escola superior de enfermagem de coimbra

X CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

"CRENÇAS EM SAÚDE RELACIONADAS COM O CANCRO DO COLO DO ÚTERO: UM ESTUDO COM MULHERES"

Ana Sofia de Assunção Fernandes

Coimbra, Setembro de 2022

escola superior de enfermagem de coimbra

X CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

"CRENÇAS EM SAÚDE SOBRE CANCRO DO COLO DO ÚTERO: UM ESTUDO COM MULHERES"

Ana Sofia de Assunção Fernandes

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Poço Santos

Co-orientadora: Professora Doutora Ana Bela de Jesus Roldão Caetano

Relatório apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Coimbra, Setembro de 2022

AGRADECIMENTOS

Ao longo do desenvolvimento deste estudo, foram várias as pessoas que, em diferentes momentos, contribuíram para a sua concretização, às quais expresso o meu sincero agradecimento.

À minha família pela força, apoio, carinho, afeto, atenção, paciência, preocupação e motivação para que eu conseguisse cumprir este meu objetivo profissional mesmo que em alguns momentos isso implicasse a minha ausência...

À minha Orientadora, a Senhora Professora Doutora Ana Maria Poço Santos, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra um agradecimento especial, por aceitar tal compromisso, pela disponibilidade sempre demonstrada, partilha do seu saber, bem como as sugestões de melhoria para enriquecimento de todo o meu relatório.

À professora Coordenadora do X Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Professora Doutora Isabel Margarida Mendes pelo apoio e disponibilidade sempre presentes, bem como à restante equipa de docentes deste mestrado.

Aos Enfermeiros especialistas que cruzaram o meu caminho académico e o enriqueceram com a competência, conhecimento e prática que os caracterizou.

À Coordenadora e equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados pertencente à região Centro de Portugal, a permissão e colaboração na realização do estudo.

Às mulheres participantes no meu estudo, sem elas tal não teria sido possível.

A todos aqueles, que de forma direta ou indireta me motivaram e incentivaram para a concretização deste mestrado.

LISTA DE SIGLAS

APPT – Ameaça de Parto Pré-termo

ACOG – American College Obstetricians and Gynecologists

CCU – Cancro do Colo do Útero

CE – Consulta Externa

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DIU – Dispositivo Intra-Uterino

DL – Decreto-Lei

DPN – Diagnóstico Pré-Natal

ECS – Escala de Crenças de Saúde

HPV – Vírus do Papiloma Humano

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IG – Idade Gestacional

IMTP – Indução Médica do Trabalho de Parto

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Enfª – Enfermeira

MCS – Modelo de Crenças da Saúde

MMF – Medicina Materno-Fetal

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PP – Pós-Parto

p. – Página

Rn – Recém – Nascido

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

RCT – Registo Cardiotocográfico

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCM – Unidade de Cuidados na Maternidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UIP – Unidade de Intervenção Precoce

USF – Unidade de Saúde Familiar

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização segundo a idade …….. 61

Tabela 2 – Caraterização sociodemográfica e profissional …… 62

Tabela 3 – Problemas Ginecológicos ……... 63

Tabela 4 – Regularidade de frequência de consultas de Planeamento Familiar ... 64

Tabela 5 – Preferência de realização de citologia segundo o género do profissional de saúde ……..…… 64

Tabela 6 – Realização de citologia nos últimos 5 anos …… 65

Tabela 7 - Realização da próxima citologia ……. 65

Tabela 8 – Profissional de saúde que sugeriu a realização da citologia …….. 65

Tabela 9 – Respostas à questão 1: "Uma mulher tem maior risco de desenvolver cancro do colo do útero se …" ……. 66

Tabela 10 – Respostas à questão 2: "A possibilidade de poderem vir a desenvolver cancro do colo do útero aumenta em mulheres cuja idade se situa entre:" …… 67

Tabela 11 – Finalidades da Citologia ……... 67

Tabela 12 – Periodicidade de realização da citologia …….. 68

Tabela 13 – Dimensões da ECS ……... 69

Tabela 14 – Respostas médias das 27 questões da ECS ……... 70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Abordagem na prevenção e controlo do CCU …… 51

Figura 2 – Diferentes cenários para aumentar o controlo da mortalidade por CCU padronizada por idade ao longo do tempo ……... 54

RESUMO

Este trabalho retrata as competências desenvolvidas ao longo do 2º Ano de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Numa primeira parte relatam-se as experiências vivenciadas que promoveram a aquisição das competências regulamentadas para o exercício profissional do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Na segunda parte integra-se um estudo de investigação sobre o cancro do colo do útero. Em Portugal, nas últimas três décadas, a mortalidade por este cancro estabilizou em idades mais avançadas, o que pode ser explicado parcialmente por fatores com impacto na adesão aos programas de rastreio (Ministério da Saúde, 2019). A taxa de cobertura geográfica do rastreio do cancro do colo do útero é de 98,4% a nível nacional. No entanto, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) onde realizei o meu estágio, este indicador ficou aquém do anteriormente referido, tendo 40,88% das mulheres contempladas, realizado citologia, em 2019 e 41,73% em 2020.

Importa, deste modo, caracterizar a amostra em termos sociodemográficos, sexuais e ginecológicos, identificar conhecimentos sobre o cancro do colo do útero e identificar as crenças em saúde manifestadas por mulheres em relação ao Cancro do Colo do Útero que possam influenciar a vigilância da sua saúde.

Desenvolveu-se um estudo de carácter descritivo, exploratório, de nível I. A amostra é constituída por 55 mulheres com idades entre os 25 e os 64 anos, inscritas na referida UCSP. O instrumento de colheita de dados tem por base um questionário já elaborado e adaptado por Patrão e Leal (2001) para estudos semelhantes.

Na Escala de Crenças de Saúde, é possível verificar que a média de resposta nas dimensões "Vulnerabilidade" e "Gravidade" se situam numa crença média, na dimensão "Benefícios" apresentam uma crença elevada, e na dimensão "Obstáculos" apresentam uma baixa crença.

Este trabalho vem dar contributos importantes no cuidado da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concecional, onde se insere a implementação de programas de intervenção e de educação para a saúde

de forma a promover famílias saudáveis, como descrito no regulamento de competências do EESMO.

O seu desenvolvimento vem promover a conceção, o planeamento, a coordenação, a implementação e a avaliação de intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher ajustadas e coerentes.

Palavras-chave: crenças em saúde; rastreio; cancro do colo do útero.

ABSTRACT

This paper portrays the competencies developed during the 2nd Year of Master's degree in Maternal and Obstetric Health Nursing. In the first part, we report the experiences experienced that promoted the acquisition of regulated competencies for the professional practice of nurses specialized in Maternal and Obstetric Health.

A research study on cervical cancer is part of the second part. In Portugal, in the last three decades, mortality from this cancer has stabilized at older ages, which can be partially explained by factors with an impact on the adhering to screening programs (Ministry of Health, 2019). The geographic coverage rate of cervical cancer screening is 98.4% nationally. However, in the Personalized Health Care Unit (UCSP), this indicator fell short of the one mentioned above, with 40.88% of the women surveyed, who underwent cytology in 2019 and 41.73% in 2020.

It is therefore important to characterize the sample in sociodemographic, sexual and gynecological terms, identify knowledge about cervical cancer and identify the health beliefs expressed by women in relation to Cervical Cancer that may influence the surveillance of their health.

A descriptive, exploratory, level I study was carried out. The sample consists of 55 women aged between 25 and 64 years, enrolled in the UCSP. The data collection instrument is based on a questionnaire already prepared and adapted by Patrão and Leal (2001) for similar studies.

In the Health Beliefs Scale, it is possible to verify that the average response in the "Vulnerability" and "Severity" dimensions are situated in a medium belief, in the "Benefits" dimension they present a high belief, and in the "Obstacles" dimension they present a low belief.

This work makes important contributions to the care of women inserted in the family and community in the context of family planning and during the pre-conception period, which includes the implementation of intervention programs and health education in order to promote healthy families, as described in the EESMO competence regulation.

Its development promotes the design, planning, coordination, implementation and evaluation of adjusted and coherent screening and diagnosis interventions for women's health.

Keywords: health beliefs; screening; cervical cancer.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **9**

PARTE I **11**

1 – DESCRIÇÃO DA COMPONENTE PRÁTICA **11**

1.1 – CONTEXTO DE ESTÁGIO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS 11

1.2 – CONTEXTO DE ESTÁGIO EM CUIDADOS NA MATERNIDADE 13

1.3 – ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 17

1.4 – ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMO 21

PARTE II **49**

2 – DESCRIÇÃO DA COMPONENTE INVESTIGATIVA **49**

2.1 – CANCRO DO COLO DO ÚTERO: ONDE ESTAMOS E PARA ONDE CAMINHAMOS? 50

2.2 – MODELO EXPLICATIVO DOS COMPORTAMENTOS EM SAÚDE: MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE 55

2.3 – METODOLOGIA: MATERIAL E MÉTODOS 57

2.3.1 – População e amostra **58**

2.3.2 – Instrumento de colheita de dados **58**

2.3.3 – Tratamento de dados **61**

2.4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 61

2.4.1 – Caracterização sociodemográfica **61**

2.4.2 – Caracterização sexual e ginecológica **63**

2.4.3 – Conhecimentos das participantes relativos ao cancro do colo do útero **66**

2.4.4 – Caracterização das crenças em saúde relacionadas com o cancro do colo do útero **68**

2.5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 71

NOTA FINAL..... 77

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 79

APÊNDICES

APÊNDICE I – Marcador de Livro sobre Cancro do Colo do Útero

APÊNDICE II - Apresentação Dinamizada na UCSP sobre o Cancro do Colo do Útero

APÊNDICE III – Sessão sobre Sexualidade no Pós-parto e Métodos Contracetivos

APÊNCIDE IV – Sessão sobre Alimentação Saudável no Pós-Parto

APÊNDICE V – Folheto para Adesão ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero, contexto Puerpério

APÊNDICE VI – Postér de Aconselhamento Contracetivo no Pós- Parto e Estratégias para o Eesmo

APÊNDICE VII– Artigo de Opinião: Quero Ser Mãe! E Agora?...

APÊNDICE VIII– Artigo de Opinião: Rastreio do Cancro do Colo do Útero, um Cuidado que Vale para a Vida

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da UICISA-E, ESEnfC

ANEXO II – Parecer da Administração Regional de Saúde do Centro

ANEXO III – Autorização para uso do Questionário

ANEXO IV – Instrumento de Colheita de Dados: Questionário

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, inserida no 2º ano do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, como resposta à obtenção do grau de Mestre, foi elaborado este relatório de estágio, com análise crítica sobre as aprendizagens e atividades desenvolvidas e que contribuíram para o desenvolvimento das competências/unidades de competência comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO).

A aprendizagem para crescimento pessoal e profissional só ocorre de nos auto-questionarmos acerca das intervenções desenvolvidas, refletindo sobre a sua origem, eficácia e eficiência. Para isso proponho-me, na primeira parte deste relatório, responder a três questões principais: quais as oportunidades que contribuíram para a minha aprendizagem? A intervenção desenvolvida foi suficiente? Que dificuldades senti e o que fiz para as ultrapassar?

A segunda parte deste relatório complementa a primeira, e explana o desenvolvimento de um estudo de investigação que promove a aquisição de competências e consolida a atribuição do grau inerente a um segundo ciclo de estudos. A temática selecionada pretende dar resposta à questão: quais as crenças em saúde, das mulheres, relacionadas com o Cancro do Colo do Útero (CCU)?

Desenvolveu-se um estudo de carácter exploratório, descritivo, de nível I. A amostra é constituída por 55 mulheres com idades entre os 25 e os 64 anos, inscritas na referida UCSP, de um ficheiro total de 386 utentes. O instrumento de colheita de dados teve por base um questionário já elaborado e adaptado por Patrão e Leal (2001) para estudos semelhantes, sendo uma das suas componentes a Escala de Crenças de Saúde, validada pela mesma autora.

O presente documento encontra-se estruturado em duas partes, respetivamente, Parte I e Parte II. Na primeira realiza-se uma descrição dos contextos de prática clínica desenvolvida ao longo deste ano letivo, seguindo-se uma análise crítica da consecução das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

A segunda parte comtempla a descrição de toda a componente investigativa desde enquadramento teórico, descrição da metodologia, apresentação e análise dos resultados, terminando este ponto com a discussão dos resultados fazendo a sua transposição para a minha prática enquanto EESMO.

Este trabalho é concluído com uma nota final sobre a importância deste percurso no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

PARTE I

1 – DESCRIÇÃO DA COMPONENTE PRÁTICA

Após o términus deste ano de desenvolvimento e aquisição de competências, enquanto EESMO torna-se pertinente a análise da consecução dos objetivos propostos e a resposta às anteriores questões por mim colocadas.

Hoje sou uma pessoa diferente, onde fui capaz de integrar o conhecimento teórico desenvolvido no primeiro ano deste mestrado no conhecimento prático desenvolvido ao longo deste segundo ano. O primeiro ano traz-nos a esperança e a aspiração de querer mudar o mundo e criar estratégias inovadoras com impacto na saúde das populações assistidas. Percebemos ao longo do segundo ano que as circunstâncias não são assim tão fáceis e que os contextos nem sempre são promotores das mudanças necessárias. Apesar disso, tentei levar o melhor de mim e retirar o melhor de todos, para assim enriquecer e definir o meu perfil profissional.

Segue-se assim uma contextualização da prática clínica e descrição dos serviços onde desenvolvi os estágios, refletindo posteriormente sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EESMO.

1.1 – CONTEXTO DE ESTÁGIO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) realizou-se numa unidade de saúde, UCSP, pertencente à Administração Regional de Saúde do Centro, Agrupamento de Centro de Saúde (ACES) do Baixo Vouga.

Atualmente com apenas um polo de prestação de cuidados, integra as quatro freguesias.

Esta unidade tem por **missão** a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (Decreto-Lei (DL) 298/2007, art.º 4º).

Relativamente à **visão**, esta é uma unidade prestadora de cuidados de excelência, adequados às características da população, numa tentativa de proximidade tanto das famílias como dos indivíduos, sustentável tendo por base a motivação dos seus profissionais, sempre disponíveis para inovar e responder às necessidades da população.

Esta UCSP orienta a sua atividade pelos **valores** descritos no DL 298/2007, art.º 5º, pretendendo ser uma equipa competente, dinâmica, rigorosa e inovadora, interagindo com a comunidade, com a convicção de cada um e de todos, que ao investimento pessoal e profissional corresponderá a excelência de serviços.

Em termos de recursos humanos, a UCSP dispõe à população de cinco médicos de família, cinco enfermeiros (dois dos quais EEESMO) e quatro administrativos. Embora não estejam contemplados na legislação como profissionais pertencentes ao quadro da instituição, importa referir que a mesma tem como colaboradores indiretos uma Psicóloga Clínica e uma Assistente Social. Também trabalha em estreita ligação com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), tanto na referenciação de utentes com patologia crónica, como na colaboração de programas de assistência pré e pós-natal.

Oferece à população consultas de Saúde do Adulto, Saúde Infantil e Juvenil, Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico, Saúde Materna, Diabetes e Hipertensão, sendo aplicados os protocolos emanados pela Direção Geral da Saúde (DGS).

Especialmente na área de atuação do EESMO, são realizadas as consultas de Saúde da Mulher contemplando o pré-concecional (apesar de escassas) e a vigilância de saúde através da colaboração na realização de rastreios do Cancro do Colo do Útero (CCU). No âmbito da saúde materna, por norma são realizadas consultas pré-natais, entre as 6-9 semanas, às 16 semanas, às 20 semanas, às 28 semanas, às 36 semanas, às 38 semanas e puerpério. No entanto, dado a autonomia auferida pelo EESMO, o agendamento de consultas extra-protocolo são uma realidade nesta unidade de cuidados e uma mais-valia nas situações com necessidade de intervenção especializada, reforçando a importância dos cuidados de proximidade.

Segundo indicadores do último relatório de atividades da referida UCSP, realizado em 2018, a proporção de grávidas com consulta médica de vigilância no 1º trimestre foi de 89,1%, salientando as mulheres com mais de cinco vigilâncias durante a gravidez e revisão de puerpério, com uma proporção de 72,7%.

No âmbito do Recém-nascido (Rn), é realizada uma primeira consulta até ao 7º dia após o nascimento revestindo-se esta de grande importância pelo assumir do primeiro contato com os CSP onde é efetuada uma primeira avaliação física e neurológica do recém-nascido e transição para a parentalidade, bem como a realização do Teste de Diagnóstico Precoce.

Neste primeiro mês de vida, é promovida também a visitação domiciliária com objetivos de intervenção no âmbito, uma vez mais, da avaliação física e neurológica do Rn, cuidados com amamentação, prevenção de acidentes, adaptação familiar, estado de saúde da mãe e promoção de uma parentalidade envolvida.

A UCSP integra também uma UCC, onde se insere o Projeto" Ser Pais" desde 2015. Este projeto desenvolve-se atualmente em três modalidades, sendo elas, o curso de preparação para o parto, iniciado a 13 de Janeiro de 2015, em parceria com o seu hospital de referência; a consulta de amamentação – SOS Amamentar, iniciada em novembro 2019; e curso de recuperação pós-parto, iniciado a 2 de Outubro 2019. Este projeto abrange grávidas, puérperas e recém-nascidos não pertencentes exclusivamente ao concelho onde está integrado. Todos estes projetos assumem a sua coordenação por ESMO's.

O contexto de estágio em maternidade foi realizado exclusivamente numa maternidade da Região Centro de Portugal que seguidamente passo a descrever.

1.2 – CONTEXTO DE ESTÁGIO EM CUIDADOS NA MATERNIDADE

A maternmidade onde realizei os estágios pertencente à Rede de Referenciação Materno-Infantil, sendo um dos serviços de apoio perinatal diferenciado para os centros de saúde da área geográfica correspondente. Insere-se no Departamento de Ginecologia, Obstetrícia, Reprodução e Neonatologia deste hospital.

Esta unidade tem por **missão** a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação às mulheres da sua área de influência e às de proveniência regional e nacional, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS); a prestação de cuidados de saúde, ao abrigo de obrigações decorrentes de acordos internacionais e de redes de referenciação europeias; a formação de profissionais de saúde, o ensino pré-graduado e pós-graduado,

e a investigação nomeadamente de natureza translacional e clínica; e a integração de redes e consórcios académicos clínicos nacionais ou internacionais.

Relativamente à **visão**, esta unidade pretende ser reconhecida como referência na prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade, na área científica, técnica e relacional, no âmbito da saúde materna, saúde infantil e saúde da mulher.

Assume os **valores** da instituição a que se agrega, os quais, garantia da prestação de cuidados com dignidade humana; respeito pela pessoa humana e pelos princípios bioéticos e de deontologia profissional; e honestidade, integridade, humanismo, equidade e justiça.

São **princípios** orientadores da gestão a prática multidisciplinar e multiprofissional centrada na mulher, no acesso aos cuidados de saúde e na valorização dos seus profissionais, proporcionando uma abordagem diagnóstica e terapêutica integrada, no acesso das mulheres aos cuidados de saúde e no seu tratamento; a eficácia e a eficiência; a orientação para resultados e a sua avaliação; a responsabilidade social e a valorização de práticas ecologicamente sustentáveis; o rigor, a cultura do mérito, da competência técnica e científica e o espírito de equipa; a legalidade, a transparência e a proporcionalidade.

A maternidade divide-se em vários serviços de assistência tais como, Urgência obstétrica e ginecológica, Internamento (Serviço de Medicina Materno-fetal e Puerpério), Neonatologia e Consulta Externa, sendo no contexto pandémico, a maternidade de referência para Covid19. Todos estes serviços são regidos pelo método individual de trabalho em Enfermagem.

A **Consulta Externa** desta instituição promove consultas pré-concecionais de risco identificado, consultas de obstetrícia geral, consultas de Diagnóstico Pré-Natal (DPN), consultas de intervenção precoce, consultas de ginecologia e consulta prévia de orientação e apoio na Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG).

Nas consultas de obstetrícia são proporcionados cuidados multidisciplinares (enfermagem, médicos, de nutrição e sociais) a grávidas de baixo risco, pelo protocolo interno da maternidade com os CSP para realização de DPN e realização de uma consulta e ecografia por trimestre; e de risco geral onde se inserem os cuidados às grávidas com Hipertensão, Diabetes Gestacional e outras patologias endócrinas.

Nas consultas de DPN é realizado rastreio bioquímico às grávidas com alterações no primeiro rastreio realizado entre as nove e as onze semanas de gestação, bem como exames invasivos como biópsia às vilosidades coriónicas, amniocentese e cordocentese. Na Unidade de Intervenção Precoce (UIP) são prestados cuidados assistenciais multidisciplinares a grávidas/casais com risco psicossocial, adolescentes, toxicodependentes ou grávidas com algum tipo de infeção viral.

Nas consultas de ginecologia são proporcionados cuidados à mulher com patologia cervico-vulvar, mama, ginecologia endócrina, urológica, oncológica e do neurodesenvolvimento, bem como consultas de climatério e algumas de planeamento familiar, essencialmente para orientação contracetiva com colocação de *Implanon* e Dispositivos intra-uterinos (DIU).

O serviço de **MMF** oferece às mulheres grávidas/casais cuidados especializados na assistência a situações de patologia da gravidez (cólica renal, colestase gravídica, Diabetes Gestacional e Hipertensão), ameaças de parto pré-termo (APPT), início de trabalho de trabalho de parto espontâneo, indução médica do trabalho de parto (IMTP), interrupção médica da gravidez (IMG) e curetagens.

No serviço de MMF mantêm-se em desenvolvimento dois projetos de melhoria contínua da qualidade: o Programa MAE e a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés (transversal a toda a maternidade, desde 2007). O programa MAE, cuja sigla traduz "Motivar, Apoiar e Estimular" consiste na articulação existente entre a MMF e a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Neste sentido, a equipa multidisciplinar da MMF engloba enfermeiros EESMO, assistentes operacionais, secretários clínicos, obstetras, pediatras e assistentes sociais. No que diz respeito à dotação de enfermeiros por turno, esta é de dois elementos em cada, havendo apoio de outros serviços, englobados no mesmo bloco, ajustando-se às necessidades de cuidados exigidas naquele turno respetivo.

A prestação de cuidados de enfermagem na **Sala de Partos (SP)**, tem como objetivos promover a satisfação da utente/família através da aplicação dos padrões de qualidade anteriormente referenciados, com base nos pressupostos da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Fisicamente, a SP situa-se no segundo piso da respetiva maternidade e é constituída por quatro salas de parto, comportando todas os mesmos equipamentos; e por uma sala de bloco operatório.

Na SP, a dotação de enfermeiros é de três elementos no turno da manhã e da tarde, e dois elementos no turno da noite, respetivamente das 8h às 16h, das 15:30h às 23:30h e das 23h às 8:30h.

No que diz respeito a dotação de enfermeiros para o bloco operatório, existem sempre dois alocados por turno, que integram a equipa da SP apenas na implementação da analgesia epidural às mulheres que a solicitam.

O Serviço de **Puerpério** encontra-se dividido em dois pisos, 3º e 4º piso respetivamente, sendo o primeiro dotado de 18 camas para puérperas e Rn, com quartos de duas camas cada; e o segundo dotado de 10 quartos individuais com uma cama e wc privativo, sendo seis destes quartos destinados a puérperas com teste Covid19 negativo e quatro camas destinado a puérperas positivas para Covid19 e/ou grávidas a aguardar resultado de teste.

No Puerpério, a dotação de enfermeiros é de dois elementos em cada turno, respetivamente das 8h às 14:30h, das 14:30h às 22:30h e das 22:30h às 8:30h.

Como focos de enfermagem principalmente utilizados nos cuidados à puérpera salientam-se o amamentar, a ferida cirúrgica (episiorrafia/sutura abdominal), a dor e a perda sanguínea. No que diz respeito ao Rn, os focos principais são o mamar, a eliminação intestinal e urinária, o desenvolvimento infantil e o papel parental.

A situação pandémica atual acarreta constrangimentos na presença do pai, sendo esta limitada ao horário próprio de cada serviço e em quartos com mais de uma cama, apenas é permitida a permanência de um dos pais obrigando à partilha do tempo, o que se torna num fator gerador de stress e ansiedade das mães, nos cuidados aos seus Rn.

Importa agora integrar e descrever como estes contextos influenciaram e contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências enquanto enfermeira especialista. A diferenciação de cuidados é uma das exigências que se impõe e que irei refletir no ponto seguinte.

1.3 – ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista definidas no Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro, encontram-se intrínsecas à prática do EESMO que estão definidas no Regulamento 391/2019, de 3 de Maio.

Neste sentido, são quatro os domínios de intervenção: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Na minha perspetiva, os quatro domínios encontram-se interligados entre si, pelo que não existe responsabilidade profissional sem desenvolvimento de aprendizagens, bem como não se obtém qualidade de cuidados, sem gestão e responsabilidade ética e legal dirigida para a sua obtenção.

Ao longo deste ano letivo de ensino clínico, a minha prestação de cuidados e as atividades desenvolvidas decorrentes, foram sustentadas nos domínios de responsabilidade profissional, ética e legal, bem como a preocupação na gestão dos recursos e cuidados. A promoção da presença da pessoa significativa no internamento foi estimulada e proporcionada, na medida do que era permitido zelando pelo bem-estar materno e pelo superior interesse da utente. A pandemia constituiu um enorme desafio a todos os profissionais e utentes com constrangimentos vários, limitando o acompanhamento do pai nas consultas de vigilância pré-natal em contexto de maternidade e o acompanhamento pré-parto e pós-parto. Neste sentido, foi difícil perceber e atuar na promoção de uma parentalidade positiva e avaliação da conjugalidade, tão importante nesta fase de transição. A reconstrução e resiliência foram constantes.

Nas intervenções desenvolvidas tentei operacionalizar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável com base nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, tendo sido uma mais-valia na qualidade da assistência desenvolvida.

A frequência deste mestrado em plena pandemia, onde a aprendizagem e gestão exigida pela mesma, traduziu-se numa reestruturação constante dos cuidados. Deste facto terá emergido um maior e mais robusto impacto da necessidade premente da uma nova maternidade em Coimbra, incrementando qualidade física e estrutural na assistência e promoção da satisfação dos clientes de cuidados.

A evolução de um mundo e sociedade assente na exigência, na literacia da população e sustentabilidade planetária, na privacidade, na experiência única, com o recurso a salas/quartos individuais que permitam a adequação de recursos profissionais, reproduzindo um ambiente caseiro, familiar e confortável, são uma necessidade urgente.

Corroborando, a manutenção de cuidados assentes em princípios, como a dignidade e respeito, direito à informação, ao consentimento livre e esclarecido, assim como o direito à presença de pessoa significativa durante a gravidez e parto encontram-se associados a uma maior percentagem de partos por via vaginal, não instrumentados, bem como diminuição do tempo em trabalho de parto (International Council of Midwives, 2021). Os desvios na qualidade de assistência têm uma influência na qualidade de vida da mulher, com profundo impacto social, psicológico, corporal e de vida em casal.

No domínio da melhoria contínua da qualidade foi desenvolvida uma estratégia de motivação na adesão ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU), através da elaboração de um marcador de livro com dados nacionais sensíveis à sua adesão. (Apêndice I).

