÉRIOS de Inclusão/Exclusão:

CrITÉRIOS de Inclusão:

- Mães com bebés até aos dois anos de idade;
- Mães que percebam língua portuguesa;
- Mães que aceitem participar no estudo

CrITÉRIOS de Exclusão:

- Mães que não entendam língua portuguesa;
- Mães com bebés de idade superior a dois anos.

Locais onde Decorre a Investigação:

A recolha de dados é efetuada através da divulgação do questionário à comunidade em causa através do envio *online*, com envio de link do *Google Docs* com publicitação nas redes sociais, principalmente em mães que frequentaram cursos de preparação para o parto e parentalidade.

Instrumento(s) de Recolha de Dados:

Cada participante irá preencher um questionário constituído por questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica e obstétrica e questões fechadas relacionadas com os conhecimentos e experiência do contacto precoce pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.

O instrumento de recolha de dados estará apenas disponível na plataforma *Google docs* e, o eventual contacto direto com as mães será apenas para disponibilizar o link de acesso ao instrumento de recolha de dados.

Tratamento de Dados:

Tratamento descritivo e inferencial de acordo com a utilização do SPSS, versão 23.0 (2018).

5. BIBLIOGRAFIA

- Bezerra, L., Pereira, A., Jorge, H., Melo, L., Feitoza, S. & Amorim, M. (2016). Benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido. *RETEP*, 8 (4), 2050-2055.
- Cruz, D., Sumam, N. & Spíndola, T. (2007). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP*, 41 (4), 690-697.
- Hockenberry, M., Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (7ªed.). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.
- Nené, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Ordem dos enfermeiros. (2012). *Recomendações para a preparação para o nascimento*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto Maternidade com qualidade*. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>
- OE & APEO. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, M. A. (2006). *Aleitamento materno - Importância da correção da pega no sucesso da amamentação – resultados de um estudo experimental*. Loure, Portugal: Lusociência.
- Santos, L., Silva, J., Carvalho, E., Carneiro, A., Santana, R. & Fonseca, M. (2014). Vivenciando o contacto pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (2), 202-207.

INFORMAÇÃO PESSOAL



Diana Lopes Silva

 Rua da Pedreira nº4, Ribela, 3360-197 Penacova (Portugal)

 913970350  239478576

 diana.s93@hotmail.com

Sexo Feminino | **Data de nascimento** 04/10/1993 | **Nacionalidade** Portuguesa

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

1 ago 18–Presente

Enfermeira

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Coimbra (Portugal)

Serviço de Dermatologia

1 set 15–31 jul 18

Enfermeira da Casa de Repouso de Coimbra

Casa de Repouso de Coimbra (Portugal)

- Prestação de cuidados de enfermagem na Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação, Dr. Fausto Correia e no serviço de Internamento Cirúrgico

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

16 dez 17–2 jun 18

Formação no Curso de Viabilidade Tecidular e Tratamento de Feridas

Foramplus em parceria com Alexandre Sarmento - Formação, entidade formadora certificada pela DGERT (nº1019/2004), Coimbra (Portugal)

- Formação com duração de 100 horas

8 set 17–29 set 17

Formação no Curso de Hemodiálise para Enfermeiros

Formasau - Sinais Vitais, Coimbra (Portugal)

- Formação com duração de 40 horas, no qual obtive classificação de 19,5 valores

13 mar 17–10 abr 17

Formação no Curso de Tratamento de Feridas Crónicas

Formasau - Sinais Vitais, Coimbra (Portugal)

- Formação com duração de 40h, no qual obtive classificação de 20 valores.

set 11–jul 15

Ensino Superior - Curso de Licenciatura em Enfermagem

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Portugal)

Média de 16 valores

ANEXOS

ANEXO I

Parecer favorável da comissão de Ética da UICISA ao projeto alargado

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

Parecer Nº 763/ 03-2021

Título do Projecto: O contacto precoce pele a pele e a amamentação: Perspetiva das mães

Identificação das Proponentes

Nome(s): Diana Lopes Silva

Filiação Institucional: VIII Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Investigador Responsável/Orientador: Professora Júlia Maria das Neves Carvalho e Professora Cláudia Patrícia da Costa Brás

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

Segundo a OMS o contacto pele a pele favorece o processo de vinculação que se inicia durante a gestação, mas assume uma maior intensidade durante o parto e no puerpério imediato. A interação entre a mãe e o recém-nascido é essencial para o saudável desenvolvimento físico e mental da criança. Este contacto íntimo deve ser facilitado imediatamente após o parto. Assim, os autores têm como objetivo conhecer o impacto do contacto precoce pele a pele no processo de amamentação, mais concretamente a perspetiva das mães.

O estudo decorrerá entre abril e outubro de 2021 e é definido pelos autores como um estudo quantitativo do tipo exploratório-descritivo. Os dados serão recolhidos com questionário constituído por questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica e obstétrica e questões fechadas relacionadas com os conhecimentos e experiência do contacto precoce pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, de acordo com o apresentado. A amostra será do tipo não probabilística, por conveniência ou acidental e em bola de neve, constituída por mães com bebés até aos dois anos, que após a leitura do consentimento informado aceitem participar no estudo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. A recolha de dados será realizada através da divulgação do questionário à comunidade em causa através do envio online, com envio de link do Google Docs com publicitação nas redes sociais, principalmente em mães que frequentaram cursos de preparação para o parto e parentalidade, sendo garantida a confidencialidade, voluntariedade e autonomia dos participantes.

Não estão previstos qualquer custo ou necessidade de compensação para os participantes.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

O relator: Assinado por: ANA MARGARIDA COELHO
ABRANTES

Num. de Identificação: BI123890578

Data: 06/04/2021 O Presidente da Comissão de Ética: *Maria Flomena Bokello*