Também neste âmbito, e porque os profissionais de saúde são os grandes vetores de mudança, foi realizada uma sessão de sensibilização à equipa multiprofissional em contexto de CSP (Apêndice II). Numa das reuniões semanais de equipa, foi dado a conhecer a estratégia anteriormente referida, otimizando e ajustando a resposta da equipa de saúde às necessidades da população abrangida, com impacto na saúde, na economia e na sociedade.

Destaco também neste domínio, a participação em projetos de melhoria contínua da qualidade, onde na SP, colaborei com um grupo de enfermeiras na elaboração e otimização de um projeto sobre posicionamento da grávida no segundo estadio de trabalho de parto. Foi assim realizada uma análise *SWOT* e a análise das várias fases de mudança do Modelo de Kotter, complementado por um dossier com bibliografia recente, fichas de consulta rápida sobre posicionamentos e um folheto para divulgação dos mesmos às grávidas, em contexto de consulta externa e no curso de preparação para o nascimento e parentalidade. Foi muito importante o desenvolvimento deste trabalho, quer em termos de pesquisa bibliográfica, quer em termos de aplicabilidade dos mesmos. Devo referir que recorri, em algumas situações, ao posicionamento das grávidas em cócoras e

sentadas, com o uso do arco, e mesmo com analgesia epidural, os resultados foram notórios e bastante positivos.

E, porque o EESMO deve desenvolver uma visão de intervenção e envolvimento em políticas de saúde pública, foram publicados dois artigos de opinião, reforçando a importância da vigilância da saúde da mulher sobre a adesão ao RCCU e outro sobre a importância de programas de recuperação pós-parto, num jornal de referência distrital, apelando a responsabilização individual e incentivo ao bem-estar materno (Apêndice VII e VIII).

A literacia em saúde na temática da contraceção, foi mais uma constatação do meu percurso, pelo que no sentido de contribuir para melhorar a qualidade na assistência dos EESMO, foi elaborado um póster de orientação no aconselhamento contracetivo na preparação da alta hospitalar da puérpera. Estas estratégias contribuem para a organização e gestão dos cuidados de enfermagem especializados tomando como fator estruturante as necessidades singulares de cada pessoa, nos distintos momentos de sua vida, tendo em vista o bem-estar, segurança e autodeterminação (OE, 2021).

As unidades de cuidados na maternidade cada vez mais devem aproximar-se e cumprir com os princípios emitidos nas Normas para Unidades de Cuidados na Maternidade (UCM) (Rocca-Ihenacho, Batinelli, Thaels, Rayment, Newburn & McCourt, 2018). Neste sentido, as normas nº 22 e nº 23, defendem uma liderança visível, inclusiva, consistente e transformacional de alta qualidade na UCM, onde o líder é responsável pela filosofia da unidade, gestão de pessoal, qualidade e segurança; garantia de provisão de equipamento e materiais; exigência de cumprimento de normas de governança clínica e controlo de infeção; e promoção do funcionamento geral da unidade.

A liderança deve unir na diversidade, criando pontes e sendo aglutinador dos desafios individuais dos seus colaboradores e em sintonia com as políticas do serviço e institucionais.

Neste sentido, perante os pressupostos anteriores, incluídos no domínio da gestão das competências comuns do enfermeiro especialista, na maternidade, foi procurado o desenvolvimento de competências na gestão de recursos materiais e humanos, através do acompanhamento do enfermeiro coordenador, de forma a integrar na minha prática as estratégias de melhoria e resposta a situações mais sensíveis de cuidados e assegurar os recursos necessários a uma prática desenvolvida em segurança e de qualidade.

No contexto de CSP foi realizada a gestão de contracetivos para reposição de *stock* mensal, e a análise e validação da assiduidade do pessoal de enfermagem na prestação de cuidados.

A capacidade de gestão de conflitos e a comunicação assertiva são dois aspetos que saliento como positivo na minha identidade profissional, que contribuiu na minha adaptação aos diferentes contextos de estágio e me permitiu desenvolver uma prática assertiva, tranquila e responsável cultivando um ambiente favorável a uma prestação de cuidados saudável.

No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foram realizadas pesquisas pertinentes decorrentes de situações ocorridas em contexto de estágio e que foram alvo de uma reflexão mais profunda, estando elas relacionadas com a IMG, técnicas não farmacológicas para alívio da dor nas mulheres em trabalho de parto, mastite e fístula obstétrica. A preocupação com a correta documentação de informação dos cuidados de enfermagem do EESMO, traduzindo a sua visibilidade, foi uma constante, promovendo reflexões sobre os focos sensíveis, as intervenções adequadas, os resultados esperados.

Estas pesquisas foram partilhadas e analisadas com alguns elementos da equipa, fomentando momentos de partilha importantes no crescimento pessoal, profissional e qualidade na assistência materno-fetal.

A procura de evidência internacional de suporte à minha tomada de decisão foi importante no desenvolvimento da prática clínica, reconhecendo a importância de refletir neste meu documento, sobre os dados constantes no relatório elaborado pelo UNFPA, pelo International Council of Midwives, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Novametrics: *The State of the World's Midwifery (SoWMy) 2021*. Aqui é fortemente reforçada a necessidade de investimento na educação e formação, na gestão, na regulamentação e ambiente de trabalho, na liderança e governação e na prestação de serviços.

No âmbito da educação e formação contínua de parteiras, salienta-se que maior qualificação é sinónimo de melhores resultados, onde a partilha de conhecimentos deve ser evidente entre os países com maiores recursos e os países com menores recursos; é necessário também a criação de currículos uniformizados.

Quando analisamos a realidade portuguesa, cabe-me refletir sobre alguns indicadores lá retratados, onde no ano de 2019, tínhamos 2.271.107 mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) e 1.029.022 de adolescentes (com idades entre 10-19), sendo a natalidade desta faixa etária de 8 gravidezes em cada 1000 adolescentes; tivemos ainda 123.783 gestações mas das quais nasceram vivos 79.400 nados, sendo a taxa de mortalidade neonatal de 0,2% (2 em cada 1000 nascimentos); temos uma taxa de mortalidade materna, em 2017, de 8 mortes em cada 100.000 nascidos vivos, no entanto uma assistência qualificada em 99% das situações; mantendo ainda uma taxa de cesariana elevada (35%), comparando com outros países, como exemplo, os países nórdicos com uma taxa a próxima dos 10-15%.

Em contexto de CSP, no mesmo ano, a necessidade não atendida de planeamento familiar, em idade reprodutiva foi de 7%, e uma baixa percentagem de adesão a contraceção atual e moderna, correspondendo a 52%, problema comum à maioria dos países europeus.

Perante estes dados é possível perceber a importância da intervenção EESMO, havendo necessidade de rebater estes indicadores e intervir eficaz e eficientemente, demonstrando mais-valia, promovendo marketing da prática especializada e seu valor em saúde, para que se possam modificar decisões em prol da defesa e respeito na assistência à mulher.

Neste sentido, no ponto seguinte farei a análise do meu desenvolvimento, enquanto EESMO, durante este ano de mestrado e espelho o meu contributo académico no incremento da visibilidade de cuidados e melhoria contínua.

1.4 – ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMO

As competências a adquirir fazem sentido quando integradas num modelo de cuidados, com base em teorias de Enfermagem, que constroem e aperfeiçoam a prática da profissão, orientando o cuidado para cada ser humano. As teorias vão estabelecer a base do conhecimento científico e organizar o conceito do cuidado através de uma prática baseada na evidência (Caldas, Cardoso e Sousa, 2019).

As teorias de médio alcance têm maior enfoque porque são teorias que englobam um número limitado de conceitos e um aspeto restrito do mundo real. Compreendem conceitos relativamente concretos, operacionalmente definidos e proposições

relativamente concretas que podem ser testadas empiricamente (Higgins & Moore, 2000; Peterson, 2013; Whall, 2005 citados por McEwen & Wills, 2016). Afaf Meleis foi uma das grandes pioneiras neste tipo de teoria, falando pela primeira vez em "transições" na década de 1960, posteriormente outros estudiosos juntaram-se a ela e desenvolveram uma teoria, a integrar no cuidado de Enfermagem.

Neste sentido, a teoria em que assenta o cuidado desenvolvido nos serviços onde desenvolvi estágio ao longo deste ano letivo, é a Teoria das transições de Afaf Meleis. Esta defende que ao longo do ciclo vital experienciam-se múltiplas transições, em alguns casos meramente circunstanciais, noutros promovidos por eventos, tais como, o casamento, a gravidez, a mudança de profissão, uma cirurgia ou outras (Chick & Meleis, 1986 citados por Santos, Marcelino, Abrantes, Marques, Correia, Coutinho & Azevedo, 2015). Pelo que a adaptação à transição é influenciada para além da própria família, na qual se insere, pelos recursos pessoais e externos, experiências anteriores e significado atribuído aos acontecimentos (Meleis & Trangenstein, 2010 citados por Santos *et al*., 2015).

Perante isto, é fácil perceber o papel fundamental do EEESMO, no caminho a percorrer para que a transição seja efetuada com sucesso, qualidade e eficiência, promovendo uma adaptação ponderada, progressiva e real, seja ela na gravidez, na doença, no climatério, ou mera circunstância de vida. De seguida, apresento a descrição das atividades realizadas e indicadores de avaliação.

A primeira unidade de competência contemplada no Regulamento 391/2019 de 3 de Maio é:

- ✓ ***Cuida da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concecional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.***

Para a desenvolver, defini os seguintes objetivos: conceber, planear, implementar e avaliar intervenções no âmbito da adesão a contraceção, promovendo a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e regulação da fecundidade e fertilidade, orientando para uma decisão livre e esclarecida; conceber os determinantes que influenciam o autocuidado na gestão e adesão a contraceção, nas mulheres/casais em idade fértil; e

desenvolver intervenções no âmbito do planeamento familiar: rastreio e diagnóstico de situações de saúde da mulher, referenciando para especialidades para além da minha área de atuação.

Para atingir o **primeiro objetivo**, desenvolvi uma prática com responsabilidade profissional, ética e legal e com preocupação na gestão dos recursos e cuidados; realizei 30 consultas de enfermagem promovendo a orientação e aconselhamento contracetivo a mulheres adultas; realizei 6 consultas de enfermagem promovendo a orientação e aconselhamento contracetivo em adolescentes até aos 18 anos; e divulgação da campanha de contraceção da Associação para Planeamento da Família (APF) em mulheres em idade fértil.

Ao nível da prestação de cuidados de enfermagem, à mulher/casal no âmbito do planeamento familiar, esta foi realizada, tendo por base a Circular Normativa da DGS n.º 7 DSMIA de 28 de novembro (2005); a Circular Normativa da DGS nº2 DSMIA de 16 de janeiro (2006), relativa ao boletim de saúde reprodutiva/planeamento familiar; e as Orientações Clínicas da Direção Geral da Saúde (DGS): saúde reprodutiva/planeamento familiar (2008).

A adesão a esta vigilância de saúde é escassa na referida UCSP, corroborada pelos dados encontrados no Relatório Anual de Acesso do Ministério da Saúde (2019), onde recorreram a consultas de enfermagem no âmbito do planeamento familiar 34,4% das mulheres/casais, pelo que quando as mulheres/casais recorriam aos cuidados de saúde, já existia um teste de gravidez positivo. Neste sentido, a intervenção a mulheres/casais no período pré-concecional foi reduzida, tendo realizado uma consulta deste âmbito nos CSP.

Importa reforçar que as atividades de promoção da saúde e os cuidados antecipatórios dirigidos para o período antes da conceção, são reconhecidos como ganhos em saúde de uma intervenção sistemática e programada nesta fase do ciclo de vida dos indivíduos (Circular Normativa nº 2DS MIA de 16 de janeiro, 2006; DGS, 2015a).

Neste sentido, nas consultas de enfermagem foram sensibilizadas as mulheres em idade fértil, que manifestassem interesse em engravidar ou mesmo as que se encontravam grávidas, antecipando outra futura gravidez, para a importância deste tipo de vigilância, como ponto de partida para o desenvolvimento de uma gravidez saudável, dando resposta

ao ponto 1.1.4 da competência supracitada e agindo de acordo com o preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de ESMO (2022).

Na Consulta Externa foi possível colaborar também em uma consulta identificada como pré-concecional, no entanto, estas consultas destinam-se essencialmente a orientação medicamentosa após diagnóstico de uma situação patológica, como hipertensão secundária, abortos de repetição, trombofílias, entre outras situações.

O **segundo objetivo** definido vai de encontro aos critérios de avaliação 1.1.5 e 1.1.6 da respetiva competência. Neste sentido, foi possível perceber ao longo das consultas realizadas, que a motivação essencial na adesão à contraceção, das mulheres assistidas, é a evicção da gravidez, e que se verifica em 84% das mulheres. A frequência de utilização dos métodos contracetivos, na população em que desenvolvi a consulta de enfermagem na UCSP onde realizei o meu estágio, foi de 8% o Implanon, 12% o Dispositivo Intra-Uterino (DIU), 16% o Anel Vaginal, 36% a Pílula, sendo que 28% não utilizam qualquer tipo de contraceção. Importa referir que das mulheres sem uso de contraceção, 28,6% não tinham parceiro, pelo que as restantes foram sensibilizadas para adesão a contraceção, tendo-se conseguido que uma mulher aderisse ao DIU, duas ao anel vaginal e duas a pílula.

Estes dados vão de encontro ao estudo realizado e publicado em 2016, relativo à adesão contracetiva nas mulheres portuguesas onde a maior percentagem de contracetivo em uso é a pílula, começando a verificar-se uma mudança de paradigma, onde o anel vaginal e os dispositivos contracetivos de longa duração revestem-se de uma maior afirmação e uso (Águas, Bombas & Silva, 2016).

No aconselhamento contracetivo foram tidas em conta as orientações emanadas pelo *National Institute for Health and care Excellence* (2016), o Consenso sobre contraceção (2020) e a Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto, onde reforça o direito a gratuitidade dos contracetivos. Saliento aqui a possibilidade dada a todas as utentes, mas sobretudo aos jovens, nesta UCSP, pelas EESMO, de promover consultas de planeamento ou atendimento a jovens nos dias fixos que têm prolongamento de horário até às 20h, facilitando assim um horário pós-laboral/pós-escolar, como estratégia para aumento da adesão.

Saliento ainda como oportunidades de aprendizagem a colaboração na colocação de dois DIU e dois Implanon, tendo estes dois últimos sido colocados a duas jovens de etnia

cigana. O regime legal da educação sexual em meio escolar parece estar a contribuir positivamente para a adesão a contraceção, traduzindo-se na melhoria do planeamento da família (Águas, Bombas & Silva, 2016).

No entanto, a adesão de adolescentes a consulta de planeamento familiar é escassa, sendo neste momento difícil o acesso aos jovens devido à suspensão dos projetos de saúde escolar nas escolas, provocada pela atual situação pandémica, onde a sensibilização para a importância da vigilância em saúde era uma constante. Foi-me possível desenvolver cinco consultas a jovens, promovendo aconselhamento contracetivo e reforçando a importância da vigilância primordial.

O ponto 1.2.1 da competência, em descrição, foi desenvolvida **no terceiro objetivo** pessoal, onde foram definidas como atividades: informação, instrução e treino do auto-exame da mama a 25 mulheres; colaboração em 30 citologias a mulheres em consulta de planeamento familiar; elaboração de marcador de livro sobre importância da adesão ao RCCU, contribuindo para o aumento da literacia em saúde; colaboração/realização de intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher, colaborando em pelo menos 8 consultas de patologia cérvico-vulvar.

A vigilância através do auto-exame da mama foi uma constante em todas as consultas dinamizadas, reconhecendo a prevenção primordial como uma premissa na intervenção.

A colaboração e realização de citologias foi a atividade que ficou aquém do estabelecido, uma vez mais retratando a realidade da adesão desta população (41,73% em 2020), ao RCCU, reforçando e motivando-me a perceber e identificar as crenças relacionadas com o CCU nesta população. Neste sentido, como estratégia para motivar a adesão, foi elaborado um marcador de livro (Apêndice I) com dados nacionais de forma a sensibilizar para a importância deste rastreio. Este documento será para anexar às cartas de convocatória para consulta de rastreio, alargado não só ao ficheiro da enfermeira tutora, mas também aos restantes ficheiros da respetiva UCSP.

Foram otimizados todos os contactos de mulheres com os CSP em que, sempre que uma mulher em idade abrangida pelo rastreio (entre os 25 e os 64 anos) viesse, por exemplo, a consulta de doenças crónicas ou de saúde do adulto/agudos, era verificado se apresentada citologia em dia, se tal não se verificasse, era realizado rastreio oportunista. Esta não se torna solução, mas contribui para a sensibilização da mulher e promoção de uma experiência promotora de continuidade.

A prevenção de complicações é uma das intencionalidades dos cuidados especializados em saúde da mulher, correspondendo a um conjunto de atitudes e ações que se adotam por antecipação, de modo a evitar ou diminuir a probabilidade de eventos/processos adversos (OE, 2022). Neste sentido, tive a oportunidade, no serviço de Consulta Externa, de participar na consulta de patologia cérvico-vulvar onde foi possível a colaboração em mais dez citologias de controlo após conização por positividade do Vírus Papiloma Humano (HPV) e ainda colaboração em biópsia cutânea ao colo uterino. Esta consulta foi importante e veio reforçar a imprescindibilidade da vacinação e o seu diagnóstico precoce através do rastreio.

Passando agora para a segunda competência/unidade de competência descrita no referido regulamento de competências, esta comtempla:

- ✓ ***Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno -fetal.***

Os objetivos pessoais definidos foram: conceber, planear e implementar consultas de vigilância de saúde materna e obstétrica, informando sobre alterações comuns e fisiológicas da gravidez, alimentação saudável, exercício e identificar desvios da normalidade; providenciar cuidados e prevenir complicações na saúde da mulher em situação de abortamento, facilitando a adaptação a esta realidade; e providenciar cuidados à mulher, durante o período pré-natal, em situações de desvio de normalidade, promovendo o seu ajustamento.

Defini como atividades, para o **primeiro objetivo**, a informação e orientação sobre estilos de vida saudáveis na gravidez em 35 consultas de enfermagem; informação e orientação para programa de preparação para o parto e parentalidade responsável e participativa, em pelo menos 6 grávidas; colaboração numa sessão de preparação para o parto, elaborando um vídeo com alguns exercícios de preparação para o parto; promoção do plano de parto, aconselhando e informando a mulher nas suas decisões, em pelo menos 14 grávidas/casais; informação e orientação sobre as principais adaptações da gravidez, enxoval, segurança do bebé, aleitamento materno e sinais de alerta, em pelo menos 40 grávidas/casais; avaliação batimentos cardíacos através de doppler e manobras de Leopold em pelo menos 15 grávidas; realização de pelo menos 5 avaliações de altura do fundo do útero; realização de pelo menos 12 avaliações de registo cardiotocográfico

(RCT); realização de 40 consultas a grávidas de risco (HTA, Diabetes Gestacional, Isoimunização RH, entre outras), com realização dos ensinos necessários à sua condição de saúde; e, colaboração na realização de exames de DPN, apoiando a mulher/casal no esclarecimento de dúvidas e redução de ansiedade.

Este objetivo foi superado em todas as atividades planeadas para a sua execução. Foram realizadas 67 consultas a grávidas/casais, das quais 4 foram a grávidas/casal de risco, no âmbito de CSP; e no âmbito da CE foram realizadas 64 consultas a grávidas/casais, das quais 44 foram a grávidas/casal de risco. Importa aqui salientar a inversão de consultas verificada entre os dois serviços de saúde mencionados, através da assistência a grávidas/casais de risco, de 5,97% para 68,75% das mesmas, dado que estas grávidas necessitam de um acompanhamento multidisciplinar, só disponível na maternidade. Em termos de vigilância em saúde, o EESMO marca a diferença na sua intervenção através da prevenção de complicações e ensinos relativos a auto-vigilância, auto-administração de medicamentos, apoio psicológico na adaptação e gestão familiar, bem como na consciencialização e apoio na tomada de decisão esclarecida e informada.

A intervenção realizada aos casais de baixo risco teve por base o Programa Nacional para a Vigilância de Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015a). As intervenções realizadas a grávidas de risco tiveram na sua base os protocolos institucionais e orientações internas da respetiva instituição de saúde, colaborando com a equipa multiprofissional no desenvolvimento de intervenções autónomas e interdependentes.

No que diz respeito às sessões de preparação para parto e parentalidade acompanhei um total de sete sessões, na UCSP, realizadas via *online* que apesar dos constrangimentos da situação pandémica se manteve dinâmica. A sua gestão e organização é da responsabilidade da UCC, em parceria com o hospital de referência. Essencialmente ministrados por uma EESMO de outra UCSP, uma EESMO da referida UCSP e outra EEESMO da sala de partos do referido hospital. Ao acompanhar as sessões fui fazendo a interligação e aprofundamento, utilizando o manual para Cursos de Preparação para o parto e Parentalidade – CPPP e Cursos de Recuperação pós-parto – CRPP Equidade na transição para a maternidade e a paternidade (2020), da DGS, tendo deixado como contribuição um vídeo por mim realizado com exercícios posturais e fortalecimento da musculatura pélvica para orientar as participantes na execução dos mesmo e incentivo ao treino, promovendo a vivência de uma gravidez positiva, com alívio da dor e correção postural.

Nestas sessões de preparação para o parto e parentalidade, foi possível desenvolver conhecimentos também no âmbito da prevenção e controlo da dor do parto, bem como no esclarecimento de dúvidas e orientação do plano individual de parto.

Nas consultas de vigilância da gravidez foi-me possível orientar e estimular 6 grávidas/casais para a adesão a estas sessões, no entanto, ainda se notam barreiras na adesão às mesmas, sobretudo em grávidas multíparas. Estas barreiras devem ser colmatadas com o estimulo e participação do EESMO na literacia da mulher/casal sobre os seus benefícios, promovendo o questionamento e desmistificação das convicções que levam à não adesão.

Ainda em contexto de CSP, nos procedimentos práticos de avaliação do foco fetal (8 avaliações), avaliação da altura uterina (8 avaliações) e manobras de Leopold (51 avaliações), senti alguma dificuldade na avaliação da altura do fundo uterino, mas reconheço que com a prática deste procedimento melhorarei a minha destreza.

Foi ainda possível realizar, na CE, a avaliação do bem-estar materno/fetal através da realização das manobras de Leopold com posterior colocação e interpretação de 40 RCT. Este procedimento surge como protocolo semanal a partir das 37 semanas de gestação. No entanto, continua a ser um procedimento gerador de alguma discórdia, pelo que alguns estudos afirmam que a avaliação do RCT sem início de trabalho de parto é dispensável, não traduzindo significado patológico, pelo que a avaliação do foco fetal será suficiente nestas idades gestacionais (Santo, 2018).

O **segundo objetivo** surge para desenvolver competências relativas ao cuidado em situação de abortamento, dando resposta aos critérios de avaliação descritos no ponto 2.1.2., 2.2.1, 2.2.4, 2.2.9, 2.2.10 e 2.3.8 do referido regulamento. Foi possível experienciar três situações distintas de aborto: aborto espontâneo, voluntário e de interrupção médica.

No âmbito dos CSP, foi possível realizar o acompanhamento presencial, e por teleconsulta de uma mulher que apresentou aborto espontâneo, monitorizando a situação e identificando precocemente desvios de normalidade. Foi uma situação que me marcou dado que esta mulher/casal fez consulta pré-concecional, estando tudo dentro da normalidade, no entanto, com a situação sucedida houve necessidade de desmistificar a culpabilização sentida por esta mulher. A área de intervenção do EEESMO na perda

gestacional é holística, privilegiando a inserção familiar e social da mulher, dando especial atenção às questões do foro psicológico (Miranda, 2016).

Na Consulta Externa, foi possível colaborar em 8 consultas destinadas a IVG, abrangendo o seu ciclo, desde a consulta de informação, consentimento e reflexão onde verifiquei a aplicação da Lei nº 16/2007 de 17 de abril; consulta de orientação e administração terapêutica; e consulta de vigilância pós-aborto e orientação contracetiva. Os motivos manifestados pelas mulheres foram variados, no entanto, saliento a necessidade urgente da sensibilização para o uso adequado de contracetivos.

Numa das passagens pelo DPN foi possível colaborar numa reunião de preparação para IMG com um casal onde o feto apresentava malformações graves, com 22 semanas. A minha intervenção nesta consulta foi meramente de observação, identificando como dificuldade a gestão de emoções do casal. A maternidade não tem apenas o lado bom de todo o processo, e este lado que engloba os riscos, deve ser tão ou mais abordado que o lado bom. Neste sentido, recorri à pesquisa de informação que me ajudasse enquanto EESMO a desenvolver uma prática de qualidade.

Segundo a OMS, a pessoa é detentora de várias dimensões, sendo elas, física, mental, espiritual, entre outras. Neste sentido, a dimensão espiritual segundo Morelli *et al.* (2016) referidos por Castro e Filho (2020), é intrínseco à pessoa e, constitui-se como uma ferramenta para suprir o ser da capacidade de resiliência e de superação, do luto com maior conforto, de forma mais saudável, e com menos complicações, em decorrência da perda ocorrida em suas vidas. Por meio da espiritualidade, as pessoas despertam ou reconhecem valores que incentivam e nutrem a vontade e a resistência em viver (Castro & Filho, 2020).

Neste sentido, este poderá ser um caminho, ensinando a lidar com a ausência física do filho e a reconhecer sinais da presença do filho numa dimensão espiritual (Alves, 2018 como referido por Castro & Filho, 2020), ou ainda, dando um significado para a perda, necessário à manutenção do bem-estar mental (Kalu, 2019 como referido por Castro & Filho, 2020).

Acompanhar e cuidar dos pais que sofreram uma perda perinatal não é algo que deva ser improvisado, por isso é necessária formação específica para luto perinatal, habilidades de comunicação e técnicas de relacionamento. A formação é a chave que permitirá aos

profissionais de saúde gerir de forma construtiva o apoio que pode ser dado à família perante a perda de um filho.

No serviço de MMF, foi possível a monitorização do duas situações de trabalho de parto em IMG, dando resposta ao ponto 2.1.2, 2.2.2, 2.2.9, 2.2.10 e 2.3.8 da respetiva unidade de competência. A primeira situação deveu-se a um atraso de crescimento severo, com microcefalia e provável alteração cromossómica grave, onde o feto tinha já 25 semanas e 6 dias de gestação e a outra situação consistiu na deteção de mosaicismo com critérios marcados para trissomia 15, com 14 semanas de gestação. Eram ambos os casais relativamente jovens, primeiro filho, onde toda a situação é marcada por intensas emoções, frustrações e autorreflexão. Ambas as situações só são possíveis através da alteração à lei atualizada pela lei nº 136/2015 de 07 de setembro, onde atualmente a IMG pode ser realizada em estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos desde que haja seguros motivos para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excecionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo.

Ambos os casais optaram por não ver o feto e não proceder ao funeral, tendo sido respeitado a sua decisão. Como aprendizagem saliento aqui o respeito pelos valores culturais do casal e a forma de realizar o luto. Não existem "receitas" para lidar com esta situação dotada de imensa carga emocional, marcando-me todo o silêncio e compreensão naquele momento, por parte das EESMO que realizaram e assistiram aqueles partos. Dentro da tristeza que assombrava aqueles casais, foi um momento tranquilo e sereno, mas de enorme valor pessoal…

Foi-lhes proporcionado um momento a sós, em casal, durante o tempo que o desejaram, e após o qual eles manifestaram disponibilidade para ouvir, sendo abordados temas como, sinais de alarme pós-parto, contraceção, seguimento em próximas consultas e apoio psicológico, caso o desejassem.

O **último objetivo** definido para esta competência foi também superado, tendo definido como atividades a prestação de cuidados de vigilância pré-natal a vinte grávidas com patologia associada e/ou concomitante da gravidez e/ou em situação de ameaça de parto pré-termo ou rotura prematura de membranas. Neste sentido, tive a oportunidade de prestar cuidados a três mulheres grávidas com rutura prematura de membranas, quarenta

mulheres com APPT e a seis mulheres com metrorragia, por descolamento prematuro de placenta normalmente inserida e/ou com alterações nos fatores de coagulação.

Iniciar trabalho de parto prematuro não significa automaticamente que uma mulher terá um parto prematuro. Mas o trabalho de parto prematuro requer cuidados especializados no imediato, dado que as contrações uterinas levam a mudanças no colo uterino que incluem incompetência cervical com apagamento e dilatação (*American College Obstetricians and Gynecologists*-ACOG, 2022). Nas mulheres a quem prestei cuidados, foi possível corroborar o que diz a ACOG (2022), onde duas mulheres tinham antecedentes de parto prematuro, três apresentavam incompetência cervical, duas por fatores associados a estilos de vida, uma por gravidez gemelar, e três por trombofílias.

As intervenções realizadas tiveram na sua base os protocolos definidos no hospital onde se agrega a maternidade, no tratamento destes problemas na gravidez, onde foi prestado apoio psicológico e esclarecimento perante a culpabilização por parte das mulheres sobre a situação pela qual estavam a passar. A minha intervenção incidiu essencialmente em desmistificar esta culpa e a aceitação da situação, promovendo a vivência da mesma com menor impacto possível. Foi estimulada a presença da pessoa significativa e apesar de nos encontrarmos ainda em situação pandémica com restrição de visitas, foi proporcionado, em alguns momentos, a visita de outro familiar que não o de referência.

Importa refletir uma vez mais sobre a importância dos cuidados antecipatórios, onde nas consultas de vigilância pré-natal torna-se fundamental o conhecimento de fatores de risco materno de forma a monitorizar a gravidez em segurança e desenvolver intervenções não com o objetivo de evitar os partos prematuros, mas evitar as suas possíveis consequências nefastas.

A terceira competência/unidade de competência comtemplada foi:

- ✓ ***Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do Rn na sua adaptação à vida extra uterina.***

Os objetivos **definidos** integram: conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher/casal em trabalho de parto; conceber, planear, implementar e avaliar intervenções na adaptação do Rn à vida extra uterina; e conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.

No âmbito da MMF, foi possível desenvolver o **primeiro objetivo** na totalidade das atividades planeadas, sendo elas: atuação com responsabilidade profissional, ética e legal e com preocupação na gestão dos recursos e cuidados, bem como manutenção de ambiente seguro; realização de intervenções em pelo menos 25 grávidas na vigilância do bem-estar materno-fetal através da interpretação RCT; e implementação de intervenções em pelo menos 20 parturientes, de promoção, prevenção e controlo da dor, através de medidas não farmacológicas, sobretudo apoio psicológico, uso de bola de pilates e *Rebozo*, dando resposta ao ponto 3.1.3, 3.2.1 e 3.2.3 da respetiva unidade de competência.

A implementação de estratégias para alívio da dor em mulheres na primeira fase de trabalho de parto foi promovida em 47 % das mulheres assistidas. O uso da bola de pilates é promotora dos movimentos da bacia promovendo o encaixe do feto no canal de parto.

Relativamente ao *Rebozo*, a curiosidade no uso desta técnica surgiu no primeiro ano do Mestrado na UC de Educação para o Nascimento e Parentalidade, reforçando a prática autónoma do EESMO. O *Rebozo* promove a massagem e relaxamento da musculatura e ligamentos pélvicos e por consequência diminui os desconfortos e encurta o Trabalho de Parto (Cohen & Thomas, 2015; Vinaver, Keijzer & Tuyl, 2015). O *Rebozo* promove ainda a empatia e a aproximação da EESMO com a mulher grávida, fator este decisivo numa assistência ao parto, de qualidade.

Iversen, Midtgaard, Ekelin e Hegaard (2016. p. 6) afirmam que *"The rebozo technique can be seen as a tool for cooperation between a woman, the midwife and the woman's partner"**.

No entanto, importa salientar que cada mulher é única, cada contexto é único, pelo que o uso do *Rebozo* é um desafio constante, quer pelos diferentes estilos de corpo, quer pelas diferentes possibilidades e dificuldades, quer pelas preferências individuais. Acrescento ainda que a maior dificuldade sentida no alívio da dor das grávidas assistidas

foi o facto que se encontrarem em IMTP, o que dificulta grandemente o controlo da dor de forma mais eficaz.

Na SP, para o **primeiro objetivo** proposto delineei as seguintes atividades, atuação com responsabilidade profissional, ética e legal e com preocupação na gestão dos recursos e cuidados, bem como manutenção de ambiente seguro; realização de intervenções a quinze

* Para o autor Iversen, Midtgaard, Ekelin e Hegaard (2016, p. 6) "A técnica do rebozo pode ser vista como uma ferramenta de cooperação entre uma mulher, a parteira e o parceiro da mulher".

grávidas, comtemplando o plano de parto, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado; realização de intervenções em pelo menos quarenta grávidas/casal durante o trabalho de parto, monitorizando evolução, compatibilidade feto-pélvica e aplicação de técnicas adequadas na execução do parto de apresentação em apresentação cefálica; realização de intervenções em pelo menos cinquenta grávidas na vigilância do bem-estar materno-fetal através da interpretação de RCT; implementação de intervenções em pelo menos dez grávidas em trabalho de parto, de promoção, prevenção e controlo da dor, bem como prática de técnicas de respiração; avaliação da integridade do canal de parto e aplicação técnicas de reparação, em quinze puérperas, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação; promoção de momento de discussão da prática baseada na evidência, tendo por base as recomendações da OMS para uma experiência positiva de parto, emanadas e atualizadas em 2018.

A realização de intervenções a grávidas com plano de parto ficou aquém da meta definida. "O plano de parto constitui uma estratégia para promover o envolvimento da mulher na preparação para e no trabalho de parto e para expressar as suas expectativas e desejos relacionados com o decurso do mesmo" (Silva & Lopes, 2020, p. 2). Mais que um documento escrito, representa o empoderamento que deve ser dado à grávida/casal para que sejam detentores da informação necessária para uma tomada de decisão consciente (Silva & Lopes, 2020).

Apesar de oito das grávidas assistidas terem plano de parto elaborado e validado pela direção clínica, foi realizada a todas as outras, uma avaliação prévia sobre a informação que o casal/grávida era detentor(a) de forma a complementar o conhecimento pré-existente e promovido o esclarecimento de dúvidas e orientação na tomada de decisão esclarecida, dando resposta ao critério de avaliação 3.1.1 e 3.1.2 do Regulamento 391/2019, de 3 de Maio.

Outra das atividades que não foi concretizada na sua totalidade foi a execução de partos autónomos, tendo sido realizados 30 partos eutócicos autónomos, complementados por 20 partos assistidos, representando um cumprimento de 75% da meta pré-estabelecida. Esta atividade surge em resposta aos critérios de avaliação 3.2.1, 3.2.4 3.2.5 e 3.2.6. do regulamento supracitado.

A assistência e monitorização do trabalho de parto foi incrementada pela consulta do Livro de Bolso dos EESMO (2015), elaborado pela OE, bem como o livro de

Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020) e o Livro de Saúde Materna e Obstétrica (Nené, Batista & Marques, 2016). A análise e monitorização através de RCT e a avaliação da evolução do trabalho de parto foram uma constante. A avaliação do traçado do RCT foi um dos maiores desafios. Pequenos traços traduzem tanto e conseguimos retirar deles a avaliação do bem-estar fetal. Como contributo e incremento a um melhor desempenho, frequentei uma sessão sobre interpretação de RCT *online*, promovido pela entidade Neoventa, ministrado pela Dr.ª Susana Pereira, Consultora em Obstetrícia e Medicina Fetal em Inglaterra.

Reconheço como dificuldade, numa fase inicial, a avaliação da variedade da posição fetal, onde procurei executar o maior número de avaliações possíveis para conseguir melhorar destreza, executar comparações e superar esta dificuldade.

Dos 30 partos realizados, 46,7% foram de início espontâneo e 53,3% induzidos. Estes dados contrariam as orientações emanadas pela OMS, por uma experiência de parto positiva, onde a prioridade é deixar acontecer, sem induções precoces e desnecessárias. Num estudo realizado no Reino Unido, a indução realizada a grávidas com 39 semanas traduziu-se num aumento em 30% nos partos instrumentados (Gobman *et al*., 2018), bem como o mesmo autor no seu estudo percebeu que a indução aumenta o tempo em que a mulher se encontra em trabalho de parto devido à imaturidade do colo aquando da indução. Estes aspetos foram verificados no contexto de estágio na sala de partos, tendo sido este um dos aspetos limitadores no cumprimento da atividade planeada.

Dos partos eutócicos realizados, 16,7% apresentaram períneo íntegro, 43,3% apresentaram lacerações maioritariamente de 1º grau e em 40% dos mesmos, foi realizada episiotomia. Do total de episiotomias, 75% foram realizadas em mulheres nulíparas, tendo sido apenas encontrada esta relação. No entanto, reconheço como evolução positiva, as mesmas serem realizadas de forma seletiva e não de forma sistemática, ou seja, balançando o risco/benefício materno e para o Rn.

A correção das episiotomias e lacerações, como resposta ao critério de avaliação de aprendizagem 3.3.4 do referido Regulamento de competências, foi numa fase inicial, um aspeto que reconheci necessidade de melhoria. Colmatei a mesma através do aumento de observações deste procedimento, quando realizado por outro elemento da equipa. A realização de um curso de suturas perineais será o próximo desafio que quero atingir para o sucesso na assistência à parturiente. No entanto, reconheço que a maior vantagem é o

não recurso a ela. Em caso de existir, a destreza e a perceção da técnica mais adequada perante cada situação particular, constitui-se como mais-valia para menor impacto na autoimagem da mulher.

Um dos aspetos que não posso deixar de refletir a sua importância na minha aprendizagem foi a prática de diferentes posições maternas na segunda fase do trabalho de parto. Previamente à pandemia, já existia delineado um projeto de melhoria contínua na SP sobre esta temática, no entanto, ficou parado devido à contingência pandémica. O grupo de estudantes (eu e as minhas duas colegas de estágio em SP), sendo o tema motivador para todas e reconhecendo a importância e necessidade de prática sistemática dos mesmos, desenvolveu um trabalho em colaboração com o grupo responsável pelo projeto, já anteriormente mencionado. Foi para mim, muito importante o desenvolvimento deste trabalho quer em termos de pesquisa bibliográfica quer em termos de aplicabilidade dos mesmos e desenvolvimento de ferramentas para desenvolver futuros projetos de melhoria contínua da qualidade.

Concluí ainda que o posicionamento lateral esquerdo tem benefício significativo nos esforços expulsivos bem como na frequência das contrações, tendo praticado várias vezes, com sucesso. Corroborando a prática desenvolvida, a posição lateral esquerda (também denominada francesa ou Sims) contribui na redução da hipotensão supina e oferece maior quantidade de oxigénio ao feto no período expulsivo, na diminuição do uso de ocitocina, na realização de episiotomia, na perda de sangue materno e na redução de traumas perianais devido ao prolongamento do período de distensão (Barbosa, 2018; Paiva *et al*., 2018).

A promoção da ingesta hídrica durante a fase ativa de trabalho de parto foi também uma constante, que importa refletir. Neste momento, ainda existe alguma renitência por parte da equipa médica, sobretudo anestesistas, sobre esta prática. É um dos projetos futuros, que será para implementar também num curto espaço de tempo, na SP. Nas grávidas a quem prestei cuidados, foi promovida a ingesta hídrica, não se verificando consequências negativas mas sim, uma grande satisfação da grávida, sendo um momento positivo na realização dos esforços expulsivos. Argumentos para limitar a ingestão oral durante o trabalho de parto centram-se nas preocupações com o risco de aspiração e suas consequências pulmonares, bem como nas situações que necessitam de parto por cesariana. As orientações atuais apoiam a ingestão oral de quantidades moderadas de

líquidos claros por mulheres em trabalho de parto que não apresentam complicações (ACOG, 2019).

O uso de ocitocina e amniotomia foram práticas utilizadas de forma excecional e respeitando as recomendações da OMS para uma experiência positiva de parto (OMS, 2018). Todas as mulheres que passaram pela sala de partos durante a minha permanência em estágio aceitaram analgesia epidural ou raquianestesia, pelo que estes procedimentos, quando realizados em situações de trabalho de parto estacionário, o foram quando a mesma se encontrava analgesiada.

As conclusões que retiro das duas práticas anteriormente referidas é que, aplicadas no momento certo, após análise fatorial do índice de *Bishop*, tempo decorrido desde início do trabalho de parto e bem-estar materno, têm vantagens na progressão do mesmo.

Foi ainda proporcionado, em contexto de sala de partos, em 16,7% dos partos por mim realizados o corte do cordão umbilical pelo pai e numa das situações, pela própria mãe, incrementando e promovendo uma parentalidade envolvida. Isto significa que incorporar o pai no parto e no nascimento significa promover a ligação pai-bebé a partir desse momento e estímulo e fortalecimento da construção do papel paterno a partir da experiência de participação neste processo (Carmo & Moura, 2021).

A situação pandémica por Covid-19 veio prejudicar grandemente a assistência dos EESMO na preparação para o nascimento e parentalidade, verificando neste campo de estágio que mais de 50% das grávidas não frequentaram nenhum curso, e outras assistiram de forma pontual a algumas sessões *online* promovidas por entidades privadas, dado que os CSP estiveram absorvidos pela vacinação da população portuguesa. É hora de voltar novamente a atenção para as grávidas/casal, no sentido do seu empoderamento, vivenciando o processo de maternidade e paternidade com os conhecimentos necessários para uma intervenção de qualidade, com a respetiva parceria entre estes e os EESMO.

Notoriamente a situação é mais grave quando se fala na recuperação pós-parto, onde as atenções se centram no bebé e a recuperação da mãe fica para segundo plano.

A disfunção do assoalho pélvico é uma condição multifatorial que se manifesta no pós-parto, com impacto físico e psicológico na vida da mulher (Artymuk & Khapacheva, 2020). Foi possível percecionar isso nas mulheres multíparas, onde o pavimento pélvico se encontrava flácido, as mulheres referenciavam baixa autoestima e alterações na sua autoimagem.

As parturientes e grávidas por mim assistidas foram sensibilizadas para a importância desta recuperação no seu corpo, na sua mente e no seu relacionamento conjugal, aproveitando também para divulgar o início do curso de recuperação pós-parto inserido no programa "Terna Aventura" da ESEnfC. Tal como já foi referido, foi publicado um artigo de opinião reforçando a importância dos programas acima mencionados, num jornal de acesso geral à população (Apêndice VII).

Em resposta ao ponto 3.2.7 da competência em descrição, surge o **segundo objetivo** pessoal que comtempla as seguintes atividades por mim propostas: realização e promoção de *golden hour* em pelo menos quarenta e cinco das grávidas/casal assistidos, com promoção de vinculação na tríade e promoção do aleitamento materno (critério de avaliação 4.1.4 do Regulamento 391/2019); realização da avaliação imediata de pelo menos vinte Rn implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina; realização de reanimação de um Rn em situação de emergência.

Foi realizada a assistência imediata a cinquenta e seis recém-nascidos no momento do nascimento, nos quais foi promovido o contato pele a pele em 71,4% destes, e promoção do aleitamento materno em 48,2% dos mesmos. O contato pele a pele não foi conseguido logo após o nascimento nas circunstâncias em que os Rn necessitavam de aspiração de líquido meconial, apresentassem problemas cardíacos, ou síndromes com consequências como hipotonia. Foi me possível colaborar na prestação de cuidados a oito Rn com necessidade de intervenções de adaptação à vida extra-uterina, três dos quais necessitam de apoio na UCIN, um por prematuridade e dois por cardiopatia, tendo sido possível a sua transferência e visita à estrutura física desta unidade de cuidados.

Reconheço como lacuna a atual ausência de estágio na UCIN, impossibilitando o acompanhamento de proximidade de Rn com necessidades especiais, salientando as restrições de crescimento intra-uterino e a prematuridade, com influência na vinculação da tríade.

Relativamente à promoção do aleitamento materno, nenhuma mãe recusou a amamentação, no entanto, como constrangimento materno foi possível verificar que algumas puérperas tinham mamilo raso que dificultava a pega e, como constrangimento associado ao Rn, foi possível verificar que alguns não manifestaram interesse imediato na mama, não sendo amamentados na primeira hora de vida. Foram ensinadas e instruídas algumas técnicas de alívio do ingurgitamento mamário, estratégias de sucesso na

amamentação prolongada e uma mera descrição das fases por que o leite materno passa e respetivas quantidades necessárias ao crescimento saudável do Rn.

Na atividade planeada de assistência a Rn em situação de emergência, tal não foi possível, pela ausência de situações críticas, corroborando a bibliografia que retrata episódios de emergência neonatais inferiores a 1%.

No Puerpério obtive uma média de consecução de 76,66% das atividades planeadas, sendo elas, a promoção do aleitamento materno em vinte e cinco Rn; realização de exame físico a quinze Rn; realização de pelo menos dez rastreios de cardiopatias no Rn e três Diagnósticos Precoces; realização de ensinos e cuidados ao Rn, a pelo menos cinco pais, no que respeita ao banho, eliminação, choro e prevenção de acidentes; e, promoção da vinculação da tríade em vinte e cinco Rn, com maior enfoque na autonomia e inclusão do pai nos cuidados, dando resposta ao ponto 3.1.4, 3.1.5, 3.2.9 e 3.2.10.

Foram prestados cuidados a trinta e oito Rn, onde administrei a vacina da Hepatite B em 10% dos mesmos, colaborei nos rastreios de cardiopatias também em 10% dos RN assistidos e foram promovidos momentos de vinculação durante o banho em 13%. Ainda houve a oportunidade de realizar um teste para Diagnóstico Precoce.

Houve ainda a possibilidade de orientar estratégias para um sono em contenção, promovendo tranquilidade do RN e facilitar a sua adaptação à vida extra-uterina. Saliento estas intervenções como cuidados especializados do EESMO dado a sua importância no desenvolvimento neurológico, comportamental e relacional do RN, onde o posicionamento adequado e a contenção são intervenções importantes, dado contribuírem para a autorregulação do bebé e evitando a desorganização motora (Chora & Azougado, 2015 como referidos por Correia e Lourenço, 2020).

A amamentação é um tema que esteve em constante abordagem nas intervenções realizadas. A promoção do aleitamento materno e o seu sucesso devem-se grandemente à intervenção do EESMO nos três pontos de viragem para que a amamentação tenha sucesso, sendo eles a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação (Levy e Bértolo, 2012).

Quanto melhor os pais estiverem envolvidos, com conhecimento e estratégias para ultrapassar dificuldades, a amamentação será certamente um momento precioso de interação e bem-estar da tríade.

No serviço de Puerpério foi possível constatar que 13% dos bebés assistidos tinham complemento de alimentação por leite artificial, sendo a prioridade o aleitamento materno, e nestes bebés a amamentação ainda não estava integrada de forma efetiva pelo surgimento de problemas racionados com fatores psicológicos maternos, má pega com consequências de mamilos fissurados, doridos e mastite. Também um fator corroborado pela bibliografia pesquisada foi o atraso na subida do leite devido ao parto por cesariana, como afirma Mitchell (2022, p. 362) a "*cesarean birth is associated with delayed lactogenesis II and, therefore, delayed presentation of engorgement*"**.

Não posso deixar de refletir sobre uma situação que contribuiu para a aprendizagem e que se revestiu pelo reinternamento de uma puérpera no sétimo dia pós-parto, devido a uma mastite, onde surgiu a controvérsia no estímulo de lactação na mama afetada.

Pelo que, após pesquisa, concluo que o bebé pode ser colocado à mama, para haver uma extração fisiológica de leite materno, evitando o recurso a bomba, promovendo a simbiose bacteriana da boca do bebé e do leite materno. Corroborando, *"Women should not be instructed to express and discard their milk, as bacterial mastitis is not a contraindication to breastfeeding"* (Mitchell, 2022, p. 367). Pelo que, *"Women using a breast pump should express milk at a frequency and volume that mimics physiological breastfeeding"*** (Mitchell, 2022, p. 367).

Esta pesquisa foi partilhada e discutida com alguns elementos da equipa, fomentando momentos de reflexão importantes no crescimento profissional e qualidade na assistência materno-fetal.

O **terceiro objetivo** por mim estabelecido confere resposta à aquisição de competência descrita no ponto 3.3.2. Como atividades, foram definidas a promoção de suporte emocional e psicológico a pelo menos 10 grávidas e/ou parturientes em trabalho de parto; e a cooperação com outros profissionais no cuidado de pelo menos 10 grávidas e/ou parturientes com complicações da gravidez e do parto, as quais foram concretizadas em 100% do planeado.

** Para o autor Mitchell, (2022, p. 367) ""O nascimento por cesariana está associado a lactogénese II retardada e, portanto, atraso na apresentação do colostro".

*** Para o autor Mitchell, (2022, p. 367) "As mulheres não devem ser instruídas a exprimir e descartar o seu leite, uma vez que a mastite bacteriana não é uma contraindicação à amamentação. Pelo que "As mulheres que usam uma bomba mamária devem expressar leite numa frequência e volume que imitam a amamentação fisiológica".

A comunicação é um aspeto essencial no cuidado à mulher/casal em trabalho de parto, influenciando a forma como este momento é vivido e recordado. A presença, o apoio psicológico e assistência nos momentos com maior intensidade de dor, influenciam o seu limiar, melhorando a aceitação de todo aquele processo e a sua consciencialização. Num estudo realizado por Koteles *et al*., em 2013, verificou-se que apesar de a epidural ser um método seguro e eficaz, o seu uso não se associou a maior satisfação materna, pois esta foi elevada independentemente do tipo de analgesia utilizada. Tal reflete a importância do apoio prestado, e a analgesia intraparto ser um fator na experiência de parto em geral (Teixeira, Abelha & Santos, 2016).

Foi possível a assistência e monitorização do trabalho de parto em dez grávidas e consequentes puérperas com Diabetes Gestacional e grávidas com doenças hipertensivas, três grávidas com alterações da coagulação, com principal objetivo a vigilância de hemorragia, com impacto no bem-estar materno-fetal e o controlo da dor, dado que nestas grávidas não foi possível a implementação de analgesia epidural mas sim a administração de analgesia endovenosa por controlo da paciente.

A quarta competência/unidade de competência diz respeito a:

- ✓ ***Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a sua saúde e do recém-nascido apoiando o processo de transição e adaptação para a parentalidade***

Os objetivos propostos para a atingir consistem em: conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher no pós-parto; conceber, planear e implementar consultas de revisão de puerpério, acompanhamento do recém-nascido, com despiste para situações de alerta, e aconselhamento e orientação contracetiva.

Em contexto de sala de partos, como resposta ao critério de avaliação 4.2.3, 4.2.4 e 4.2.5 do respetivo regulamento de competências do EESMO, o **primeiro objetivo** foi atingido pelas seguintes atividades planeadas: atuação com responsabilidade profissional, ética e legal e com preocupação na gestão dos recursos e cuidados, bem como manutenção de ambiente seguro; na realização de vigilância de pelo menos 45 puérperas, identificando situações de risco ou desvio de normalidade (hemorragias, atonias uterinas, entre outras), atuando de acordo com a necessidade identificada e/ou referenciando para outros profissionais da equipa multidisciplinar; e na realização de pelo menos 8 visitas a mulheres no pós-parto durante o internamento, avaliando adaptação à parentalidade e

condição física, bem como fornecer orientações relativas à consulta de revisão pós-parto, reforçando o papel dos rastreios na saúde da mulher, em especial relativamente ao cancro do colo do útero.

A primeira atividade estabelecida foi superada, tendo sido possível a prestação de cuidados no pós-parto imediato a 47 puérperas. Em duas destas foi possível implementar o protocolo, existente no serviço, perante a atonia uterina. Também três delas apresentaram hipotensão aguda com necessidade de correção de volémia, tendo mesmo sucedido um episódio de lipotimia transitória.

As visitas PP, foi possível a sua concretização em 62,5% do proposto. A dificuldade na concretização desta atividade planeada deveu-se essencialmente ao distanciamento entre os turnos efetuados, dado que as puérperas permaneciam 48 horas no puerpério o que por vezes não era fácil conciliar e concretizar esta visita.

Foram realizadas cinco visitas pós-parto, onde foi verificada a involução uterina, a vigilância de perdas, continuidade e sucesso da amamentação e reforço para a importância da consulta pós-parto.

Na minha perspetiva, enquanto EESMO, importa questionarmo-nos sobre o modelo de cuidados atual e perceber porque em Portugal, sendo uma gravidez de baixo risco, sem complicações, de início espontâneo, com o parto realizado pelo EESMO, porque não pode ser o EESMO a proceder ao acompanhamento e alta da puérpera? É neste sentido que devemos trabalhar dando valor incrementado às nossas competências e atuando para a satisfação e qualidade do cuidado prestado.

No contexto de Puerpério, o **primeiro objetivo** surge como resposta aos pontos 4.1.1, 4.1.2 e 4.1.3, tendo sido atingido em 90% das atividades planeadas, sendo elas a realização de vigilância de pelo menos 25 puérperas, identificando situações de risco ou desvio de normalidade (hemorragias, atonias uterinas, entre outras), atuando de acordo com a necessidade identificada e/ou referenciando para outros profissionais da equipa multidisciplinar; realização de pelo menos 10 entrevistas de orientação na contraceção, bem como reforço da importância da consulta de revisão pós-parto, salientando o papel dos rastreios na saúde da mulher, em especial relativamente ao CCU; a criação de póster orientador sobre aconselhamento contracetivo no pós-parto e delineação de estratégias de intervenção no âmbito da área de atuação do EESMO; e adaptação do folheto de

sensibilização para o RCCU por mim elaborado, para cedência às puérperas no dia da alta.

Foram assistidas 43 puérperas, com especial atenção aos diagnósticos de enfermagem no que respeita a perda sanguínea, involução uterina e amamentar. Foi consultado o livro de Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020) e o Livro de Saúde Materna e Obstétrica (Nené, Batista & Marques, 2016).

Foi possível realizar assistência em duas situações de desvio de normalidade, sendo elas, a vigilância e administração de ocitócitos numa puérpera submetida a dequitadura manual e outra puérpera com pré-eclâmpsia e intoxicação medicamentosa por sulfato de magnésio.

Na atual prática obstétrica o Sulfato de Magnésio inclui a prevenção e tratamento de convulsões eclâmpticas, prolongamento da gravidez para administração pré-natal de corticosteróides e neuroproteção fetal na iminência de interrupção prematura da gravidez (Coutinho, Coutinho & Coutinho, 2021). Neste caso concreto foi utilizado como tocolítico e neuroprotetor, tendo a grávida realizado dois ciclos de Sulfato de Magnésio, conforme protocolo da instituição. Importa aqui salientar a controvérsia ainda existente relativamente à sua utilidade perante as situações anteriormente referidas (Coutinho, Coutinho & Coutinho, 2021), reforçando o papel do EESMO nas intervenções interdependentes e monitorização de sinais e sintomas.

Destaco ainda, uma reflexão pessoal, sobre outra situação que me marcou e que influenciou a minha prática em contexto de prestação de cuidados enquanto EESMO, permitindo desenvolver a competência 4.3.1, 4.3.8 e 4.3.9. A situação em causa foi a de uma puérpera com um trabalho de parto imensamente prolongado por incompatibilidade feto-pélvica que acabou em parto instrumentado, com laceração de IV grau, como resultado um Rn com Índice de Apgar 7/8/9 e ida para UCIN e cerca de uma semana depois uma deiscência de perineorrafia, com surgimento de fístula obstétrica retovaginal.

A fístula obstétrica resulta muitas vezes devido a partos prolongados causando necrose tecidual, com impacto psicossocial, económico e médico (Ahmed, Anastasi & Laski, 2016 como referidos por International Confederation of Midwives - ICM, 2017).

Assim, *"Women who experience this preventable condition suffer constant urinary and or fecal incontinence which often leads to skin infections, kidney disorders, offensive body*

odor and even death if left untreated"[****] (ICM, 2017, p. 1).

Após análise da situação, torna-se imprescindível assumir um papel proactivo nas decisões da equipa multidisciplinar, zelando pelos direitos da mulher e defendendo um parto seguro. Porque apesar de serem cumpridos os pressupostos de cuidados de segurança na maternidade, verificou-se um desvio na qualidade de assistência e uma influência na qualidade de vida desta mulher, com profundo impacto social, psicológico, corporal e de vida em casal.

Dando resposta às restantes atividades planeadas, foi possível realizar cinco entrevistas de orientação e aconselhamento contracetivo. A colheita de informação inicial sobre a experiência contracetiva anterior é importante, promovendo envolvimento e motivação da mulher, melhorando a sua adesão e gestão ao contracetivo anterior a utilizar.

O aconselhamento contracetivo deve ser iniciado nas consultas pré-natais promovendo uma maior adesão, desenvolvendo estratégias assentes na comunicação (aconselhamento de forma direta presencial ou via telefone/vídeo), no aconselhamento e terapias cognitivas (entrevista motivacional), no esquema terapêutico (ajustado à dinâmica diária) e promoção do envolvimento e minimização de esquecimentos (integração da família/cônjuge), lembretes escritos ou visuais, atribuição de horário fixo de administração/substituição e acesso ao contracetivo, rentabilizando a gratuitidade dos CSP (Camarneiro, 2021).

As pessoas pretendem obter cada vez mais informação e maior interação com os profissionais de saúde, abandonando o papel de beneficiários passivos de instruções técnicas, apresentando uma participação ativa no processo de aprendizagem e no estabelecimento de objetivos (DGS, 2019). Neste sentido, os EESMO têm o dever de atualizar a sua prática às circunstâncias atuais de prestação de cuidados, devendo apostar na literacia em saúde recorrendo à criatividade e inovação. Pelo que, o estímulo à autorresponsabilização e consciencialização da vigilância da sua saúde consiste na divulgação de documentação que incremente a sua literacia através do uso do meio digital para a sua consulta. A importância da literacia em saúde digital surge como oportunidade na promoção da saúde, sendo fundamental assegurar a cooperação

**** Para o autor ICM, (2017, p. 1) "As mulheres que experimentam esta condição evitável sofrem de incontinência urinária constante e ou fecal que muitas vezes leva a infeções cutâneas, distúrbios renais, odor corporal ofensivo e até mesmo a morte se não forem tratadas".

interdisciplinar a todos os níveis (nacional, regional e local), adaptada às necessidades das pessoas, por forma a evitar o aumento das desigualdades em saúde (DGS, 2019).

Em promoção da saúde, a literacia em saúde significa compreender as condições que determinam a saúde e saber como mudá-las (OMS, 2008 como referida por DGS, 2019). Neste sentido, contribuindo para melhorar a qualidade na assistência dos EESMO, foi elaborado um póster de orientação no aconselhamento contracetivo da puérpera (Apêndice VI). Estas estratégias contribuem para a organização e a gestão dos cuidados de enfermagem especializados tomando como fator estruturante as necessidades singulares de cada pessoa, nos distintos momentos de sua vida, tendo em vista o bem-estar, segurança e autodeterminação (OE, 2021).

Relativamente à última atividade planeada foi possível perceber que a percentagem de mulheres assistidas que apresentavam citologia em dia não chega aos 40%, havendo aqui um grande trabalho do EESMO na sensibilização e criação de estratégias de adesão das mulheres à vigilância da sua saúde. Reforçando este nosso papel perante a sociedade em geral e sensibilização para a saúde das mulheres, foram desenvolvidas ao longo deste ano de estágio estratégias de promoção da vigilância em saúde como a publicação de um artigo de opinião sobre a adesão ao RCCU num jornal de acesso geral (Apêndice VIII), adaptado o folheto elaborado no contexto de cuidados de saúde primários, para o contexto de maternidade, sobre a adesão ao RCCU (Apêndice V), para entrega no momento da alta clínica, bem como o desenvolvimento de um estudo de investigação no sentido de perceber como são influenciadas as crenças em saúde das mulheres relativas ao CCU.

As atividades que estabeleci para atingir o **segundo objetivo** foram delineadas para os CSP, apresentando-se de seguida: colaboração e dinamização da primeira consulta de vigilância de saúde do Rn com realização de pelo menos dois Testes de Diagnóstico precoce; colaboração e dinamização de pelo menos 30 consultas de revisão de puerpério e acompanhamento do recém-nascido; colaboração e dinamização de 3 visitas domiciliárias no pós-parto, orientando cuidados no âmbito do aconselhamento e orientação na amamentação, peso corporal do bebé, incentivo à parentalidade partilhada, ensinos sobre prevenção de acidentes e despiste de situações de desvio de normalidade (com recém-nascido ou mãe/casal); e realização de pelo menos duas sessões de recuperação pós-parto, no âmbito da adesão e orientação contracetiva e sexualidade (Apêndice III) e alimentação no pós-parto (Apêndice IV), com pelo menos 4 participantes em cada.

Este objetivo foi também superado em todas as atividades planeadas para a sua consecução. Foram realizadas três consultas com realização do Diagnóstico Precoce ao Recém-nascido, com base nas orientações da DGS em parceria com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge incluídas no Programa Nacional de Diagnóstico Precoce.

Foram dinamizadas trinta e cinco consultas de revisão de puerpério e acompanhamento do Rn, incluindo quatro visitas domiciliárias. A visita domiciliária reveste-se de elevada importância e foi uma grande aprendizagem a sua manutenção perante a situação atual de pandemia, onde a prevenção e controlo de infeção foram aplicadas, não sendo obstáculo à sua implementação.

A prática desta visita domiciliária até aos primeiros quinze dias após o nascimento é prática comum nesta UCSP, intervenção esta promotora de proximidade e confiança entre a equipa de saúde e a utente/família. A avaliação em contexto real, físico, psicológico, ambiente e vinculação, são pilares fundamentais na conceção da intervenção. A intervenção foi baseada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) e no documento emanado pela Ordem dos Enfermeiros: Guias orientadores de boas práticas em saúde infantil e pediátrica (2010).

Estas visitas tiveram por base o preenchimento de uma folha de visitação domiciliária elaborada pela respetiva UCSP, concebida para o efeito. Foram ainda tidas em conta as orientações emanadas pelo Programa Nacional para a Vigilância de Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015a) e o Manual de Aleitamento Materno da Unicef (2012).

No que concerne à colaboração em projetos de desenvolvimento de competências parentais no pós-parto, tive a oportunidade de participar em sete sessões, onde me foi dada a oportunidade de dinamizar duas delas. A primeira sobre sexualidade no pós-parto (Apêndice III) e, a segunda sobre alimentação saudável no pós-parto (Apêndice IV) e esclarecimento de alguns mitos sobre a influência da alimentação e hidratação oral, no aleitamento materno. Esta experiência foi importante no desenvolvimento de competências comunicacionais, de conhecimentos e de interação com as participantes. A abordagem inicial foi constrangedora, faltando algumas palavras para tornar as sessões mais interativas, dado que a sua realização também se manteve de âmbito *online*, via plataforma *Microsoft Teams.* Mas com o decorrer das sessões e frequência nas mesmas, foi-se criando um ambiente empático e de interação facilitador.

Ainda me foi dada a possibilidade de participar ativamente em mais duas sessões, onde numa delas abordei algumas questões relacionadas com o regresso ao trabalho e direitos sociais e económicos que as mulheres/casais podem usufruir, bem como o reforço a uma parentalidade partilhada; e a outra sessão tinha como conteúdos a parentalidade positiva, onde foi realizada uma abordagem sobre o neurodesenvolvimento infantil e a influência do ambiente, com introdução de alguns conceitos como a epigenética. Nesta sessão tive como referência, os conteúdos lecionados nas aulas de neonatologia e no Plano de Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância (OMS e UNICEF, 2018).

A quinta competência/unidade de competência selecionada para aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de aprendizagens neste ano letivo foi:

- ✓ ***Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período de climatério, no sentido de potenciar a sua saúde apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa***

O objetivo que lhe deu resposta foi: planear e implementar intervenções para a adaptação da mulher a uma nova condição de vida: climatério, tendo-me proposto a desenvolver as seguintes atividades: realização de pelo menos dez consultas de saúde da mulher/adulto com informação sobre as alterações comuns associadas ao climatério e respetivas estratégias para minimizar sintomatologia; promoção e divulgação de contraceção, promovendo a vivência de uma sexualidade positiva e prazerosa em pelo menos 8 consultas.

Foram realizadas quatro consultas de alterações associadas ao climatério e oito consultas a mulheres em climatério. A intervenção neste grupo de mulheres foi grandemente facilitada pelos conhecimentos adquiridos com o trabalho de avaliação realizado na UC de Sexualidade, Saúde e Género, incluída no primeiro ano deste mestrado, em que temática foi alvo da minha investigação. Este trabalho ajudou-me a refletir e valorizar a intervenção em termos de sexualidade nesta fase da vida, dado o risco de gravidez ainda persistir nos 25%; bem como as possíveis alterações na líbido que podem dificultar uma sexualidade prazerosa.

A divulgação da recente estratégia de alívio da sintomatologia do climatério, com a criação de uma t-shirt, desenhada por uma ex-aluna da Universidade do Minho e que se encontra à venda em lojas e plataformas *online* foi também realizada.

Grande parte destas mulheres foram "resgatadas" para desenvolvimento desta tipologia de consultas aquando da vinda a consultas de saúde do adulto ou doença crónica, sendo esta uma estratégia encontrada para dar resposta ao objetivo definido e aos critérios de avaliação da competência/unidade, definidos nos pontos 5.1.3, 5.1.4, 5.3.1 e 5.3.4, da respetiva competência.

Na Consulta Externa, existe uma consulta de climatério e menopausa, que reconheço como lacuna a não frequência da mesma. O cumprimento das experiências mínimas e o tempo de permanência reduzido neste contexto limitaram a minha intervenção e aprendizagem neste grupo de mulheres, não menos importante para o EESMO.

A última competência/unidade de competência desenvolvida, desta primeira parte do meu relatório. foi:

- ✓ ***Cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde***

O objetivo definido foi providenciar cuidados à mulher com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama e facilitar a sua adaptação à nova situação. Neste sentido, foi possível desenvolver aprendizagens neste campo, através da realização de consultas a duas mulheres com afeções da mama, uma mulher com afeção do útero, e outra com afeções do aparelho geniturinário. O que retiro de semelhança delas, é a necessidade de intervenção psicológica, escuta ativa e alterações na sua sexualidade como prioridades de intervenção do EESMO.

Termino esta primeira parte do meu relatório com a certeza de concretização dos objetivos e atividades planeadas. Foram intensos meses de dedicação, de pesquisa, de intensas horas de prestação de cuidados, mas que se refletiram em aprendizagens marcantes no meu futuro pessoal e profissional.

Várias seriam as áreas sobre as quais gostaria de ter aprofundado mais os meus conhecimentos e intervenções, no entanto, pela proximidade e necessidade emergente da intervenção do EESMO nos CSP, a saúde da mulher foi a área que me despertou particular interesse e na qual quis investir para perceber nos diferentes contextos, quais as dimensões de abordagem e como poderia potenciar a saúde daquelas mulheres. A escassez de oportunidades pela ausência das mulheres nas consultas de RCCU foi o motor para o investimento na componente investigativa.

No entanto, na passagem pelos diferentes campos de estágios, quis retirar conclusões e perceções sobre as crenças e práticas das mulheres relativamente ao CCU e levar um pouco do meu conhecimento e intervenção às mesmas, justificando as estratégias anteriormente descritas, como a formação e sensibilização às equipas multiprofissionais, elaboração de folhetos, entrevistas motivacionais, entre outras.

Neste sentido, segue-se na segunda parte deste relatório a descrição do trabalho desenvolvido sobre as crenças de mulheres relacionadas com o CCU, com reflexão sobre o seu impacto em práticas futuras e suas limitações.

PARTE II

2 – DESCRIÇÃO DA COMPONENTE INVESTIGATIVA

No Despacho n.º 3618-A/2016, de 10 de Março, é possível ler-se que os CSP são considerados o primeiro acesso ao sistema de saúde, onde o enfermeiro é parte integrante da equipa multiprofissional. A relevância das ações desenvolvidas pelo EESMO no exercício da prevenção e a promoção da saúde das mulheres, motivaram o presente estudo.

Na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) onde desenvolvi o meu estágio, o RCCU ficou aquém da média nacional (98,4%), tendo 40,88% das mulheres contempladas na faixa etária, realizado o RCCU em 2019. Em 2020, este indicador teve uma ligeira subida para 41,73%, no entanto, continua muito longe da média nacional.

Os enfermeiros, em especial os EESMO, têm um papel importante, onde no Regulamento de competências 391/2019 pode ler-se na unidade de competência "Promove a saúde ginecológica da mulher", tendo como intervenções conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica; informar e orientar a mulher sobre saúde ginecológica; e informar e orientar a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.

É importante desenvolver a confiança das mulheres nos CSP e perceber que os cuidados diferenciados, praticados por EESMO podem fazer a diferença na satisfação da mulher, na sua adesão aos cuidados de vigilância e respetiva eficiência do Sistema Nacional de Saúde.

A investigação delineada pretende isto mesmo, pelo que, conhecendo algumas características das mulheres alvo de cuidados é possível delinear uma prática mais ajustada às reais necessidades e particularidades destas mulheres.

Pretende-se deste modo influenciar positivamente as mulheres na adesão a programas de RCCU, com melhoria dos indicadores de morbilidade e mortalidade por cancro, bem

como devolver qualidade de vida, através de uma sensibilização e literacia ajustada e real, das mulheres.

Em termos académicos, promoveu o desenvolvimento de competências no âmbito de investigação, como impulso para futuras investigações, traduzindo evidência e conhecimento científico fundamentado e coerente.

2.1 – CANCRO DO COLO DO ÚTERO: ONDE ESTAMOS E PARA ONDE CAMINHAMOS?

O cancro do colo do útero pertence a um grupo heterogéneo de doenças caracterizada por autonomia e descontrolo de crescimento de células originárias do colo uterino. A maioria dos carcinomas cervicais são causados por infeção persistente por um agente oncogénico (ou de alto risco), designado Vírus do Papilomavírus Humano (HPV), comummente adquirida durante a relação sexual (OMS, 2020).

Segundo o *International Agency for Research on Cancer* (2020), existem mais de 100 tipos de HPV entre os quais, pelo menos 14 são conhecidos como oncogénicos, salientando-se o HPV16 e HPV18, responsáveis por 70% dos carcinomas cervicais relatados globalmente.

Quase 80% das infeções por HPV de alto risco desaparecem espontaneamente sem qualquer intervenção, dentro de dois anos. No entanto, uma pequena proporção (aproximadamente 10%) de infeções pode persistir por vários anos, progredindo para lesões pré-cancerosas que, se não tratadas, podem levar a cancro invasivo ao longo de um período de 10 a 20 anos (OMS, 2020).

Segundo o *Institute of Medicine*, as doenças oncológicas têm um peso crescente na sociedade, não sendo exceção o cancro do colo do útero que assume, nas mulheres, a quarta posição a nível mundial (OMS, 2020).

Segundo Ferlay *et al*. (2018), em termos de incidência e mortalidade, evidencia-se uma estimativa de 570.000 novos casos e 311.000 mortes em 2018.

A taxa de incidência estimada ajustada para a idade é 13 por 100.000 mulheres em todo o mundo podendo variar entre países, 2 a 75 por 100.000. A taxa de mortalidade ajustada por idade é de 7 por 100.000 mulheres em todo o mundo, variando de 1 a 55 por 100.000.

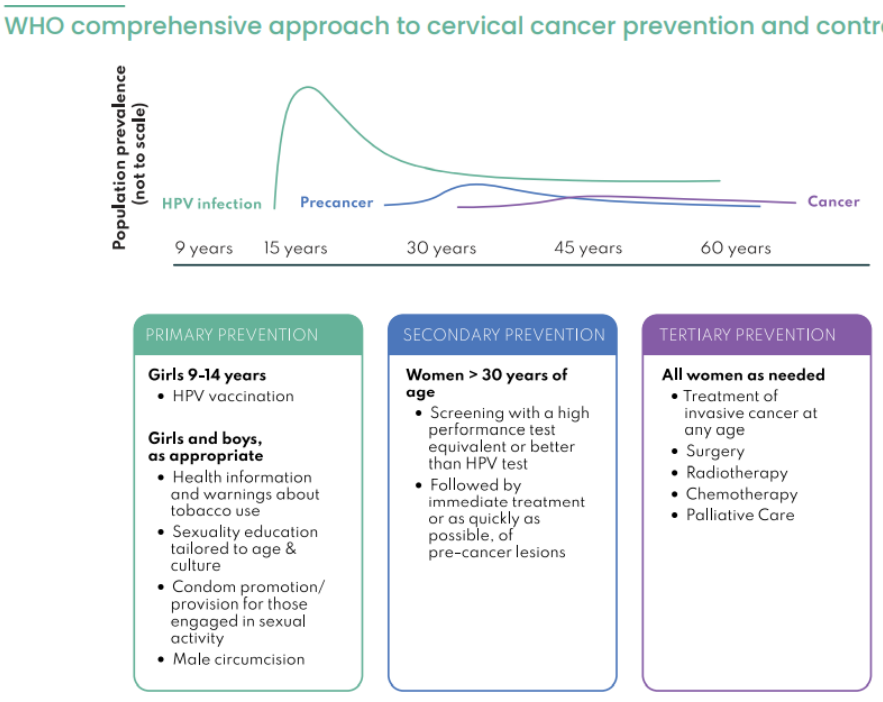
Segundo a mesma fonte, as maiores taxas de incidência e mortalidade estão associadas a menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), levando a um peso suportado pelas mulheres em países de baixo e médio IDH. Se as tendências continuarem, as projeções indicam que haverá um aumento de quase 30% e 50% nas mortes por cancro do colo do útero até 2030 e 2040, respetivamente.

Em Portugal, o CCU é a segunda causa de morte em mulheres, mas a primeira antes dos 65 anos de idade (Ministério da Saúde, 2019).

A prevenção do CCU por meio da vacinação contra o HPV e a sua triagem são duas das medidas de saúde pública mais custo-efetivas, com alto retorno sobre o investimento (OMS, 2020).

O cancro necessita de uma resposta articulada por parte das diversas estruturas do Sistema Nacional de Saúde (SNS), abrangendo, como descrito na figura 1, as áreas da prevenção, do diagnóstico e do tratamento, obrigando à conjugação de esforços por diversas entidades e equipas multiprofissionais (Ministério da Saúde, 2019).

Figura 1 – Abordagem na prevenção e controlo do CCU



Fonte: OMS, 2020

A prevenção primária refere-se principalmente à vacinação contra o HPV. Em 2018, a OMS recomendou priorizar a vacinação contra o HPV para meninas com idade entre 9 e 14 anos, antes de se tornarem sexualmente ativas, administrada por duas doses de vacina.

Em Portugal, a vacina contra o HPV foi introduzida no Plano Nacional de Vacinação (PNV) em outubro de 2008, para todas as adolescentes com 13 anos de idade num esquema de três doses. A partir do dia 1 de outubro de 2014, a vacinação em âmbito do PNV passou a ser recomendada para as raparigas entre os 10 e 13 anos de idade num esquema de duas doses. Em setembro de 2020, Portugal incluiu os meninos, nascidos em 2009, na vacinação do HPV, que era até então direcionada para as raparigas.

Além da vacinação, a OMS (2020) recomenda intervenção na comunidade, com informações apropriadas à idade sobre fatores de risco conhecidos, como tabagismo, idade de iniciação sexual e o uso do preservativo.

A prevenção secundária envolve triagem e tratamento de lesões pré-cancerosas prévias ao seu avanço para lesões invasivas de neoplasia cervical. Para benefício máximo, a triagem deve cobrir pelo menos 70% da população-alvo e ser realizado com um teste de alto desempenho, e vinculado a tratamento eficaz da doença cervical detetada (Bytautas, Dobrow, Sullivan & Brown, 2014 citados por OMS, 2020).

O RCCU, em Portugal realiza-se, segundo a Direção Geral da Saúde, a todas as mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos (DGS, 2012), sendo a sua taxa de cobertura geográfica de 98,4%, pelo que a Região Autónoma da Madeira não tem RCCU implementado.

A deteção precoce de neoplasia intraepitelial cervical de grau 2 ou 3 possibilita a intervenção atempada com recurso à excisão e vigilância mais frequente, que é determinante na prevenção de carcinoma invasivo (Silva & Moutinho, 2004; Small *et al.*, 2017 como referidos por Teixeira *et al*., 2019), diminuindo a probabilidade de desenvolvimento de neoplasia invasiva.

A citologia cervical é o método de referência para o rastreio primário do CCU (Schiffman *et al*, 2011; Smith, 2013 como referidos por Teixeira *et al*., 2019).

Em 2019, a Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro e ARS Algarve iniciaram a implementação do teste primário por HPV que permite alterar a periodicidade deste rastreio de três (citologia convencional) para cinco anos (Alves, 2020). Em 2019 foram convidadas 288.695 mulheres das quais 253.884 foram rastreadas, o que reflete uma taxa de adesão ao rastreio de 87,9% tendo sido referenciados para o hospital 4,95% casos positivos (Ministério da Saúde, 2019).

Um diagnóstico oportuno e um tratamento de qualidade são promotores de uma taxa de sobrevida em 5 anos, de estágio inicial de cancro, superior a 90% (*American Cancer Society*, 2020). O tratamento do cancro do colo do útero em estágio inicial também é menos complexo, menos dispendioso e mais eficaz, com maior taxa de sobrevivência a longo prazo e melhor qualidade de vida (OMS, 2017; Chinula, 2018 citado por OMS, 2020).

Neste sentido, a prevenção terciária compreende a qualidade apropriada na resposta ao tratamento do cancro invasivo do colo do útero para prevenir mortes e melhorar a sobrevida e a qualidade de vida relacionada com a saúde (OMS, 2020).

Em Portugal ocorreu na década de 70 um decréscimo da mortalidade, relacionado com as profundas alterações no SNS (aumento da qualidade no tratamento e acesso ao diagnóstico precoce). O padrão de variação da mortalidade de CCU observado parece indicar que nos grupos etários mais jovens a redução se deve ao rastreio e a abordagens terapêuticas atempadas.

As mulheres com menos de 40 anos, em que é mais provável a existência de uma gravidez, com eventual contacto com profissionais de saúde no período perinatal, têm maior probabilidade de serem rastreadas. Este aspeto pode explicar a tendência decrescente para a mortalidade por CCU que se observa no grupo etário mais jovem (Teixeira *et al.*, 2019).

Em Portugal, a incidência mais elevada de CCU observa-se em mulheres com idade entre 40 e 49 anos, observando-se um aumento da mortalidade por CCU nas décadas de 80 e 90, embora nos últimos anos se tenha observado uma inversão desta tendência (Teixeira *et al*., 2019).

Também nas últimas três décadas, a mortalidade por cancro do colo do útero estabilizou em idades mais avançadas, o que pode ser explicado parcialmente por fatores com impacto na adesão aos programas de rastreio (Ministério da Saúde, 2019).

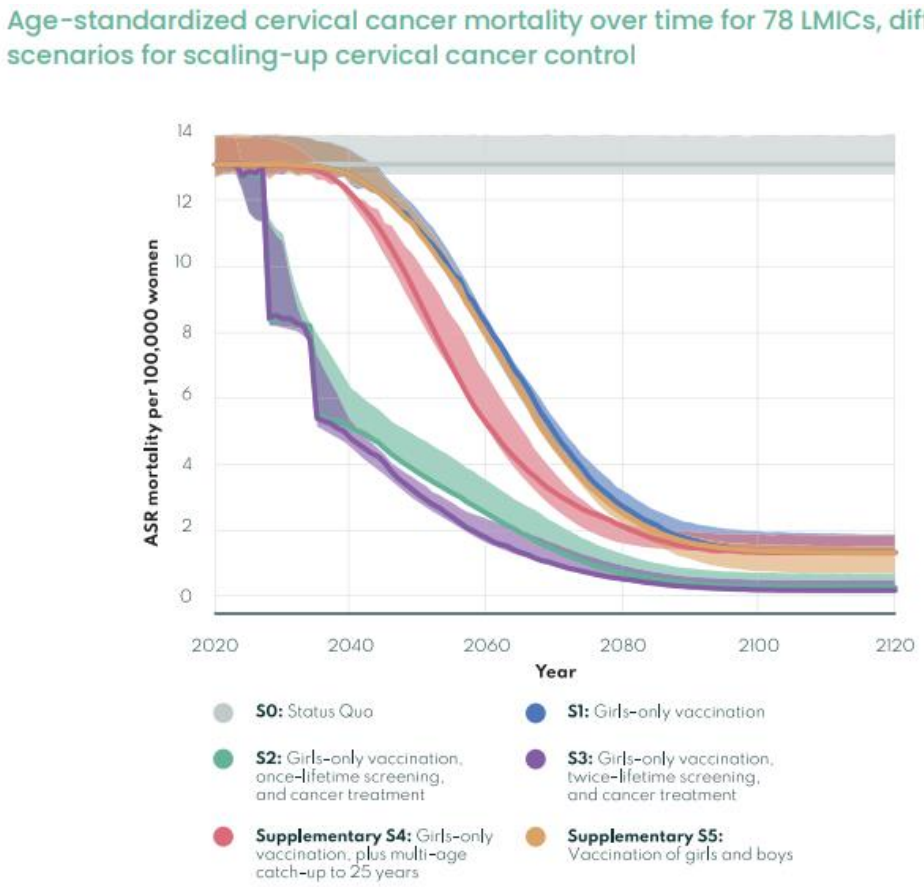
Do mesmo modo Wang *et al*. (2017) afirmam que a ocorrência de CCU, em mulheres de idade compreendida entre os 50 e 60 anos, depende do grau de adesão ao rastreio havendo maior probabilidade de CCU nas que não foram adequadamente rastreadas.

No entanto, tem sido reportado que a atrofia epitelial e a regressão da zona de transformação observadas após a menopausa determinam menor efetividade do rastreio

com o avançar da idade (Schlichte & Guidry, 2015), pelo que esta se reveste uma população prioritária de vigilância e intervenção.

Segundo a OMS (2020), a atenção dirigida ao rastreio e tratamento do CCU seria um contribuinte importante para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), reduzindo as doenças não transmissíveis (DNT) e consequentes mortes prematuras em um terço até 2030 (Figura 2).

Figura 2 - Diferentes cenários para aumentar o controlo da mortalidade por CCU padronizada por idade ao longo do tempo



Fonte: Canfell *et al*.., 2020 citados por OMS, 2020

A OMS (2020) definiu a Estratégia Global para Acelerar a Eliminação do Cancro Cervical como problema de saúde, onde pressupõe três pilares de ação a atingir até 2030, são eles: vacinar mais de 90% das meninas, rastrear mais de 70% das mulheres elegíveis e garantir que 90% das mulheres com lesão pré-cancerígena e doença invasiva são capazes de aceder a tratamento e cuidados paliativos.

A mera disponibilização de recursos para a prevenção do CCU parecem não ser suficientes. Na verdade, o processo de adesão constitui um fenómeno multifatorial, que

depende de uma vasta gama de variáveis sociodemográficas e psicossociais (Glanz & Rimer, 2005; Casseb & Ferreira, 2012 citados por Pereira & Lemos, 2019).

Estas variáveis sociodemográficas e psicossociais, não podendo ser modificadas apenas pela educação para a saúde, foram estudadas outras características individuais potencialmente modificáveis associadas ao comportamento relacionado à saúde, promovendo a mudança de comportamento em saúde (Abraham & Sheeran, 2015).

Neste sentido, as crenças fornecem uma ligação crucial entre a socialização e o comportamento.

A relação entre crenças e comportamentos de saúde foi conceituada por Lewin (1951 citado por Abraham & Sheeran, 2015) de "valência", resultando num modelo de expectativa das relações entre a crença e o comportamento, em que os eventos influenciavam positiva ou negativamente os indivíduos.

2.2 – MODELO EXPLICATIVO DOS COMPORTAMENTOS EM SAÚDE: MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE

As teorias comportamentais procuram ampliar o conhecimento e contribuir para um melhor entendimento do comportamento humano, considerando fatores ambientais e psicossociais. Estas teorias surgem como uma alternativa para justificar como as influências sobre um individuo determinam a sua decisão relativa a determinado comportamento (Couto, 1998).

O Modelo de Crenças da Saúde (MCS) "foi desenvolvido por psicólogos sociais do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos na tentativa de explicar porque as pessoas não se preveniam corretamente contra certas doenças para as quais já havia testes ou vacinas (…) (Coleta, 1999, p. 176).

Ao longo do tempo foi sendo testado e alterado de forma a poder ser utilizado para explorar diversos comportamentos ligados à saúde (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994 citados por Ribeiro, 2017). Passou por diversas fases de desenvolvimento metodológico relativo à medida das suas variáveis e a análises cada vez mais exigentes, sofrendo evolução ao nível de perguntas simples, para um nível superior de escalas com qualidades psicométricas comprovadas, como é o caso de Champion, em 1984; Stillman em 1977; e de Maiman, Becker, Kirscht, Haefner e Drachman, em 1977 (Coleta, 1999).

O MCS determina que a decisão de um individuo com vista a ter um comportamento saudável é determinada fundamentalmente por quatro dimensões, sendo elas: perceção da suscetibilidade a determinada doença, perceção da gravidade dessa doença, perceção dos benefícios de determinadas ações e perceção das barreiras a essas ações (Couto, 1998).

Pelo que a probabilidade de ter um problema de saúde, a gravidade das consequências desse problema, e os benefícios percebidos de um comportamento preventivo, em combinação com seus custos potenciais, foram vistos como crenças-chave que moldam os padrões de comportamento relacionados à saúde (Abraham & Sheeran, 2015).

O modelo foi inicialmente aplicado a comportamentos preventivos, mas depois estendido com sucesso para identificar a relação entre o uso de serviços de saúde e a adesão ao aconselhamento médico (Becker *et al*., 1977 referidos por Abraham & Sheeran, 2015).

Pressupõe-se que os comportamentos são racionalmente influenciados pela perceção da vulnerabilidade das pessoas às ameaças à sua saúde, sendo possível através das crenças, perceber estes comportamentos ao nível da prevenção da doença e a nível da promoção da saúde (Teixeira & Bishop citados por Couto, 1998).

Pelo que quanto maior for a suscetibilidade e gravidade da doença, maior a probabilidade de ação consequente. Por outro lado, se os benefícios de determinada ação superarem as barreiras percebidas dessa mesma ação, haverá elevada probabilidade em o individuo concretizar essa mesma ação modificando comportamentos (Rosenstock, 1974 citado por Rafael & Moura, 2017).

Segundo Rosenstock (1966 citado por Ribeiro, 2017), as crenças pessoais acerca da vulnerabilidade e gravidade percebida e a relação entre os benefícios e as barreiras percebidas de praticar a ação recomendada, estão relacionadas com a probabilidade de alguém adotar um determinado comportamento saudável.

Assim, o modelo pressupõe que quanto maior a vulnerabilidade, a gravidade e os benefícios percebidos, maior a probabilidade de executar a ação, tendo esta mesma probabilidade uma relação inversa com as barreiras ou obstáculos percebidos (Horne & Weinman, 1998 citados por Ribeiro, 2017).

Mais tarde, um novo conceito foi adicionado ao modelo por Becker, o conceito de motivação para saúde, que mostrou relacionar-se de forma significativa com a realização de uma determinada ação (Becker, 1974 citados por Ribeiro, 2017).

Consequentemente, o modelo geralmente é operacionalizado como uma série de até seis variáveis independentes separadas que, potencialmente, respondem pela variação nos comportamentos de saúde (Abraham & Sheeran, 2015).

O Modelo de Crenças de Saúde tem sido aplicado por vários autores, visto que é considerado como o modelo psicossocial, cognitivo, afetivo e motivacional mais utilizado, pois tem uma elevada capacidade de prever os comportamentos de adesão aos exames de rastreio do cancro (Aiken *et al*., 1994; Champion & Miller, 1996; Murray e McMillen, 1993; Coutinho, 2001; Vaillo *et al*., 2004 citados por Ribeiro, 2017; Patrão & Leal 2002).

Importa, neste estudo, identificar as crenças em saúde manifestadas por mulheres em relação ao CCU que possam influenciar a vigilância da sua saúde, tendo por base o modelo acima referido.

2.3 – METODOLOGIA: MATERIAL E MÉTODOS

Perante as preocupações que surgiram no cuidado às mulheres elegíveis para RCCU, na UCSP onde realizei o meu estágio, colocou-se a seguinte **questão de investigação**: quais as crenças em saúde, das mulheres, relacionadas com o CCU?

Para lhe dar resposta, desenvolveu-se um estudo nível I quantitativo do tipo exploratório-descritivo, permitindo conhecer e descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de forma a estabelecer as características desta população ou uma amostra da mesma (Fortin, 2009).

No sentido de desenvolver uma prática assistencial de qualidade, o presente estudo tem como **objetivos**:

- Realizar a caraterização sociodemográfica das participantes no estudo;

- Realizar a caraterização sexual e ginecológica das participantes no estudo;

- Identificar conhecimentos acerca do CCU nas participantes no estudo;

- Identificar as crenças em saúde relativas ao CCU nas participantes no estudo.

2.3.1 – População e amostra

A população em estudo da presente investigação constitui-se por mulheres elegíveis ao RCCU, inscritas numa UCSP pertencente à Administração Regional de Saúde do Centro, concretamente as 386 utentes pertencentes ao ficheiro alvo da minha intervenção em estágio.

Os critérios de inclusão foram as mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, inclusive, que recorreram ao centro de saúde no período entre 1 de abril e 30 de junho de 2022, independentemente da tipologia de consulta a que se destinavam.

Como critérios de exclusão, foram excluídas as mulheres com CCU, pelo risco de viés nos resultados, bem como mulheres com inscrição esporádica nesta unidade de saúde, situação esta percebida através da consulta do sistema de informação utilizado nesta unidade, Sclínico, onde foram excluídas as mulheres que apenas foi criada uma inscrição no centro de saúde por permanência temporária na cidade ou motivo de férias, e que não pertencem a este centro de saúde.

O investigador raramente tem acesso à totalidade da população alvo, devido a limitações diversas mas apenas ao conjunto de sujeitos acessíveis, formando assim a amostra em estudo (Fortin, 2009).

Neste sentido, a **amostra** foi por conveniência, totalizando 55 mulheres, que recorreram ao centro de saúde. Foram abordadas enquanto aguardavam na sala de espera, questionando-lhes a sua vontade em participar no estudo, garantindo a confidencialidade da sua identidade e respetivo anonimato. A amostra totalizou 14,25% da população selecionada para o presente estudo.

Saliento que foram entregues dez questionários que não foram devolvidos, e anulados três pelo facto de as mulheres estarem fora do intervalo etário selecionado ou ausência de resposta a alguma das questões colocadas.

2.3.2 – Instrumento de colheita de dados

O **instrumento de colheita de dados** (Anexo IV), teve por base um questionário já elaborado e adaptado por Patrão e Leal (2001) para estudos semelhantes acerca da temática em questão. Foi autorizado o seu uso por parte das autoras (Anexo III), sofrendo

ligeiras atualizações de linguagem na caracterização sociodemográfica, sexual e ginecológica e excluídas algumas questões não pertinentes para o estudo em questão.

Este questionário já foi aplicado em estudos semelhantes o que dispensou a realização e aplicação de pré-teste.

É constituído por duas partes, que se descrevem seguidamente:

- Primeira parte: comporta a caracterização sociodemográfica (idade, residência, estado civil, escolaridade e situação profissional), sexual (início de atividade sexual, número de filhos e contracetivo em uso) e ginecológica (problemas ginecológicos, frequência em consultas de planeamento familiar, realização de citologia e história familiar de CCU).

- Segunda parte: é composta por quatro questões onde eram dadas algumas opções de resposta e as mulheres selecionavam a opção que para elas era a correta. Duas das questões eram sobre conhecimentos acerca do CCU ("Uma mulher tem maior risco de desenvolver CCU se…"; e "A probabilidade de puderem vir a desenvolver CCU aumenta em mulheres cuja idade se situa entre…") e outras duas questões eram sobre conhecimentos acerca da citologia ("A citologia é um exame que…"; e "A citologia deve ser efetuada…").

Seguia-se a Escala de Crenças de Saúde (ECS), adaptada para a língua portuguesa da escala elaborada por Champion em 1984 (Coleta, 1999; Champion, 1993), revista, melhorada e aplicada ao cancro da mama, e posteriormente reformulada para o tema em causa por Patrão e Leal, em 2000.

Esta escala é do tipo *Likert*, em que todos os itens vão no sentido positivo, sendo a cotação atribuída respetivamente de: discordo totalmente (1), discordo (2), indiferente (3), concordo (4), concordo totalmente (5). É um instrumento construído por 27 itens que se unem em quatro dimensões: vulnerabilidade, gravidade; benefícios e obstáculos.

Quadro 1 – Distribuição dos itens pelas dimensões da ECS (Patrão & Leal, 2001)

Vulnerabilidade	1, 2, 3, 4, 5 e 6
Gravidade	7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13
Benefícios	14, 15, 16, e 17
Obstáculos	18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 e 27

Considera-se que quanto mais alta for a pontuação nas dimensões "vulnerabilidade" e "gravidade", mais elevadas serão as crenças de gravidade e vulnerabilidade em relação ao cancro do colo do útero. Em relação às dimensões "benefícios" e "obstáculos", também quanto maior for o score obtido, mais elevadas serão as crenças de benefícios e de obstáculos em relação à citologia.

O processo de recolha de dados decorreu entre 1 de abril e 30 de junho de 2022.

Foi submetido um pedido de parecer e apreciação ética da investigação, à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da ESEnfC, que aprovou a realização do estudo (Anexo I).

Foi posteriormente solicitada apreciação à Comissão de Ética da ARS Centro que procedeu também à aprovação do estudo em questão (Anexo II).

A confidencialidade dos dados recolhidos durante todo o estudo, assim como o anonimato dos participantes foram garantidos. Neste sentido, os dados foram pseudoanonimizados pela atribuição de um código de identificação a cada participante (P1, P2, P3… Px). A respetiva análise foi realizada, onde a correspondência entre a identificação do participante e o seu código era do meu conhecimento, cumprindo com a aplicabilidade das etapas seguintes do estudo. Esta correspondência foi guardada no meu computador pessoal que está protegido por palavra-passe. Após o alcance da finalidade do estudo, a mesma grelha será destruída.

Ressalva-se ainda que foram tidos em conta o cumprimento dos seguintes princípios éticos e deontológicos, os quais: princípio da não maleficência, na medida em que os participantes não serão prejudicados com a investigação; princípio da autonomia, o consentimento livre e esclarecido, sendo que os participantes participaram voluntariamente e foram informados antes do seu consentimento, podendo estes alterar ou desistir do seu consentimento em qualquer momento do estudo sem prejuízo dos seus direitos; e princípio da beneficência e justiça, garantindo a confidencialidade, o anonimato dos dados dos participantes e o seu tratamento com respeito e dignidade.

2.3.3 – Tratamento de dados

Para a caraterização, descrição e análise dos dados foi utilizado o programa *Statiscal Package Social Science* (SPSS), versão 28.0.1.1, tendo sido criada uma base de dados com a informatização dos mesmos.

No que diz respeito à estatística descritiva recorreu-se às frequências absolutas e relativas, recorrendo a medidas de tendência central (média), por traduzir, num só número, um conjunto de valores de uma distribuição, representando o seu ponto de equilíbrio; e medidas de dispersão (desvio padrão), permitindo identificar a dispersão dos dados em torno da média.

2.4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

De seguida é apresentada a análise descritiva dos resultados obtidos, por forma a dar resposta aos objetivos do estudo. Os resultados são apresentados sob a forma de tabelas, precedidas de uma análise.

2.4.1 – Caracterização sociodemográfica

No que diz respeito à idade das participantes, encontramos uma média de idades de 40,87 anos, em que 47,3% se incluem na faixa etária dos 25 aos 39 anos, 32,7% estão na faixa etária dos 40 aos 49 anos, e 20% se pertencem à faixa etária entre os 50 e os 64 anos (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização segundo a idade

Idade	**n**	**%**
25 - 39 anos	26	47,3
40 - 49 anos	18	32,7
50 – 64 anos	11	20
Total	**55**	**100**

No que concerne à residência, é possível verificar na tabela 2, que as participantes residem essencialmente em meio urbano (50,9%), com escolaridade predominante, o ensino básico, com 38,2% das participantes abrangidas. Optou-se por agrupar o ensino básico

em uma categoria para uma análise mais real da escolaridade por nível de ensino (1º, 2º e 3º ciclo).

Quando ao estado civil, as participantes são maioritariamente casadas (54,5%), 30,9% das participantes são solteiras, e finalmente, em menor percentagem, as participantes divorciadas, com 14,5% (tabela 2).

Relativamente à situação profissional, é possível verificar que são maioritariamente trabalhadoras no ativo (76,4%), optando-se por agrupar as categorias "trabalhadora no ativo" e "trabalhadora com baixa médica" numa categoria única, identificada como "trabalhadora no ativo", por se perceber que se incluem todas nesta categoria profissional (tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e profissional

Residência	**n**	**%**
Meio Urbano	28	50,9
Meio Rural	27	49,1
Total	**55**	**100**
Estado Civil		
Solteiro	17	30,9
Casado/união de facto	30	54,5
Divorciada	8	14,5
Total	**55**	**100**
Escolaridade		
Ensino básico	21	38,2
Ensino Secundário	19	34,5
Ensino Superior	15	27,3
Total	**55**	**100**
Situação Profissional		
Trabalhadora ativo	42	76,4
Desempregada	6	10,9
Reformada	1	1,8
Outra situação	6	10,9
Total	**55**	**100**

2.4.2 – Caracterização sexual e ginecológica

As variáveis de carácter sexual dizem respeito ao início da atividade sexual e número de filhos e contracetivo em uso. As variáveis de carácter ginecológico dizem respeito à presença de problemas ginecológicos, frequência de consultas de planeamento familiar, realização de citologia e história familiar de CCU.

A grande maioria das participantes (96,4%) é sexualmente ativa, com início de atividade sexual superior a três anos. A maior percentagem das participantes ainda não tem filhos (30,9%), 29,1% tem um filho, 21,8% das participantes têm dois filhos e 18,2% das mesmas têm três ou mais de três filhos.

É possível perceber pela análise descritiva dos resultado,s que a amostra estudada demonstra hábitos de vigilância em saúde (74,5%) e que 25,5% recorrem a cuidados de saúde por doença. No que concerne à existência de problemas ginecológicos, destacamos que 23,6% referiram ter problemas, dos quais 30,8% são lesões causadas por HPV. Só 3,6% das participantes referiram ter familiares com CCU (tabela 3).

Tabela 3 – Problemas Ginecológicos

Problemas Ginecológicos	**n**	**%**
Não	42	76,4
Sim	13	23,6
Total	**55**	**100**
Se Sim, Qual?		
Infeções	1	7,7
Ascus	1	7,7
Candidíase	3	23
Endometriose	1	7,7
Mioma	1	7,7
Ferida no útero	2	15,4
HPV	1	7,7
Não especificou	3	23
Total	**13**	**100**

Percebeu-se pela análise descritiva da tabela 4, que mais de metade da amostra frequenta consultas de planeamento familiar anualmente (63,6%) e que 87,3% da amostra já realizou em algum momento uma citologia.

Tabela 4 – Regularidade de frequência de consultas de Planeamento Familiar

Regularidade de frequência de consulta de Planeamento Familiar	**n**	**%**
Mensalmente	1	1,8
De 6 em 6 meses	3	5,5
Uma vez por ano	35	63,6
Nunca	7	12,7
Outra	9	16,4
Total	**55**	**100**

Se Outra, Qual?	**n**	**%**
Quando sinto que preciso	1	11,1
Foi a primeira vez hoje	1	11,1
Raramente	2	22,2
Superior a 2 anos	1	11,1
De 3 em 3 conforme protocolo	4	44,4
Total	**9**	**100**

A tabela 5 retrata a preferência das participantes relativamente ao género do médico que realizará a citologia, obtendo-se uma frequência francamente superior (54,6%) pelo médico do género feminino e 43,6% referem indiferença pelo género do médico.

Tabela 5 – Preferência de realização de citologia segundo o género do profissional de saúde

Preferência de realização de citologia segundo o género	**n**	**%**
Feminino	30	54,6
Masculino	1	1,8
Indiferente	24	43,6
Total	**55**	**100**

As tabelas 6 e 7 dizem respeito a comportamentos de adesão das participantes. Quando analisamos os dados relativos à realização de citologia nos últimos cinco anos,

percebemos que 12,7% nunca fizeram uma citologia e das que fizeram uma citologia, 50% já teria idade para ter feito mais do que um rastreio.

Tabela 6 – Realização de citologia nos últimos 5 anos

Realizou citologia nos últimos 5 anos	**n**	**%**
Todos os anos	17	30,9
De 3 em 3 anos	21	38,2
Só fiz 1 citologia	10	18,2
Não fiz nenhuma citologia	7	12,7
Total	**55**	**100**

Na tabela 7 estão explanados os resultados relativos à realização da próxima citologia, onde se mantém a percentagem anterior de não adesão (12,7%), 32,7% irão realizar este ano e 36,4% no próximo ano e 14,6% nos próximos 3 a 5 anos.

Tabela 7 - Realização da próxima citologia

Quando vai realizar citologia	**N**	**%**
Não vou realizar citologia	7	12,7
Realizar este ano	18	32,7
Realizar próximo ano	20	36,4
Realizar daqui a 2 anos	2	3,6
Realizar daqui a 3 anos	4	7,3
Realizar daqui a 5 anos	4	7,3
Total	**55**	**100**

Através da análise da tabela 8 é possível concluir que 41,9% das participantes foi aconselhada pelo médico a realizar a citologia e 1,8% foi aconselhada pelo enfermeiro.

Tabela 8 – Profissional de saúde que sugeriu a realização da citologia

Quem sugeriu a realização da citologia	**N**	**%**
Por minha iniciativa	17	30,9
Recomendada pelo médico	20	36,4
Recomendada pelo ginecologista	3	5,5
Recomendada pelo enfermeiro	1	1,8
Faz parte de *check-up* saúde	7	12,7
Nunca fez	7	12,7
Total	**55**	**100**

2.4.3 – Conhecimentos das participantes relativos ao Cancro do Colo do Útero

As tabelas numeradas de 9 a 12 descrevem as questões relacionadas com os conhecimentos relativos ao CCU. O conhecimento é considerado satisfatório quando existem nove ou mais respostas corretas, de um total de 19 questões (Patrão & Leal, 2001).

Na tabela 9 explanam-se as respostas à questão "Uma mulher tem maior risco de desenvolver Cancro do colo do útero se…". As respostas consideradas corretas para o sim foram: "tiver iniciado a atividade sexual antes dos 18 anos"; "teve vários parceiros"; "tomar a pílula, associada a hábitos tabágicos"; "estiver na menopausa"; e "tiver sofrido uma lesão do colo do útero". As respostas consideradas corretas para o não foram: "não tiver iniciado a atividade sexual" e "tiver familiar com cancro do colo do útero".

Pela análise das respostas é possível perceber que 83,6% das participantes apresentam um conhecimento satisfatório relativamente ao CCU, tendo 16,4% das mesmas, apresentado conhecimento insatisfatório (tabela 9). As participantes afirmam que não são fatores de risco ter iniciado a atividade sexual antes dos 18 anos (80%), tomar a pílula associada a hábitos tabágicos (54,5%) e estar na menopausa (67,3%), mas, ter um familiar com CCU (86,3%) é fator de risco para CCU.

Tabela 9 – Respostas à questão 1: "Uma mulher tem maior risco de desenvolver Cancro do colo do útero se…"

	Sim		**Não**	
	N	**%**	**N**	**%**
Não tiver iniciado a atividade sexual.	10	18,2	45	81,8
Tiver iniciado a atividade sexual antes dos 18 anos.	11	20	44	80
Teve vários parceiros.	30	54,5	25	45,5
Tomar a pílula, associada a hábitos tabágicos.	25	45,5	30	54,5
Tiver familiar com cancro do colo do útero.	46	86,3	9	16,4
Estiver na menopausa.	18	32,7	37	67,3
Tiver sofrido uma lesão do colo do útero.	45	81,8	10	18,2

Na tabela 10 estão os dados relativos à possibilidade de poder vir a desenvolver CCU, considerando-se, tal como as autoras, a questão correta "Antes dos 18 anos, se iniciou atividade sexual". Das participantes, 9,1% responderam corretamente a esta questão.

Tabela 10 – Respostas à questão 2: "A possibilidade de poderem vir a desenvolver Cancro do colo do útero aumenta em mulheres cuja idade se situa entre:"

	n	**%**
Antes dos 18 anos, se iniciou atividade sexual	5	9,1
Dos 18 a 30 Anos	16	29,1
30-40 Anos	10	18,2
40-50 Anos	16	29,1
50-60 Anos	6	10,9
60 Anos e superiores	2	3,6
Total	**55**	**100**

Após análise da tabela 9 e 10 podemos constatar que as participantes têm poucos conhecimentos sobre o HPV e seus fatores de risco.

Na tabela 11 estão representadas as respostas à questão "a citologia é um exame que…", onde se consideraram corretas as respostas ao sim: "Permite detetar o CCU em fases muito precoces, "Reduz o número de mortes por CCU e "Deve ser realizado periodicamente a partir dos 18 anos ou antes se a mulher for sexualmente ativa"; ao não consideraram-se as resposta: "Só deve ser feito quando se detetam alguns sintomas, "É considerado o método menos eficaz para deteção do CCU" e "Dispensa a realização de outos exames de rastreio".

Tabela 11 – Finalidades da Citologia

	Sim		**Não**	
	n	**%**	**N**	**%**
Só deve ser feito quando se detetam alguns sintomas.	6	10,9	49	89,1
Permite detetar o CCU em fases muito precoces.	51	92,7	4	7,3
Reduz o número de mortes por CCU.	48	87,3	7	12,7
É considerado o método menos eficaz para deteção do CCU.	14	25,5	41	74,5
Dispensa a realização de outos exames de rastreio.	5	9,1	50	90,9
Deve ser realizado periodicamente a partir dos 18 anos ou antes se a mulher for sexualmente ativa.	46	83,6	9	16,4

Na tabela 12 apresentam-se as respostas à questão "A citologia deve ser efetuada…". Considerou-se a questão correta ao sim "Pela primeira vez aos 18 anos ou antes se a mulher é sexualmente ativa". As respostas consideradas corretas ao não foram "A partir do momento em que se tem filhos", "Só quando é recomendado pelo médico", "De 5 em 5 anos, a partir dos 40 anos, até aos 64 anos" e "Só a partir dos 65 anos".

Tabela 12 – Periodicidade de realização da citologia

	Sim		**Não**	
	n	**%**	**n**	**%**
A partir do momento em que se tem filhos.	16	29,1	39	70,9
Pela primeira vez aos 18 anos ou antes se a mulher é sexualmente ativa.	40	72,7	15	27,3
Só quando é recomendado pelo médico.	15	27,3	40	72,7
De 5 em 5 anos, a partir dos 40 anos, até aos 64 anos.	22	40	33	60
Só a partir dos 65 anos.	1	1,8	54	98,2

Analisando as tabelas 11 e 12 é possível verificar que as pessoas detêm conhecimentos sobre a importância da citologia, tendo uma percentagem superior a 60% de respostas corretas.

2.4.4 – Caracterização das crenças em saúde relacionadas com o cancro do colo do útero

Pela análise da tabela 13 onde estão descritas as dimensões da ECS, é possível verificar que a média de resposta nas dimensões "vulnerabilidade" e "gravidade" se situam numa crença média, na dimensão "benefícios" apresentam uma crença elevada, e na dimensão "obstáculos" apresentam uma baixa crença.

Deste modo, parece ser possível referir que as participantes reconhecem que os benefícios, a sua vulnerabilidade e a gravidade influenciam a sua vida, no entanto, não atribuem relevância aos obstáculos.

Tabela 13 – Dimensões da ECS

Dimensões da Escala de Crenças de Saúde	$\bar{x}$	**Md**	**Dp**
Vulnerabilidade	2,70	2,67	0,92
Gravidade	2,64	2,71	0,78
Benefícios	3,84	4,00	0,85
Obstáculos	2,06	2,51	0,56
Score Total Escala Crenças de Saúde	**2,81**	**2,85**	**0,50**

A tabela 14 descreve individualmente, a média de respostas dada pelas participantes.

Na dimensão "vulnerabilidade" saliento que a resposta com crença inferior foi a afirmação "Tenho maiores probabilidades de ter Cancro do Colo do Útero do que a maioria das mulheres", percebendo-se que estas não se consideram mais vulneráveis em relação a outras mulheres.

Na dimensão "gravidade", as participantes não concordam que se tivessem cancro do colo do útero não iriam viver mais de cinco anos, apresentando uma crença baixa. De modo contrário, apresentam medo relativo à possível ocorrência de cancro do colo do útero, reconhecendo a sua gravidade.

Na dimensão "benefícios", as participantes apresentam uma crença elevada na afirmação "A realização de Citologia ajuda-me a detetar mais cedo a existência de lesões no útero". Já nas restantes afirmações as participantes respondem em média superior a 3 em todas as questões, reconhecendo benefícios na realização da citologia.

Na dimensão "obstáculos", existe uma média alta de respostas à afirmação "Quando faço uma Citologia tenho receio de descobrir que alguma coisa não está bem", o que pode ser indicativo de uma barreira à realização da citologia.

De modo contrário, as participantes não reconhecem como obstáculo a falta de conhecimento de como é feita a citologia, o embaraço, a dor, o tempo despendido, o seu encargo económico, a existência de outros problemas mais importantes que pensar em realizar uma citologia, ou a sua realização estar dependente da vontade do marido/namorado/companheiro.

Com valores acima de 2 mas abaixo de 3 surgem as afirmações "A realização de uma Citologia obrigar-me-ia a faltar ao emprego" e "Não consigo lembrar-me de marcar o exame (Citologia)".

Tabela 14 – Respostas médias das 27 questões da ECS

Questões	$\bar{x}$
1. É bastante provável que eu possa vir a ter Cancro do Colo do Útero.	2,85
2. A probabilidade de eu vir a ter Cancro do Colo do Útero nos próximos anos é elevada.	2,64
3. Sinto que ao longo da minha vida poderei vir a ter Cancro do Colo do Útero.	2,80
4. Tenho maiores probabilidades de ter Cancro do Colo do Útero do que a maioria das mulheres.	2,25
5. O desenvolvimento do Cancro do Colo do Útero é algo que me pode ocorrer presentemente.	2,85
6. Estou preocupada como facto de poder vir a desenvolver o Cancro do Colo do Útero nos próximos tempos.	2,80
7. Pensar no Cancro do Colo do Útero assusta-me.	3,42
8. Quando eu penso acerca do Cancro do Colo do Útero, o meu coração fica a bater mais depressa.	2,89
9. Tenho medo de pensar acerca do Cancro do Colo do Útero.	3,04
10. Os problemas que eu teria se sofresse de Cancro do Colo do Útero durariam muito tempo.	3,04
11. Se eu tivesse Cancro do Colo do Útero não iria viver mais de 5 anos.	1,91
12. O Cancro do Colo do Útero poderia ameaçar a relação que mantenho com o meu namorado, marido ou companheiro.	2,27
13. Se eu desenvolvesse Cancro do Colo do Útero não iria viver mais de 5 anos.	1,91
14. A realização de Citologia ajuda-me a detetar mais cedo a existência de lesões no útero.	4,18
15. Se for encontrada alguma lesão no útero através da Citologia, o tratamento do cancro não será assim tão mau.	3,38
16. A realização da Citologia é a melhor maneira de detetar pequenas lesões no útero.	3,98
17. A realização de uma Citologia diminuirá as muitas hipóteses de morrer de Cancro do Colo do Útero.	3,82
18. Quando faço uma Citologia tenho receio de descobrir que alguma coisa não está bem.	3,42
19. Tenho receio de fazer uma Citologia porque não compreendo como será feita.	1,65
20. A realização de uma Citologia seria embaraçosa.	1,93
21. A realização de uma Citologia demoraria muito tempo.	1,80
22. A realização de uma Citologia seria dolorosa.	2,00
23. A realização de uma Citologia obrigar-me-ia a faltar ao emprego.	2,60
24. Tenho outros problemas mais importantes do que pensar em fazer uma Citologia.	1,82

25. A realização de uma Citologia seria dispendiosa.	1,71
26. Não consigo lembrar-me de marcar o exame (Citologia).	2,18
27. A realização do exame (Citologia) está dependente da opinião do meu namorado, companheiro ou marido**.**	1,45

2.5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Analisando as relações das variáveis de contexto sociodemográfico, sexual e ginecológico, bem como os conhecimentos sobre CCU e a ECS relativas ao CCU foi possível perceber que a amostra em estudo reconhece, de uma forma global, a sua "vulnerabilidade" (2,70) e a "gravidade" (2,64) perante o CCU, bem como os "benefícios" (3,84) da adesão ao rastreio.

No entanto, não atribui relevância à dimensão "obstáculos" em relação ao CCU, obtendo-se média de respostas em valor inferior (2,06), indo de encontro aos resultados de outros estudos como exemplo, o estudo realizado por Ribeiro (2017) onde a sua amostra apresenta uma alta "vulnerabilidade" (2,79), "gravidade" (3,46) e "benefícios" (4,25) percebidos, mas, em contrapartida, demonstram ter um valor menor nos "obstáculos" percebidos (2,00) em relação à doença. Como "obstáculos", as participantes apenas referem o medo de identificação de algo que não esteja bem, com valor médio elevado.

No presente estudo, encontramos uma média de idades de 40,87 anos, em que 47,3% das participantes se incluem na faixa etária dos 25 aos 39 anos, 32,7% se incluem na faixa etária dos 40 aos 49 anos, e 20% se incluem na faixa etária entre os 50 e os 60 anos. A média de idades é semelhante a um estudo português realizado por Ferreira, Ferreira, Ferreira, Andrade e Duarte (2014), sendo a mesma de 38,89 anos.

Do mesmo modo, as percentagens relativas às faixas etárias acima mencionadas vão de encontro ao estudo realizado por Teixeira *et al.* (2019), onde as mulheres com menos de 40 anos têm maior probabilidade de serem rastreadas, dado serem mais suscetíveis ao contacto com os cuidados de saúde durante o período perinatal.

Também a percentagem de participantes abrangidas foi mais baixa na faixa etária dos 50 aos 64 anos. Estes dados podem traduzir impacto negativo na saúde desta população dado que como é possível ler-se num estudo realizado por Wang *et al*. (2017), a ocorrência de CCU, em mulheres de idade compreendida entre os 50 e 60 anos, é influenciada pela

adesão ao rastreio, havendo maior probabilidade de CCU nas que não foram adequadamente rastreadas.

Num estudo internacional é possível inferir que as mulheres que tinham alta suscetibilidade percebida eram mais propensas à realização do RCCU quando comparado com a baixa suscetibilidade percebida (Nigussie, Admassu & Nigussie, 2019).

Neste sentido, enquanto EESMO, reveste-se de importância o desenvolvimento de estratégias dirigidas a este grupo etário mais vulnerável, criando por exemplo, uma consulta de enfermagem direcionada ao climatério, promovendo a sensibilização e estímulo à adesão das mulheres ao RCCU. O uso de estratégias de divulgação multimédia, como exemplo, através de mensagem de telemóvel ou mesmo divulgação na rádio existente na região poderão ser promotoras de uma maior sensibilização e consequente adesão, desmistificando ser um problema que atinge as mulheres mais jovens.

As participantes residem essencialmente em meio urbano (50,9%), no entanto, percebeu-se que este dado é pouco significativo, pelo que a cidade de abrangência é uma cidade pequena, em que as aldeias limítrofes estão relativamente próximas dos cuidados de saúde.

No entanto, é possível verificar que o meio rural apresenta scores de crença mais elevados, dados estes, semelhantes ao encontrados no estudo realizado por Nelas, Coutinho, Chaves Duarte, Cruz e Dionísio (2020).

Relativamente à situação profissional, é possível verificar que são maioritariamente trabalhadoras no ativo (76,4%). Sendo a escolaridade predominante o ensino básico, com 38,2% das participantes abrangidas, contrariamente ao estudo realizado por Ferreira *et al*. (2014), onde a maioria da amostra possui o ensino secundário como habilitação (38,5%).

A população abrangida é essencialmente operária fabril, pelo que a intervenção especializada em termos de educação para a saúde pode ser desenvolvida no próprio local de trabalho, em parceria com as empresas, através do incremento na literacia sobre o CCU. O domínio dos sistemas de informação e a sua otimização e utilização deve ser uma ferramenta de uso diário do EESMO, onde a criação de mensagem de lembrete no telemóvel, uma semana antes da data de realização do rastreio reveste-se como incremento na sua adesão e responsabilização da utente pela sua saúde.

O EESMO deve ter capacidade de descentralizar cuidados e intervir diretamente na comunidade, resultando qualidade na intervenção, reconhecimento do seu papel e melhoria da saúde da mulher, aspeto este defendido pelo *Royal College of Nursing* (2020).

Uma revisão sistemática efetuada na Etiópia revelou que a suscetibilidade percebida ao CCU foi um importante preditor da adesão ao RCCU aumentando em 5,5 vezes a sua propensão para a adesão (Desta *et al*., 2021).

É possível perceber que a amostra tem hábitos de vigilância em saúde (74,5%) e que 25,5% recorrem a cuidados de saúde por doença. No que concerne à existência de problemas ginecológicos, percebemos que 23,6% referiram ter problemas, mas dos quais 30,8% são lesões causadas por HPV. Importa referir que só 3,6% das participantes tem familiares com CCU.

A grande maioria das participantes (96,4%) é sexualmente ativa, com início de atividade superior a três anos. A maior percentagem das participantes ainda não tem filhos (30,9%) e que 29,1% tem um filho, 21,8% das participantes têm dois filhos e 18,2% das mesmas têm três ou mais de três filhos. Estes dados vêm reforçar a realidade vivenciada nos CSP pela escassez de mulheres que frequentam as consultas pré-concecionais, reforçando aqui uma vez mais a importância do EESMO na promoção da vigilância pré-concecional, através da criação semanal de um período pós-laboral para que as mulheres trabalhadoras no ativo consigam promover a vigilância da sua saúde e assim consigam aderir ao rastreio, sem ser mera prática oportunista apenas quando estas se dirigem aos CSP por outro motivo que não o rastreio.

Percebeu-se que mais de metade da amostra frequenta consultas de planeamento familiar anualmente (63,6%) e que 87,3% da amostra já realizou pelo menos uma citologia. Resultado muito semelhante ao encontrado no estudo realizado em Portugal por Ribeiro (2017).

Foi possível concluir que 41,9% das participantes foi aconselhada pelo médico a realizar a citologia e 1,8% foi aconselhada pelo enfermeiro. Este dado sugere uma mudança de paradigma necessário nos cuidados do EESMO aplicando a sua prática autónoma salvaguardada no Parecer nº142/2009, da OE, estando estes habilitados a tomar decisões no pleno exercício da autonomia dos cuidados de Enfermagem especializados, sendo os profissionais melhor habilitados para assumir a responsabilidade pela realização da

citologia como uma intervenção inserida no plano de cuidados da mulher, em conformidade com as recomendações da DGS. Claro que aqui é imprescindível um trabalho em parceria com o médico de família, otimizando recursos e gerindo prioridades.

Os comportamentos de adesão são apresentados por 78,6% das participantes. Destas, 12,3% das mulheres nunca fizeram uma citologia nem vão fazer nos próximos cinco anos e 9,1% já deveria ter feito mais do que uma citologia. Não colocando de parte as mulheres que realizam citologia, para o anterior grupo de mulheres referenciadas, deverão ser desenvolvidas estratégias de aproximação e adesão, sendo uma delas, como afirma Pieters, Proeschold-Bell, Cofey, Huchko e Vasudevan (2021) no seu estudo, em que a aposta está na aproximação das mulheres a estes cuidados através da promoção de empatia entre a mulher e o profissional de saúde, a explicação do procedimento, a desconstrução de receios e a promoção de um exame o menos desconfortável possível, promovendo o rastreio organizado.

Relativamente ao conhecimento apresentado pela amostra em estudo, é possível perceber que 83,6% das participantes apresentam um conhecimento satisfatório relativamente ao CCU, tendo 16,4% das mesmas, apresentado conhecimento insatisfatório.

O conhecimento satisfatório situa-se essencialmente no grupo de participantes que já realizou citologia, tendo uma percentagem superior a 60% de respostas corretas, resultados semelhantes aos encontrados no estudo de Ribeiro (2017).

Após análise dos dados percebe-se que as participantes têm poucos conhecimentos sobre o HPV e seus fatores de risco. O conhecimento sobre a possibilidade de poder vir a desenvolver CCU, foi analisado através da questão correta: "Antes dos 18 anos, se iniciou atividade sexual", onde 9,1% das participantes respondeu corretamente a esta questão.

As participantes reconhecem que não são fatores de risco ter iniciado a atividade sexual antes dos 18 anos (80%), tomar a pílula associada a hábitos tabágicos (54,5%), estar na menopausa (67,3%). Para elas é, erradamente, fator de risco ter um familiar com CCU (86,3%), aspeto corroborado no estudo de Ferreira *et al*. (2014).

Estudos internacionais constataram que a literacia das mulheres era um dos preditores significativos da utilização do RCCU. Sem esta educação, a adesão ao RCCU pode diminuir em 67%, tendo este resultado sido apoiado por um estudo feito na China e uma meta-análise realizada em países desenvolvidos (Desta *et al*., 2021).

Os dados anteriores vêm reforçar a necessidade de intervenção especializada do EESMO sobre a educação sexual e literacia em contexto escolar, utilizando mensagens simples, apelativas e bem sistematizadas, através de uma abordagem socio-ecológica de prevenção, contribuindo positivamente na introdução de alterações de comportamento promotoras de saúde.

O caminho faz-se caminhando e o futuro torna-se promissor nas estratégias inovadoras, sobretudo para as populações mais jovens, pelo que estudos comprovam que a sensibilidade de testes de HPV em amostras de kits de auto-colheita é idêntica à verificada em amostras colhidas pelo profissional de saúde, sendo por isso, capaz de detetar lesões pré-cancerígenas conforme o teste de rastreio de rotina (Marc Arbyn *et al*., 2014; Petignat *et al*., 2007 citados por Garcia, 2018).

Num estudo realizado em Portugal por Garcia (2018) foi possível perceber que o Teste de HPV em associação com a auto-colheita acarreta um aumento na taxa de participação de mais de 40% quando comparada com a participação verificada com a citologia, sendo que o aumento da taxa de participação em 1% é acompanhado de uma poupança de cerca de 43€.

Com os avanços observados nos programas de prevenção primária e secundária, o aumento da consciência da população para os fatores de risco associados ao CCU e o conhecimento da importância de adesão ao rastreio e às medidas preventivas, parecem estar criadas as condições necessárias para reduzir significativamente a incidência e mortalidade por CCU.

Não posso deixar de referir que os últimos dois anos tiveram um impacto significativo no acesso de cuidados de saúde direcionado à população em geral, consequentemente a mulher foi colocada para segundo plano priorizando-se a vacinação para a Covid-19 e ocorrência de uma suspensão da análise patológica de esfregaços, em prioridade de testes à Covid-19 nos laboratórios. Importa devolver aos CSP as suas responsabilidades em termos de vigilância da saúde da população em geral, mas neste caso concreto, retomar a intervenção na saúde da mulher. O tempo urge, o vírus propaga-se e a doença não pára…

Este estudo surgiu da preocupação da UCSP onde realizei o meu estágio, estando neste momento a retomar a normalidade assistencial, demonstrando preocupação com a melhoria de assistência em cuidados de saúde da mulher, neste campo tão prioritário de cuidados de proximidade.

Em termos nacionais ainda não existe evidência do impacto da vacinação na redução da incidência do CCU e redução da mortalidade. No entanto, num estudo futuro deveria incluir questões com resposta a estes indicadores.

Também como limitação ao estudo reconheço o limite temporal de colheita de dados que foi escasso e que limitou o acesso a maior número de participantes sobretudo aquelas que não frequentam os CSP ou que o fazem escassas vezes, sendo também um aspeto alvo de melhoria num estudo futuro.

A escassez, nos últimos cinco anos, de estudos nacionais sobre a temática em estudo, é uma realidade. Importa localmente, enquanto EESMO, perceber a influência das características da população a intervir nas suas crenças em saúde para assim desmistificar ideias erradas, fomentar a circulação de conhecimento e transformar as comunidades em indivíduos saudáveis. Literacia com saúde, diria…

Pelo que, como a finalidade principal deste estudo é a melhoria da saúde das mulheres inscritas na UCSP referida, este estudo será apresentado na respetiva unidade de saúde, com impacto na melhoria das práticas assistenciais.

Como impacto futuro na minha intervenção como EESMO reconheço a necessidade de realização de um estudo descritivo-correlacional percebendo a relação estatística entre as variáveis descritas neste estudo e a sua influência/relação com a ECS.

Este estudo modificou a minha forma de olhar para a importância da saúde da mulher e o leque de abrangência de cuidados diferenciados do EESMO. A luta pela defesa dos seus direitos será uma constante, onde defenderei e lutarei pela prática autónoma do EESMO na realização do RCCU, criando pontes na relação terapêutica e desatando nós…

NOTA FINAL

Este relatório espelha o retrato de um ano cheio de intensas experiências, umas boas outras menos boas, sentimentos, frustrações e ambições. Muitas seriam as aprendizagens a descrever ao longo deste ano letivo, enriquecido com a mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ano deste curso.

A persistência e determinação sempre constante ao longo deste ano letivo norteou todo o trabalho desenvolvido, permitindo chegar a este momento satisfeita com o percurso efetuado cumprindo com o objetivo profissional a que me propus.

Reconheço como vantagem o relacionamento das equipas multiprofissionais que me permitiram uma ótima integração e adaptação, promovendo o desenvolvimento das competências e concretização das experiências mínimas, descritas na Diretiva 2005/36/CE, do Conselho e do Parlamento de 7 de setembro, transposta para o ordenamento jurídico português pela Lei n.º 9/2009; de 4 de março, alterada pela Lei n.º 41/2002, de 28/08, Lei n.º 25/2014, de 2 de maio e pela Lei n.º 26/2017, de 30 de maio.

Neste sentido foi possível:

- 84 Consultas a grávidas de baixo risco incluindo, a execução de 130 avaliações de bem-estar materno fetal através do registo cardiotocográfico e auscultação cardíaca fetal;

- Prestar cuidados a 115 grávidas de risco;

- Prestar cuidados a 112 parturientes de baixo risco e 24 parturientes de risco;

- Realizar 30 partos autónomos e colaboração em 21 partos;

- Realizar simulação de partos pélvicos em laboratório da instituição de formação;

- Praticar a episiotomia, episiorrafia e/ou sutura de lacerações em 12 parturientes/puérperas;

- Prestar cuidados a 35 puérperas de baixo risco e 17 puérperas de risco;

- Prestar cuidados a 133 recém-nascidos normais, a 10 recém-nascidos que necessitavam de cuidados especiais e 4 recém-nascidos com problemas de saúde;

- Prestar cuidados a 60 mulheres com patologia relacionada com a gravidez e puerpério e a 17 mulheres que apresentaram patologia ginecológico.

No domínio da componente investigativa, tentei perceber ao longo de todo o ensino clínico, a situação de saúde e os conhecimentos sobre o CCU, tema transversal em todas as populações a que prestei cuidados e que pude analisar percorrendo todos os "passos" investigativos.

Pelo que, a curiosidade e inquietação do primeiro estágio aliou-se aos seguintes, culminando na execução do meu estudo de investigação. O conhecimento da população onde queremos intervir é fundamental na adequação e otimização dos recursos necessários promovendo eficácia, eficiência e melhoria da condição de saúde.

A realização de estudos semelhantes ao realizado, sobre as crenças em saúde relativas ao CCU são necessários, bem como o impacto da vacinação na prevalência do CCU e adesão aos rastreios.

Penso ter desenvolvido uma prática transformadora e de qualidade, tendo contribuído positivamente para a saúde da população em que desenvolvi a minha prática. Incorporei sempre os diferentes padrões de conhecimento para assim se tornarem experiências enriquecedoras.

Agir localmente para transformar globalmente deve ser o caminho para a intervenção EESMO, pelo que tentei procurar e conhecer a realidade e diretivas internacionais na promoção da qualidade em saúde.

Neste sentido, como resposta à minha responsabilidade ética e profissional, para além de intervir localmente, tentei promover o meu papel social na divulgação de informação útil às populações, promovendo pessoas e famílias saudáveis, através das publicações em jornal realizadas.

Como limitações, identifico também, a atual situação pandémica que vivemos, que limitou o acompanhamento do pai nas consultas de vigilância da gravidez, elemento fulcral na assistência pré e pós-natal. Pelo que, foi difícil perceber e atuar na promoção de uma parentalidade positiva e avaliação da conjugalidade, tão importante nesta fase de transição.

Uma certeza porém emerge. Hoje não sou o que fui ontem e amanhã poderei ser diferente!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham, C., & Sheeran, P. (2015). The health belief model. In M. Conner & P. Norman (Eds.), Predicting and changing health behavior: Research and practice with social cognition models. 3º ed., 30-69. Maidenhead: Open University Press. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/290193215_The_Health_Belief_Model/link/569542c808ae3ad8e33d5c37/download

Águas, F., Bombas, T., & Silva, D. (2016). Avaliação das práticas contracetivas das mulheres em Portugal, *Acta Obstetétrica e Ginecologia Portuguesa*, 10(3), 184–192. Recuperado de https://scielo.pt/pdf/aogp/v10n3/v10n3a02.pdf

Alves, A. (2020). *Rastreio do Cancro do Colo do Útero: O Paradigma Atual* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Recuperado de https://ubibliorum.ubi.pt/handle/ 10400.6/10672

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). *Guidelines for Perinatal care*. Recuperado de https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2019). Approaches to limit Intervention During Labor and Birth. Comittee Opinion No.766. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), 164-173. Recuperado de https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2022). *Preterm labor and birth*. Recuperado de https://www.acog.org/womens-health/faqs/preterm-labor-and-birth

American Cancer Society (2020). Survival rates for cervical cancer. Recuperado de https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/detection-diagnosis-staging/survival.html

Areias, P. (2011). *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu. Recuperado de https://repositorio.ipv.pt/ handle/10400.19/1543

Artymuk, N. & Khapacheva, S. (2020). Device-assisted pelvic floor muscle postpartum exercise programme for the management of pelvic floor dysfunction after delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(3), 1-5 doi:10.1080/14767058.2020.1723541

Barbosa, M. (2018). Posições de Parto vaginal e prevenção de traumas perineais. *Revista Eletrônica Atualiza Saúde*, 8(8), 72–80. Recuperado de https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2019/02/revista-atualiza-saude-v8-n8-1.pdf

Caldas, C., Cardozo, R., & Souza, P. (2019). Uso da Teoria do Conforto de Kolcaba na Implementação do Processo de Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 8(1), 118–128 doi:10.18554/reas.v8i1.2758.

Camarneiro, A. P. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 1-8 doi:e20145. https://doi.org/10.12707/RV20145

Carmo, M. & Moura, T. (2021). *Manual Parent: Paternidades envolvidas e cuidadoras: da Teoria à Prática*. Recuperado de https://parent.ces.uc.pt/wp-content/uploads/2021/10/manualparent_toolkit_V01c.pdf

Castro, L. & Filho, L. (2020). *A contribuição da espiritualidade no processo de enfrentamento do luto decorrente do aborto: uma revisão sistemática* (Tese de Licenciatura). Recuperado de http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/7518

Champion, V. & Scott, C. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*, 46(6), 331-337. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9422052

Cohen, S. & Thomas, C. (2015). RebozoTechnique for Fetal Malposition in Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health,* 60(4), 445-451 doi:10.1111/jmwh.12352

Coleta, M. (1999). O Modelo de Crenças em Saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à Psicologia da Saúde. *Temas em Psicologia*, 7(20), 175-182. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v7n2/v7n2a07.pdf

Correia, A. & Lourenço, M. (2019). Promoção do sono em unidades de cuidados intensivos neonatais: scoping review. *Enfermería Global,* 19(1), 527-575 doi:10.6018/eglobal.19.1.370941

Coutinho, T., Coutinho, C. & Coutinho, L. (2021). Sulfato de magnésio: principais utilizações na obstetrícia contemporânea. *Revista Médica de Minas Gerais.* 31(e-30211), 1-10 doi: http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20210009

Couto, A. (1998). O Modelo de Crenças na Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. *Revista Referência*. 1, 5–9. Recuperado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=70&id_revista=5&id_edicao=16

Chaves, M. (2018). *Crenças em Saúde relativas ao cancro do colo do útero* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu. Recuperado de https://repositorio.ipv.pt /handle/10400.19/5480

Decreto-Lei 298/2007 de 22 de Agosto. *Diário da Republica* n.º 162/2007 – *I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal

Despacho n.º 3618- A/2016 de 10 de março. *Diário da República*, II série nº 10/2016. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa, Portugal

Desta, M., Getaneh, T., Yeserah, B., Worku, Y., Eshete, T., Birhanu, M., … Yeshitila, Y. (2021) Cervical cancer screening utilization and predictors among eligible women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 16(11): e0259339 doi:https://doi. org/10.1371/jouRnal.pone.0259339

Direção Geral da Saúde (2005). *Circular Normativa da DGS n.º7 DSMIA de 28 de novembro*. Recuperado de http://www.spdc.pt/files/legix/11258_3.pdf

Direção Geral da Saúde (2006). *Circular Normativa da DGS nº2 DSMIA de 16 de janeiro* (2006). Recuperado de https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-16012006-pdf.aspx

Direção Geral Saúde (2008). *Saúde reprodutiva/planeamento familiar.* Recuperado de https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar-orientacoes-tecnicas-9-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde (2012). *Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Colo do Útero, norma 018/2012*. Recuperado de https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2012/12/diagnostico-e-estadiamento-do-cancro-invasivo-do-colo-do-utero.pdf (min-saude.pt)

Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.* Recuperado de https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/ norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx

Direção Geral da Saúde. (2015a). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal. Recuperado de https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-debaixo-risco.aspx

Direção Geral da Saúde (2019) *Manual de boas práticas Literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. Recuperado de https://www.chuc.min-saude.pt/media/literaciasaude/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacita cao-dos-profissionais-de-saude-pdf.pdf

Direção Geral da Saúde (2020). *Cursos de Preparação para o parto e Parentalidade – CPPP E Cursos de Recuperação pós-parto – CRPP Equidade na transição para a maternidade e a paternidade*. Recuperado de https://pt.scribd.com/documen t/474359899/Orientacoes-Para-a-Realizacao-Dos-Cursos-de-Preparacao-Para-o-Parto-e-Parentalidade-e-Cursos-Para-a-Revisao-Pos-Parto-Versao-Para-Discussao-Publica

Ferlay J., Ervik M., Lam F., Colombet M., Mery L. & Piñeros M. (2018). Global Cancer Observatory: Cancer Today. *International Agency for Research on Cancer*. Recuperado de https://gco.iarc.fr/today

Ferreira, M., Ferreira, S., Ferreira, N., Andrade, J. & Duarte, J. (2014). Adesão ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero e da Mama da Mulher Portuguesa. *Millenium*. 0(47), 83-96. Recuperado de https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19 /26 15/1/8

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Tradução Nídia Salgueiro. Loures: Lusodidacta. 595 p.

Fundo de População das Nações Unidas (2021a). *The State of the World's Midwifery 2021*. Recuperado de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPASoWMy2021-Report-ENv4302.pdf.

Fundo de População das Nações Unidas (2021b). *The State of the World's Midwifery 2021: Supplements*. Recuperado de https://www.unfpa. org/sites/default/files/resource pdf/SoWMy_2021_supplements_final_v2.pdf.

Fundo de População das Nações Unidas (2021c). *The State of the World's Midwifery 2021: Portugal*. Disponível em https://www. unfpa.org/sites/default/files/sowmy21 /en/sowmy-2021-profile-pt.pdf.

Grobman, W., Rice, M., Reddy, U., Tita, A., Silver, R., Mallett, G., Hill, K., … Macones, G. (2018). Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. Nova Inglaterra. *Journal of medicine.* 379(6), 513-523 doi:10.1056/nejmoa1800566

Guerreiro, C., & Dias, I. (2016). *Consulta de enfermagem especializada no pré-concecional*. In Néné, M., Marques R. & Batista, M. (Coords), Enfermagem de saúde materna e obstétrica (pp. 49-52). Lisboa: Lidel

Hernández, L. (2019) Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo. *Cultura de los Cuidados,* 23(54), 59-66. Recuperado de http://dx.doi.org/ 10.14198/cuid.2019.54.07

Instituto Nacional de Estatística (2020). *Estatísticas da Saúde 2020*. Lisboa. Recuperado de www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/436989156>

Intenational Agency for Research on Cancer (2020) *Monographs on the identification of carcinogenic hazards to humans*. Recuperado de https://monographs.iarc.fr/

Internacional Confederation of Midwives (2017). *Position Statement: Obstetric Fistula.* Recuperado de eng-obstetric-fistula3.pdf (inteRnationalmidwives.org)

International confederation of Midwives (2021). *Women's Rights in Childbirth Must be Upheld During the Coronavirus Pandemic*. Recuperado de https:// www.inteRnationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/icm-statement_ upholding-womens-rights-during-covid19-5e83ae2ebfe59.pdf.

Iversen, M., Midtgaard, J., Ekelin, M. & Hegaard, H. (2016). Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 79-85 doi:10.1016/j.srhc.2016.10.005.

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento Materno*. Unicef. Recuperado de www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-mateRno.pdf

Lei nº 120/99 de 11 de Agosto. *Diário da Republica nº* n.º 186/1999 – *I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal

Lei nº 136/2015 de 07 de Setembro. *Diário da Republica nº* n.º 174/2015 – *I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal

Lei n.º 26/2017 de 30 de maio. *Diário da Republica nº* n.º 104/2017 – *I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal

McEwen, M. & Wills, E. (2016). *Bases teóricas de Enfermagem* (4ª ed.). Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed.

Garcia, V. (2018) *Avaliação Económica do Rastreio do Cancro do Colo do Útero na Região de Saúde do Centro Teste de Papanicolau versus Teste de HPV associado com Auto-colheita* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/10127/1/6339_13377.pdf

Ministério da Saúde (2019). *Relatório anual do acesso 2019*. Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf

Regulamento 391/2019 de 3 de maio. *Diário da República* n.º 85 – *II série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Miranda, A. (2016). *Quando a morte antecede o nascimento: atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na assistência à mulher que vivência uma morte fetal.* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de http://hdl.handle.net/10174/19521

National Institute for Health and care Excellence (2016). *Contraception.* Recuperado de https://www.nice.org.uk/guidance/qs129/resources/contraception-pdf75545366974405

Nigussie, T., Admassu, B. & Nigussie, A. (2019). Cervical cancer screening service utilization and associated factors among age-eligible women in Jimma town using health belief model, South West Ethiopia. *BMC Women's Health*. 19(127), 1-10 doi:doi.org/10.1186/s12905-019-0826-y

Mitchell K., B., *et al*. (2022). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised. *Breastfeeding Medicine*, 17(5), 360-376 doi: 10.1089/bfm.2022.29207.kbm

Nelas P., Coutinho E., Chaves C., Duarte J., Cruz C. & Dionísio R. (2020). Crenças em saúde relativas ao cancro do colo do útero. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 417-424 doi:10.17060/ijodaep.2020.n1. v2.1864

Néné, M., Batista, M., A. & Marques, R. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. ISBN 9789897521461, Lidel. Lisboa, Portugal. 552p.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boas práticas em saúde infantil e pediátrica*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatrica_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 2º Assembleia do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados -eesmo.pdf

Organização Mundial da Saúde e UNICEF (2018). *Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância: Plano global para ação e resultados*. Recuperado de https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/cuidados-de-criacao-para-o-desenvolvimento-na-primeira-infancia-plano/

Organização Mundial da Saúde (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=D08262E106E03CA7B0C6 E1CEC85AA3D2?sequence=1

Organização Mundial da Saúde (2020). *WHO Framework for strengthening and scaling-up services for the management of invasive cervical cancer*. Recuperado de https://www.who.int/publications/i/item/9789240003231

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Parecer nº 142/2009: realização de exames citológicos cervico-vaginais.* Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20142_02%2006%202009_Exames%20Citológicos%20Cervico-Vaginais_VFinal.pdf

Paiva, E., Sthal, H., Paulino, V., & Leite, G. (2018). Posições assumidas durante o parto normal: percepção de puérperas atendidas numa maternidade de jataí-Goiás. *Itinerarius Reflectionis*, 14(4), 1-21 doi:https://doi.org/10.5216/rir.v14i4.5497

Patrão I. & Leal, I. (2001). *Eu faço, tu fazes, elas ainda não fizeram… comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/762

Patrão, I. & Leal, I. (2002). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: Estudo exploratório numa amostra do centro de saúde de Peniche. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 103-112. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-00862002000100007&lng=pt&nrm=

Pereira, J. & Lemos, M. (2019). Preditores motivacionais de adesão à prevenção do câncer do colo do útero em estudantes universitárias. *Estudos de Psicologia.* 36(e170073) doi:http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275201936e170073

Pestana, H. & Gajeiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa, Edições Sílabo

Pieters, M., Proeschold-Bell, J., Cofey E., Huchko, M., & Vasudevan, L. (2021). Knowledge, attitudes, and practices regarding cervical cancer screening among women in metropolitan Lima, Peru: a cross-sectional study. *J Community Health*, 39(5), 872-878 doi:10.1007/s10900-014-9906-y

Rafael, R. & Moura, A. (2017). Modelo de Crenças em Saúde e o rastreio do câncer do colo uterino: avaliando vulnerabilidades. *Revista de Enfermagem UERJ,* 25(e26436), 1-7 doi: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.26436

Regulamento 140/2019 de 6 de Fevereiro. *Diário da Republica nº 26/2019 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal

Regulamento 391/2019 de 3 de Maio. *Diário da Republica* n.º 85/2019– *II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal

Ribeiro H. (2017). *Adesão ao Rastreio do Cancro da Mama e Colo do Útero* (Tese de Mestrado) Recuperado de http://hdl.handle.net/10316/82747

Rocca-Ihenacho L., Batinelli L., Thaels E., Rayment J., NewbuRn M., & McCourt C. (2018). *Normas para Unidades de Cuidados na Maternidade*. Trad. Prata A., Gonçalves A., Koch C., Couto C., Bulcão E., Lobão F., Ferreira I., Monteiro M., Souto P. & Rodrigues S.. Recuperado de https://uterus.pt/wp-content/uploads/2021/07/Normas-para-Unidades-de-Cuidados-na-Maternidade_compressed.pdf#:~:text=

Norma%2016%20A%20Unidade%20de%20Cuidados%20na%20Maternidade,promove%20o%20relaxamento%2C%20a%20privacidade%20e%20a%20dignidade

Royal College of Nursing (2020). *The Menopause and Work: Guidance for RCN Representatives*. Recuperado de https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/rcn-menopause-and-work-uk-pub-009327

Santo, S. (2018). *Avaliação da concordância e da fiabilidade das normas de orientação da FIGO, ACOG e NICE para a interpretação da cardiotocografia* (Tese de Doutoramento). Recuperado de http://hdl.handle.net/10451/38764

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium,* 49, 153-171. Recuperado de https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083

Sequeira, A., Amaral, C. & Pousa, O. (2020). *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. ISBN 9789897524165, Lidel. Lisboa, Portugal. 356p.

Silva, T. & Lopes, M. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 1-8 doi:https://doi.org/10.12707/RIV19095

Schlichte M. & Guidry J. (2015). Current Cervical Carcinoma Screening Guidelines. *J Clin Med*, 4(5), 918-932 doi: 10.3390/jcm4050918

Society for Maternal-Fetal Medicine (2019). SMFM Statement on Elective Induction of Labor in Low-Risk Nulliparous Women at Term: The ARRIVE Trial. (2018). *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 221(1), B2–B4, doi:10.1016/j.ajog.2018.08.009

Sociedade Portuguesa de Contraceção (2020). *Consenso sobre contraceção 2020*. Recuperado de https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_27Nov_Final_web_versao_livro_ digital.pdf

Teixeira, S., Abelha, F. & Santos, A. (2016). Analgesia de parto: abordagem do neuroeixo e satisfação materna. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 25(4), 109-116. Recuperado de https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/8337/7638

Teixeira, C., Pereira, A., Anes, E., Rodrigues, C. & Castanheira, M. (2019). Evolução Temporal da Mortalidade por Cancro do Colo do Útero em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 32(6), 427-433 doi: https://doi.org/10.20344/amp. 8921

Vinaver, N., Keijzer, M. & Tuyl, T. (2015). *A técnica do Rebozo revelada*. Trad. Lucília Carvalho. São Paulo: Lexema, Brasil.

Wang J., Andrae, B., Sundstrom, K., Ploner, A., Strom, P., Elfstrom, K., Dillner, J. & Sparen, P. (2017) Effectiveness of cervical screening after age 60 years according to screening history: nationwide cohort study in Sweden. *PLoS Med,* 14(10), 1-17, doi:https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002414

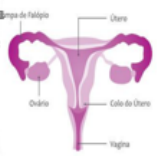
APÊNDICES

APÊNDICE I – MARCADOR DE LIVRO SOBRE CANCRO DO CÓLO DO ÚTERO

Rastreio do Cancro do Colo do útero (Papanicolau)

Um cuidado que vale para toda a vida!

O teste de Papanicolau consiste na recolha de células do colo do útero através de um simples exame ginecológico indolor.



Deve ser realizado a TODAS as mulheres entre os 25 e os 65 anos de idade.

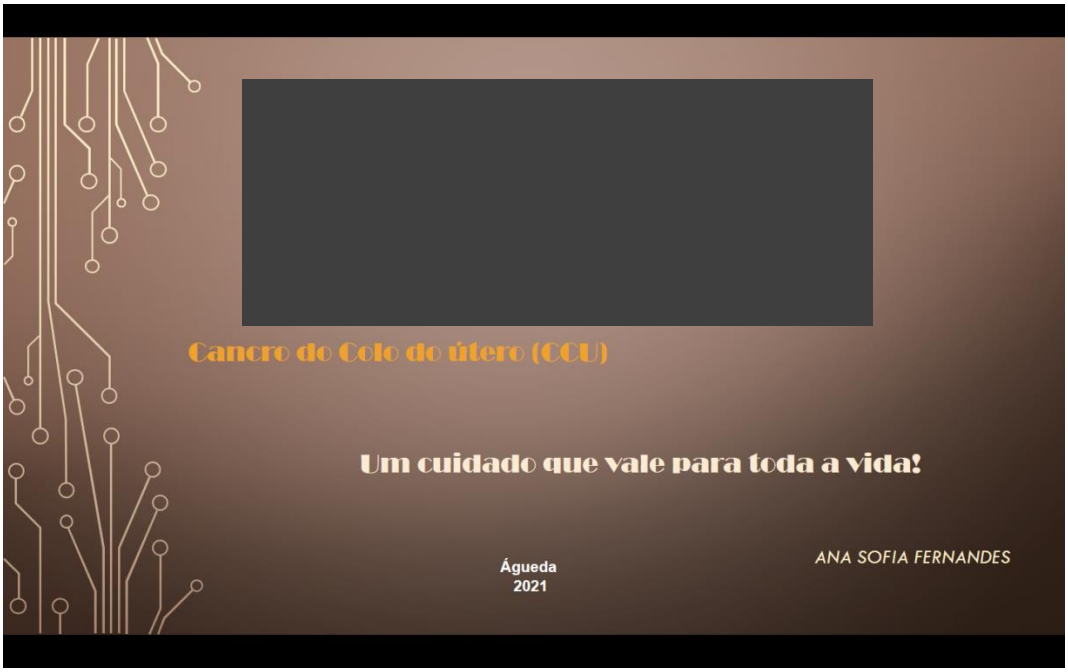
Em 2020, foram detetados 865 novos casos (379 foram fatais). Foi o 3º cancro mais frequente nas mulheres portuguesas com menos de 50 anos...

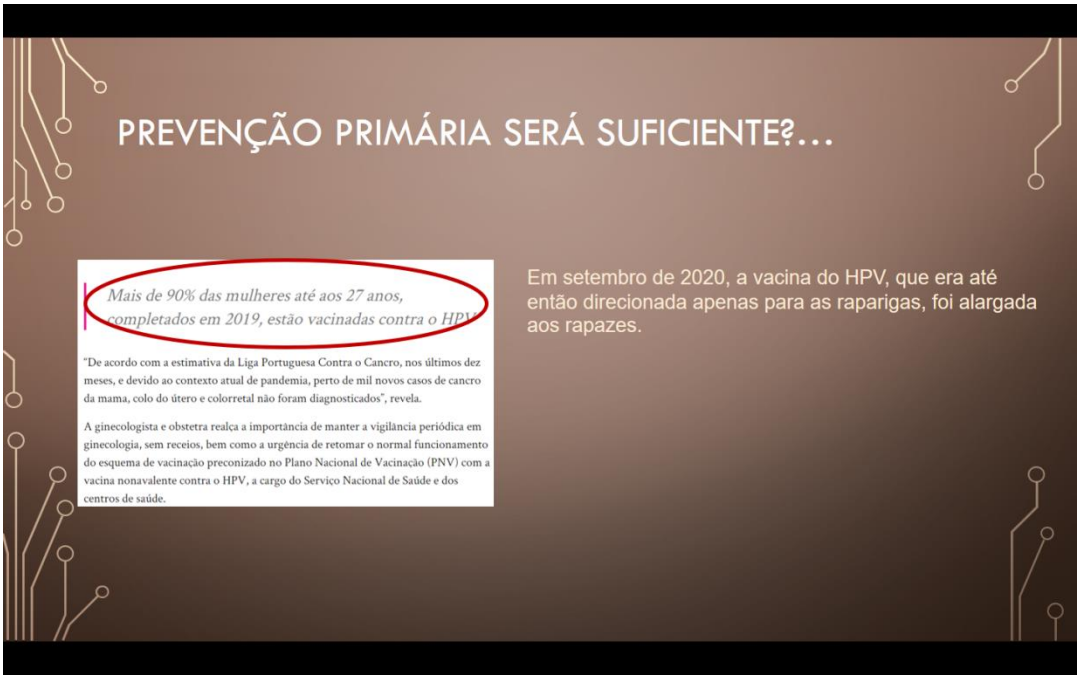
O Vírus do Papiloma Humano (HPV) infeta 75 a 80% das pessoas sexualmente ativas sendo transmitido através do contato pele a pele durante qualquer tipo de relação sexual.

Venha fazer o rastreio

Pode fazer o agendamento com o seu médico e/ou enfermeiro de família.

APÊNDICE II - APRESENTAÇÃO DINAMIZADA NA UCSP SOBRE O CANCRO DO COLO DO ÚTERO





PREVENÇÃO SECUNDÁRIA: RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO (CCU)

A taxa de cobertura geográfica, em Portugal é de:

- 100% em Portugal Continental;
- 98,4% a nível nacional (só a RA Madeira não tem RCC Útero implementado).

- Em 2019, a ARS Centro e ARS Algarve iniciaram a implementação do teste primário por HPV que permite alterar a periodicidade deste rastreio de 3 (citologia primária) para 5 anos.

- Em 2019 foram convidadas 288.695 mulheres das quais 253.884 foram rastreadas, o que reflete uma taxa de adesão ao rastreio de 87,9% tendo sido referenciados para o hospital 12.565 casos positivos.

FONTE: Relatório Anual de acesso: Ministério da saúde, 2019

PARA REFLETIR...

INÍCIO / SOCIEDADE

José Dinis: "Só em 2025 e 2026 é que se perceberá o que a pandemia fez às doenças oncológicas"

O diretor do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas diz ao DN que uma das consequências da pandemia está à vista: "Foi a senhora ministra dar ordem para se pararem as cirurgias. As oncológicas também pararam, e esta ainda é a arma que mais cura." Outra é a redução no número de diagnósticos. Uma e outra vão refletir-se na mortalidade.

FONTE: https://www.dn.pt/sociedade/jose-dinis-so-em-2025-e-2026-e-que-se-percebera-o-que-a-pandemia-fez-as-doencas-oncologicas-13313131.html

A Holanda está a conseguir salvar por ano entre 1200 a 1300 pessoas com os rastreios, Portugal poderia salvar entre 600 a 700.

O rastreio é assim tão eficaz?

Vou dar um exemplo: a Holanda tem 16 milhões de habitantes e um programa de rastreio muito parecido com o nosso em termos de organização - aliás, foi lá que Portugal se inspirou para organizar o seu programa de rastreios. E, de acordo com as estimativas holandesas, 80% da população está a aderir aos rastreios, o que é ótimo, porque, segundo demonstram os dados deles também, estão a conseguir salvar cerca de 1200 a 1300 pessoas por ano. Isto significa, se extrapolássemos para Portugal, e tendo em conta números por baixo, que poderíamos salvar entre 600 e 700 pessoas por ano. O rastreio ao

BEM-ESTAR

Cancro do colo do útero mata uma mulher por dia em Portugal

por SARA DIAS OLIVEIRA — fotos SILVIARITA/PIXABAY — 22/01/2021

FONTE: https://www.noticiasmagazine.pt/2021/cancro-do-colo-do-utero-mata-uma-mulher-por-dia-em-portugal/bem-estar/259097/

2020:

- NO MUNDO: 604 mil mulheres foram diagnosticadas com cancro do colo do útero e cerca de 341 mil morreram.
- EM PORTUGAL: 865 casos com 379 mortes

16 novos casos por 100 mil mulheres.

Pedro, 2021

ALGUNS DADOS NACIONAIS

KIT DE AUTO-COLHEITA DE HPV…O FUTURO?

Expresso

resa no Plano de Recuperação e Resiliência.

SOCIEDADE

Cientistas portugueses criam Teste da Mulher

FONTE: https://expresso.pt/sociedade/cientistas-portugueses-criam-teste-da-mulher=f709264, de março de 2012.

Kit pode ser adquirido na Rede de farmácias Portuguesas e na Rede Lab.

Farmácias Portuguesas

Diário de Notícias

INÍCIO / LUSA

Saúde do Centro lança projeto de rastreio do cancro do colo do útero em casa

A Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) anunciou hoje o lançamento de um projeto de rastreio do cancro do colo do útero em casa dirigido a 800 mulheres, que não efetuam rastreio há quatro ou mais anos.

Lusa

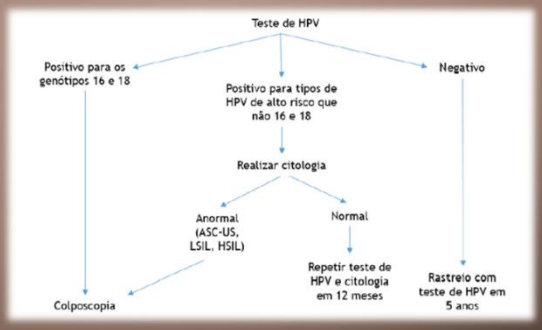
Em comunicado enviado à agência Lusa, aquele organismo refere que "está a realizar um estudo que visa aumentar a participação no rastreio do cancro do colo do útero na

FONTE: https://www.dn.pt/lusa/saude-do-centro-lanca-projeto-de-rastreio-do-cancro-do-colo-do-utero-em-casa-10057479.html, de outubro 2018

- Total da amostra rondou as 650 participantes;
- 2/3 enviaram a amostra para análise;
- Identificadas lesões pré-cancerígenas em 12 participantes e encaminhadas para IPO, Coimbra (1 recusou encaminhamento).

Dados Infogene, 2021

CITOLOGIA, TESTE HPV, OU AMBOS?...



Fonte: Zhang S, Batur P. Human papillomavirus in 2019: An update on cervical cancer prevention and screening guidelines. Cleve Clin J Med. 2019;86(3):173–8.

KIT DE AUTO-COLHEITA DE HPV…O FUTURO?

- Estudos comprovam que a sensibilidade de testes de HPV em amostras de Auto-colheita é idêntica à verificada em amostras colhidas pelo médico, sendo, por isso, capaz de detetar lesões pré-cancerígenas conforme o teste de rastreio de rotina (Marc Arbyn et al., 2014; Petignat et al., 2007).

UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Avaliação Económica do Rastreio do Cancro do Colo do Útero na Região de Saúde do Centro Teste de Papanicolau versus Teste de HPV associado com Auto-colheita

Valéria Alexandra Mendes Garcia

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde (2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Anabela Almeida
Coorientador: Prof. Doutor José Mauritti
Coorientador: Prof. Doutor Rui Nobre

Covilhã, Junho de 2018

AVALIAÇÃO ECONÓMICA DO RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO NA REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO: TESTE DE PAPANICOLAU VERSUS TESTE DE HPV ASSOCIADO A AUTO-COLHEITA

Tabela 1 Custos do Serviço Nacional de Saúde para o Teste de Papanicolau e Teste de HPV por Auto-colheita

	Custos pelo Serviço Nacional de Saúde (€)					
	Consulta/ Colheita por profissional de saúde [a]	Material: Escova de colheita e meio líquido [b]	Kit de Auto-colheita [c]	Citologia [d]	Teste de HPV	Total
Teste de Papanicolau	31	7,5	-	19,9	-	58,4
Teste de HPV por Auto-colheita	-	-	19,9	-	19,9	39,8

- 495 questionários respondidos;
- Mulheres mais velhas preferem o método convencional (citologia);
- Mulheres mais jovens, previamente vacinadas, preferem auto-colheita;
- Teste de HPV em associação com a Auto-colheita acarreta um aumento na taxa de participação de mais de 40% quando comparada com a participação verificada com o Teste de Papanicolau;
- Teste de HPV em associação com a Auto-colheita: o aumento da taxa de participação em 1% é acompanhado de uma poupança de cerca de 43€.

SEMANA EUROPEIA DE PREVENÇÃO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

25 a 31 de Janeiro

FONTE: https://www.alvorada.pt/index.php/sociedade/2480-semana-europeia-de-prevencao-do-cancro-do-colo-do-utero-assinala-se-de-25-a-31-de-janeiro

PROPOSTA DE
DOCUMENTO A ANEXAR
NAS CONVOCATÓRIAS

Rastreio do Cancro do Colo do útero (Papanicolau)

Um cuidado que vale para toda a vida!

O teste de Papanicolau consiste na recolha de células do colo do útero através de um simples exame ginecológico indolor.

Deve ser realizado a TODAS as mulheres entre os 25 e os 65 anos de idade.

Em 2020, foram detetados 865 novos casos (379 foram fatais). Foi o 3º cancro mais frequente nas mulheres portuguesas com menos de 50 anos...

O Vírus do Papiloma Humano (HPV) infeta 75 a 80% das pessoas sexualmente ativas sendo transmitido através do contato pele a pele durante qualquer tipo de relação sexual.

Venha fazer o rastreio

Pode fazer o agendamento com o seu médico e/ou enfermeiro de família.

NA PREVENÇÃO
TUDO É CARO
NA DOENÇA
TUDO É BARATO...

Ítalo Rachid

VAMOS CONTRIBUIR
PARA MUDAR ESTE
PARADIGMA!

In. https://slidetodoc.com/agrupamento-de-escolas-de-pinhal-de-frades-dez/

OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO!

APÊNDICE III – SESSÃO SOBRE SEXUALIDADE NO PÓS-PARTO E MÉTODOS CONTRACETIVOS

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Plano de Sessão de Recuperação pós-parto: Sexualidade e Contraceção, inserido no projeto de Recuperação pós-parto

Local:

População-alvo: Puérperas do concelho de e outras que queiram integrar o projeto mesmo não sendo do concelho

Dia e Hora: 27 de Outubro de 2021, das 14h às 15:30h

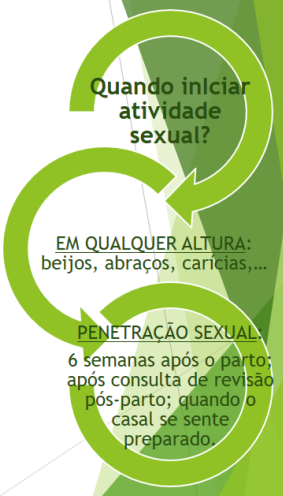
Responsável do Projeto: Enfermeira (EEESMO)

Colaboração: Ana Sofia Fernandes, Mestranda do X Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Objetivos	Finalidades	Metodologia	Avaliação
Informar sobre os aspetos que integram o conceito sexualidade	- Que as participantes compreendam e interiorizem os aspetos inerentes à sua sexualidade.	Método demonstrativo através da construção de um origami Método expositivo via plataforma Teams	Brainstorming sobre a temática.

Em que fase estamos do pós-parto?

- O **puerpério** tem início após a saída da placenta e vai até 6 semanas completas após o parto.
- Consiste numa fase de **modificações locais e sistémicas**, causadas pela gestação no organismo materno mas que passado este tempo já se encontra restabelecido o estado pré-gravídico. (Zugaib, 2016)



O que a literatura nos diz...

- 78% (n=61) apresentaram disfunção sexual no pós-parto;
- O tempo médio de retorno às atividades sexuais foi de 52 dias, independentemente da via do parto.

Pereira, Dottori, Mendonça & Beleza, 2018

- Alterações no orgasmo (59%), dor na relação sexual (57%), alteração na frequência da atividade sexual (54%).

Carteiro, Sousa e Caldeira, 2016

A sexualidade pode ser um desafio...

Quando nasce uma criança...

- nasce com ela

Uma mãe

Uma nova mulher

Uma **FAMÍLIA**

Compreensão do parceiro sobre as alterações possíveis no pós-parto

+

Alteração nas rotinas sexual e de vida diária

→ 1º crise emocional entre o casal

Quem disse que a sexualidade no pós-parto é apenas uma questão física?...

Mulher está dividida entre dois tipos de afetos

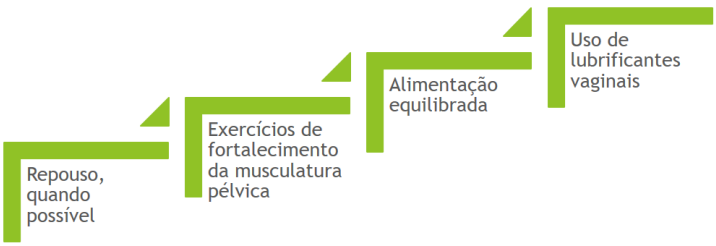
- ser mãe e mulher
- cuidadora atenta e parceira sexual

O sexo pode ser diferente daquilo a que os casais estavam habituados antes da gravidez, mas isto não significa que seja pior…

COMO ESTIMULAR A RECUPERAÇÃO EMOCIONAL

- Aproveitar os momentos em que o bebé não requer o vosso cuidado;
- Compartilhe os seus sentimentos;
- Peça ajuda à família e amigos ⟶ ter tempo para si própria/casal;
- Optar numa primeira fase por outros tipos de carícias;
- Apaixone-se novamente ⟶ afeto e partilha;
- Aceite que a vida vai mudar, seja paciente e não tenha medo.

COMO ESTIMULAR A RECUPERAÇÃO FÍSICA



Bibliografia

- Carteiro, D., Néné, M. (2015). A importância da formação na área da sexualidade em enfermagem. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras Nº16/2015, 4-8.
- Carteiro, D. M. H., Sousa, L. M. R. D., & Caldeira, S. M. A. (2016). Indicadores clínicos de disfunção sexual em mulheres grávidas: revisão integrativa de literatura. Revista Brasileira de Enfermagem, 69(1), 165-173.
- Enderle, C., F., Kerber, N., P., C., Lunardi, V., L., Nobre, C., M., G., Matos, L. & Rodrigues, E., F. (2013). Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(3). Disponível em https://www.scielo.br/j/rlae/a/N5GhV6zPm4r6ptWL4KftZ9C/?format=pdf&lang=pt.
- https://dranatachamachado.com.br/sexualidade-no-pos-parto-cada-mulher-precisa-respeitar-o-seu-tempo/
- https://www.prevenir.pt/corpo-mente/sexo/sexo-no-pos-parto-o-que-nunca-lhe-disseram/
- https://vitallogy.com/feed/Sexualidade%2Bno%2BPuerp%C3%A9rio/555/
- Pereira, T., R., C., Dottori, E., H., Mendonça, F., M., A., F. & Beleza, A., C., S., (2018). Avaliação da função sexual feminina no puerpério remoto: um estudo transversal. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 18(2), p. 289-294. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000200289&lng=en&nrm=iso>.
- Siqueira L., K., R., Melo, M., C., P. & Morais, R., J., L. (2019). Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos. *Rev. Enferm.* 9(58), p. 1-18. DOI: 10.5902/2179769233495
- Zugaib M.,Z. (2016). Obstetrícia. 3ª ed. Barueri: Manole. 450 p.
- World Health Organization. (2010). Developing sexual health programmes: a framework for action. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/70501

APÊNCIDE IV – SESSÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO PÓS-PARTO

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Objetivos	Finalidades	Metodologia	Avaliação

Plano de Sessão de Recuperação pós-parto: Alimentação no pós-parto

Local: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados .

População-alvo: Puérperas do concelho de . e outras que queiram integrar o projeto mesmo não sendo do concelho

Dia e Hora: 3 de Novembro de 2021, das 14h às 15:30h

Responsável do Projeto: (EEESMO)

Colaboração: Ana Sofia Fernandes, Mestranda do X Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Objetivos	Finalidades	Metodologia	Avaliação
Conhecer as vivências nutricionais das participantes.	- Conceber e implementar estratégias de forma a promover uma recuperação rápida e ajustes necessários para uma alimentação saudável.	Método interrogativo via plataforma Teams	- Envolvimento das participantes na discussão promovida.

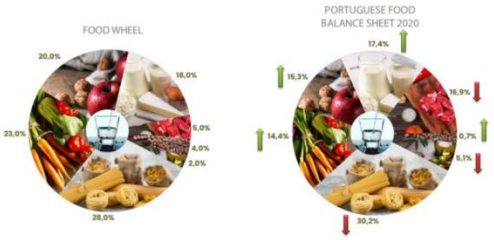
A COMPOSIÇÃO DO LEITE

É VARIÁVEL

DE ACORDO COM ***A DIETA DA MÃE.***

NECESSIDADES ALIMENTARES

Com base numa **Alimentação Racional**...



... aumentando quantidades alimentares.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=437140067&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

NECESSIDADES ENERGÉTICAS

GRÁVIDA- último trimestre

Puérpera- amamentação exclusivo

- Cerca de 500 kcal /dia a mais que uma mulher adulta (amamentação em exclusivo)

NECESSIDADES ALIMENTARES

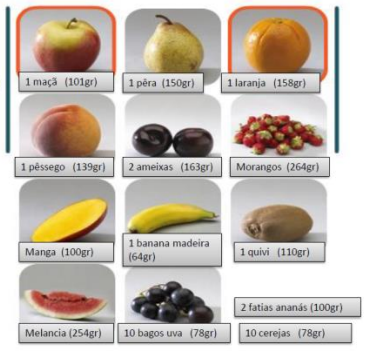
É importante aumentar o consumo da maioria dos nutrientes:

- Beber mais leite (cerca de 1L por dia)

- Comer frutas (4 peças por dia)

- Beber mais água (2 a 3 L por dia)
- 200 a 225g de carne ou peixe/dia

Equivalentes alimentares



- 1 Dose = 14 gr

3 a 4 doses diárias

- 1 peça de cada vez
- Sempre acompanhada com outro alimento;
- Evitar fruta enlatada;
- Sempre que possível ingerir fruta com casca;
- Cuidado com os sumos de fruta e fruta cozida, assada

NECESSIDADES ALIMENTARES

Mãe que amamenta **NÃO TEM** qualquer tipo de restrições alimentares, exceto álcool.

- Cuidado com estimulantes (café, chá verde/preto, colas)

- Cuidado com o tabaco:

interfere com a qualidade e quantidade do leite

- Ter atenção a alimentos que possam originar:

Mau sabor ao leite (alho, cebola,...)

Cólicas e Flatulência (feijão, brócolos,...)

Alergias (marisco, citrinos, chocolate,...)

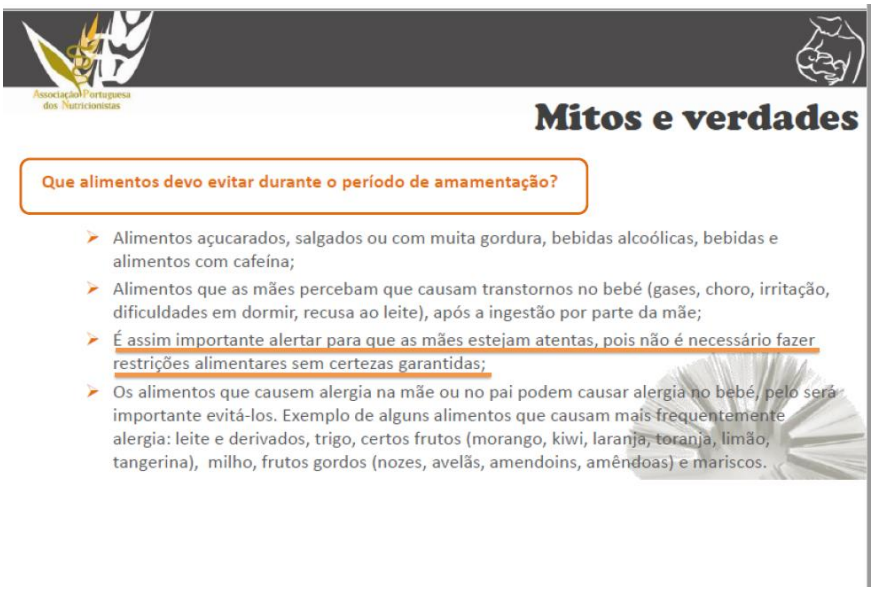
Alterações

Há alimentos que podem alterar as características do leite e provocar efeitos indesejáveis no bebé!
. Havendo manifestação sintomas reduza a ingestão destes alimentos.

Brócolos, couves, couve-flor, couve de Bruxelas, repolho, grelos, pimentos, pepino, nabo	Podem alterar o sabor do leite e causar formação de gases e irritação do bebé.
Cebola crua, alho francês, alho seco	Podem alterar o sabor do leite.
Citrinos (laranja, toranja, limão, tangerina), morangos, frutos silvestres, kiwi	Podem causar reações alérgicas no bebé. Sintomas: diarreia, tosse, irritações de pele, gases.

Alterações

Leguminosas (ervilhas, feijões, grão-de-bico, favas e lentilhas), chocolate	Pode causar reação alérgica, irritabilidade e aumentar os movimentos intestinais .
Leite de vaca e derivados	Podem causar reações alérgicas no bebé. Sintomas: diarreia, tosse, irritações de pele, gases.
Chocolate, condimentos, especiarias	Pode causar reação alérgica, irritabilidade e aumentar os movimentos intestinais .


Associação Portuguesa dos Nutricionistas
Mitos e verdades
Que alimentos devo evitar durante o período de amamentação?
Alimentos açucarados, salgados ou com muita gordura, bebidas alcoólicas, bebidas e alimentos com cafeína;
Alimentos que as mães percebam que causam transtornos no bebé (gases, choro, irritação, dificuldades em dormir, recusa ao leite), após a ingestão por parte da mãe;
É assim importante alertar para que as mães estejam atentas, pois não é necessário fazer restrições alimentares sem certezas garantidas;
Os alimentos que causem alergia na mãe ou no pai podem causar alergia no bebé, pelo será importante evitá-los. Exemplo de alguns alimentos que causam mais frequentemente alergia: leite e derivados, trigo, certos frutos (morango, kiwi, laranja, toranja, limão, tangerina), milho, frutos gordos (nozes, avelãs, amendoins, amêndoas) e mariscos.

Associação Portuguesa dos Nutricionistas
Mitos e verdades
Posso beber bebidas com cafeína enquanto amamento?
Algumas recém-mamãs recorrem a bebidas com cafeína para combaterem o cansaço característico desta altura. Todavia, poder-se-á verificar o contrário, caso haja interferência com o sono e descanso das mães.
Além disso, uma pequena parte de cafeína passa para o leite materno e consequentemente para a criança, o que poderá causar agitação e distúrbios no seu sono, uma vez que têm muita dificuldade em eliminar a cafeína do organismo.
Aconselha-se evitar o consumo de bebidas ou alimentos que contenham cafeína (ex: café, chá preto ou verde, refrigerantes de cola, bebidas energéticas, ...)
E beber bebidas alcoólicas?
Nestas situações verifica-se o mesmo que nas bebidas com cafeína;
Além disso, sabe-se no caso do álcool que pode reduzir o reflexo de saída do leite da mama, limitando o consumo de leite por parte do bebé;
Deve-se evitar o seu consumo.
E tomar medicamentos?
Apenas deve tomar os medicamentos que sejam prescritos pelo médico. Não tome nenhum medicamento ou suplemento sem aconselhamento do médico.

Mitos e verdades

O leite materno em exclusividade torna a alimentação do bebé monótona.

- Não é verdade, pois o leite materno varia a sua composição ao longo do dia e à medida que o bebé vai crescendo. Além disso, não é uma alimentação monótona, porque permite o contacto com uma variedade de sabores dependentes da alimentação da mãe, facilitando ainda a introdução posterior de novos alimentos.

O meu leite é "fraco".

- Nenhum leite materno é "fraco", pobre ou insuficiente. Ele constitui o alimento ideal para o bebé, uma vez que contém todos os nutrientes necessários ao organismo do bebé.

Mitos e verdades

Prisão de ventre (intestino preso): como resolver esta situação?

- Por vezes esta situação é frequente durante a gravidez, prolongando-se pelo período de amamentação.
- A solução passa por uma alimentação rica em fibras, ou seja, pelo consumo de sopa diariamente (2 vezes ao dia) e saladas e consumo de frutos e cereais integrais (pão integral, arroz e massa integral, ...).
- Certos frutos como a ameixa fresca ou seca, a papaia, a manga ou o kiwi possuem um bom efeito laxante.
- O consumo de água é também fundamental para a regulação do intestino. Beba pelo menos 2l de água por dia.

Mitos e verdades

Existem alimentos que aumentam a produção do leite?

- Dependendo da cultura em que estamos inseridos, existe sempre a ideia de que determinados alimentos contribuem para o aumento da produção de leite pela mãe. Todavia, são escassos os estudos que conseguem confirmar estas situações. Em Portugal refere-se o efeito da cerveja preta e do bacalhau. Quanto à cerveja, existe o problema do álcool, que deve ser evitado. Quanto ao bacalhau não existe evidência. Cada mãe deve aprender a conhecer o seu corpo e verificar as reacções que acontecem após a ingestão alimentar, percebendo o efeito de cada alimento que consome, tanto no seu corpo como nas reacções do bebé.
- Todavia, o que está comprovado é o aumento da produção de leite consoante o estímulo que recebe pelas mamadas ou extracção do leite. Quanto mais frequentes mais leite produzirá.

Dar só do meu leite não sustenta o bebé. Ele chora com fome.

- Falso. O bebé não chora apenas por fome. Pode estar com gases, frio ou calor, molhado, ou querer simplesmente carinhos.
- O choro é a única forma que o bebé tem para comunicar, por isso, usa-o para todas as situações.
- O importante é que o bebé cresça com saúde, o que verifica nas consultas com profissionais de saúde.

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL NO PÓS-PARTO

IODO – Recomendação da DGS (011/2013) - preconceção, grávida ou a amamentar:
diário, iodeto de potássio - 150 a 200 µg/dia.

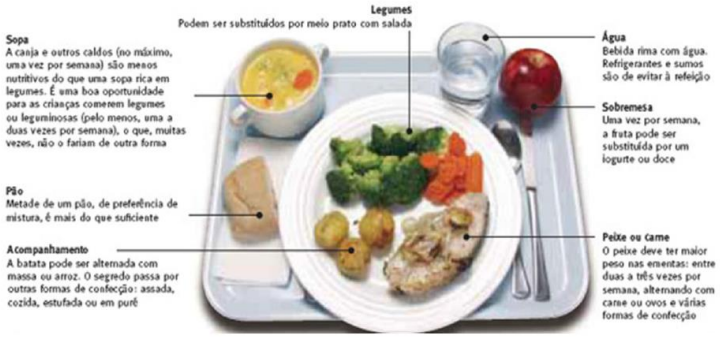
Pode encontrar-se em maior concentração em:
- Algas;
- Peixe;
- Leite e os seus derivados;
- Produtos hortícolas.

Cozinhar com sal iodado

ÁCIDO FÓLICO – Toma de 400 µg/dia

FERRO – Suplementação com 30-60 mg/dia de ferro elementar

A REFEIÇÃO IDEAL



É sopa!

Não é sopa!

Alimentação e Nutrição do Bebé

- Aleitamento Materno
- Diversificação Alimentar

Aleitamento Materno

- É o mais desejável durante os primeiros 6 meses de vida.
- Deve continuar ao longo do processo de diversificação alimentar.
- Além de outros benefícios, realçam-se:
- A importância na criação de defesas e na protecção contra determinadas doenças (otites, gastroenterites, infecções respiratórias ,asma, obesidade, diabetes).
- A adequação nutricional.

Bibliografia

- Teixeira, D. el al (2021). Alimentação e nutrição na gravidez. Ministério da Saúde. Disponível em https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2021/03/ManualGravidez_Final-3Marc%CC%A7o2021.pdf
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2010). E-book: aleitamento materno: promover saúde!. Disponível em https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Aleitamento.pdf
- Instituto Nacional de Estatística (2021). Balança alimentar Portuguesa 2016-2020. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=437140067&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=437140067&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

APÊNDICE V – FOLHETO PARA ADESÃO AO RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO, CONTEXTO PUERPÉRIO

Rastreio do Cancro do Colo do útero (Papanicolau)

Um cuidado
que vale para toda a vida:

O teste de Papanicolau consiste na recolha de células do colo do útero através de um simples exame ginecológico indolor. Deve ser realizado a TODAS a s mulheres entre os 25 e os 65 anos de idade.

Em 2020. foram detetados 865 novos casos (379 foram fatais). Foi o 3º cancro mais frequente nas mulheres portuguesas com menos de 50 anos…

Na consulta de revisão pós-parto informe-se e adira a esta forma de prevenção.
Todos juntos conseguiremos erradicar este vírus!

APÊNDICE VI – POSTÉR DE ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO NO PÓS-PARTO E ESTRATÉGIAS PARA O EESMO

APÊNDICE VII– ARTIGO DE OPINIÃO: QUERO SER MÃE! E AGORA?...

Quero ser mãe! E agora?...

A maternidade é um dos acontecimentos mais marcantes na vida da mulher/casal. As transformações físicas inerentes ao processo de gravidez, são muitas vezes acompanhadas por desconfortos que associados ao medo do parto, podem influenciar a vivência positiva da maternidade e do parto propriamente dito.

Ana Sofia Fernandes
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A maternidade é um dos acontecimentos mais marcantes na vida da mulher/casal?

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) colabora com a mulher no seu empoderamento, promovendo a adaptação do casal à sua nova família, oferecendo um leque de informações imparciais que abrangem as suas crenças e valores, isentas de julgamentos, reduzindo medos que podem influenciar positiva da maternidade e do parto propriamente dito! Estudos comprovam que a gravidez acompanhada por EESMO contribui para maiores índices de partos normais, menor número de complicações pós-parto e maior satisfação relativamente aos cuidados e à forma em que os mesmos são prestados.

Quero engravidar. E agora?

A consulta de vigilância pré-concecional reveste-se de elevada importância por forma a delinear um projeto de vida familiar saudável falando sobre aspetos físicos, psicológicos e financeiros na transição para a parentalidade.

Após confirmação da gravidez, a Direção Geral da Saúde aconselha a realização de 10 consultas de vigilância da saúde, onde é fornecida informação e aconselhamento sobre as alterações fisiológicas associadas à gravidez, expetativas, entre outros assuntos, promovendo a capacidade de tomada de decisão informada.

A preparação para o parto e parentalidade constitui-se um tempo privilegiado de educação para a saúde durante a gravidez e uma oportunidade para esclarecer as incertezas e medos. Estes cursos constituem um direito legalmente estabelecido na Lei nº142/99, de 31 agosto, ministrados por EESMO. As grávidas aprendem e praticam técnicas de descontração psicofisiológica, para aumentar o seu limiar de dor e assegurar um aporte de oxigénio adequado a si e ao feto, bem como assuntos relacionados com os cuidados a si própria e ao bebé. A preparação proporciona momentos de aprendizagem e partilha de experiências entre grávidas, facilitando o reconhecimento de que não estão sozinhas nesta fase.

Recuperar após o Parto... mito ou certeza?

Já são várias as mulheres e casais que recorrem a cursos de preparação para o parto e parentalidade, mas quando se fala em recuperação pós-parto, esta é deixada para segundo plano. Os programas de recuperação pós-parto, centram-se em temáticas relacionados com os cuidados ao bebé e na recuperação da mãe, sendo esta de extrema importância para o seu equilíbrio físico, emocional, familiar e social. A reorganização de tarefas, a assunção do novo papel parental e ao mesmo tempo voltar à mulher que era, são desafios que podem gerar depressão e stress, se não forem resolvidos. O envolvimento e presença do pai, cada vez mais defendida e com efeitos benéficos na saúde do bebé, promovem também à mãe o alívio da carga física e emocional que está sujeita no período pós-parto.

No pós-parto, a mulher precisa de maior atenção que propriamente durante a gravidez! Com o parto, ocorre um relaxamento dos músculos da uretra, vagina, reto e ânus e um ajuste no posicionamento de alguns órgãos, podendo causar transtornos desagradáveis. Neste sentido, o American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda, perante um parto normal, a prática de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, três a quatro semanas após o parto, e no caso de cesariana, após seis semanas.

Os exercícios de flexibilidade e alongamento dos músculos ajudam a prevenir lesões musculares, a recuperar as lacerações e a episiotomia, a reduzir a dor e a diminuir a probabilidade de ocorrência de incontinência urinária e disfunções sexuais.

Assumir uma gravidez proativa, é adotar comportamentos saudáveis e o pós-parto como uma fase crucial de complemento para a sua vivência como mulher!

O nascimento de um filho é um dom da mulher! Conserve-o e reivindique-o!

Estudos comprovam que a gravidez acompanhada por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica tem impacto positivo na experiência de parto, apresentando maiores índices de partos normais, menor número de complicações pós-parto e maior satisfação relativamente aos cuidados e à forma em que os mesmos foram prestados.

JORNAL DA BAIRRADA, 7 DE ABRIL DE 2022, Nº 2655

APÊNDICE VIII– ARTIGO DE OPINIÃO: RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO, UM CUIDADO QUE VALE PARA A VIDA

Jornal da Bairrada
10 | março | 2022

saúde

CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Rastreio do Cancro do Colo do Útero, um cuidado que vale para a vida

Um dia, um mês e um ano... da Mulher! Hoje e Sempre! Deve ser celebrado com alegria todos os dias!

A saúde é um bem precioso que todos querem ter. Sorte ou Vigilância proativa? É a questão sobre a qual devemos refletir...

Um dos grandes problemas de saúde da Mulher é o Cancro do Colo do Útero, silencioso mas fatal. É causado pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) e infeta 75 a 80% das pessoas sexualmente ativas, sendo transmitido através do contacto pele a pele durante qualquer tipo de relação sexual.

A melhoria das práticas assistenciais, a *nível mundial*, assenta na vacinação e rastreio. A vacinação para o HPV, atualmente inserida no Plano Nacional de Vacinação, abrange meninas e meninos, como prevenção primordial e gratuita até aos 27 anos. No entanto, qualquer *mulher* em idade fértil e com vida sexual ativa, poderá ser vacinada!

Para além da vacinação, a realização do rastreio através do Teste de Papanicolau é a forma de prevenção secundária, com impacto significativo na saúde da Mulher e que deve ser efetuado a todas as mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos.

O Relatório Anual de Acesso aos Cuidados de Saúde em Portugal, retrata uma taxa de adesão das mulheres ao rastreio de 87,9%, em 2019. No entanto, no ano de 2020, segundo os últimos dados da Direção Geral da Saúde, o número de rastreios realizados caiu para metade!

Dados preocupantes, não apenas justificados pela atual situação pandémica, mas também por um desinvestimento no marketing em saúde preventiva. Urge uma inversão na ação de todos os decisores: políticos, profissionais de saúde e da própria Mulher. O incremento na assistência na vigilância da saúde da Mulher tem impacto familiar, social e económico!

Estes dados são também influenciados pelas crenças em saúde, ou seja, a perceção da suscetibilidade da Mulher a determinada doença e gravidade, perceção do benefício de determinadas ações e a perceção das barreiras a essas mesmas ações.

Política em saúde, é tornar as Mulheres, corresponsáveis e ativas na vigilância da sua saúde, com informação, incentivo, apoio e acessibilidade aos cuidados, desmistificando crenças e ideias erróneas preconcebidas. Esta é uma preocupação de todos os profissionais de saúde, onde os Enfermeiros de Saúde Materna e Obstétrica, detentores de conhecimentos técnicos, científicos e deontológicos, se incluem e assumem na defesa dos direitos da Mulher e na promoção de cuidados em saúde de excelência atuando em conformidade com o Plano Europeu de Luta contra o cancro e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas!

Prevenir, triar e encaminhar são atividades inerentes às suas competências autónomas na vigilância da saúde da Mulher no seu ciclo de vida reprodutivo. Compete-nos o desenvolvimento de estratégias promotoras de envolvimento das Mulheres na adoção de estilos de vida saudáveis e frequência assídua nos rastreios.

Como elemento de uma equipa interdisciplinar, com o cidadão no centro dos cuidados, aconselho todas as mulheres a promoverem uma vida com saúde, dirigindo-se ao seu centro de saúde de forma a agendar o seu rastreio e a valorizar a sua vida!

Ana Sofia Fernandes
Licenciada em Enfermagem; Mestranda em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

JORNAL DA BAIRRADA, 10 DE MARÇO DE 2022, Nº 2651

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da UICISA-E, ESEnfC

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº / P819_11_2021

Título do Projecto: Crenças em saúde na adesão das mulheres ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero

Identificação dos Proponentes

Nome(s):

Ana Sofia de Assunção Fernandes, mestranda do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, e enfermeira a exercer funções nos Hospitais da Universidade de Coimbra, Pólo HUC, serviço de Medicina Interna D, estando neste momento a desenvolver estágio de Cuidados de Saúde Primários na UCSP [redacted] do ACeS Baixo Vouga (Apêndice I). Trabalho de investigação sob orientação científica da Professora Ana Maria Poço dos Santos, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, departamento de Enfermagem de Saúde Materna e obstétrica e sob coorientação científica da Professora Doutora Ana Bela de Jesus Roldão Caetano, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de COIMBRA

Investigador Responsável: Ana Sofia de Assunção Fernandes, mestranda do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Orientador: N.D.

Relator: Carla Barbosa

Parecer

A investigadora pretende realizar a análise do CCU e verificar a importância que a prevenção tem tido da diminuição da incidência do mesmo. Contudo apesar dos programas de rastreio (RCCU) apresentarem uma forte adesão há zonas do país – é dado como exemplo [redacted] – em que essa adesão está muito aquém do restante território. Deduz a investigadora que tal se deverá a uma deficiente literacia.

Assim, por forma a valorizar o papel do enfermeiro EEESMO, o presente estudo tem como **objetivos gerais**:

- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas nas crenças em saúde sobre o CCU apresentada por mulheres;
- Determinar a influência das variáveis de contexto sexual e ginecológico nas crenças em saúde, apresentada por mulheres sobre o CCU;
- Determinar a influência dos conhecimentos sobre CCU e as crenças em saúde relacionadas com o este problema, apresentada por mulheres.

Considerando os objetivos definidos, e com o intuito de especificar as metas que se pretendem alcançar, definem-se os seguintes **objetivos específicos**:

- Realizar a caraterização sociodemográfica das participantes no estudo;
- Realizar a caraterização sexual e ginecológica das participantes no estudo;
- Identificar conhecimentos acerca do RCCU nas participantes no estudo;
- Identificar as crenças relativas ao CCU nas participantes no estudo.

O estudo de investigação possui um carácter quantitativo, não experimental, descritivo-correlacional, com enfoque transversal. Ou seja, fundamenta-se no método hipotético dedutivo, pelo qual os dados colhidos fornecem realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo que se querem conhecer, num determinado momento.

População e Amostra/Informantes:

A **amostra** será constituída pelas mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, elegíveis no programa nacional de RCCU e inscritas na UCSP de [redacted].

Critérios de Inclusão/Exclusão:

Como **critérios de exclusão** de participantes no estudo, serão excluídas as mulheres com patologia oncológica do colo do útero, pelo risco de viés nos resultados, bem como mulheres com inscrição esporádica nesta unidade de saúde.

Locais onde Decorre a Investigação:

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de [redacted], ACeS Baixo Vouga, ARS Centro.

O instrumento de colheita de dados, terá por base um questionário já elaborado e adaptado por Patrão e Leal (2001) para estudos semelhantes acerca da temática em questão (ver parecer de autorização para uso do instrumento - Apêndice III), O questionário (Apêndice II) a aplicar, é constituído por duas partes:

- Primeira parte: comporta a caracterização sociodemográfica, sexual e ginecológica (idade, residência, habilitações literárias e profissão, idade de início de atividade sexual, método contracetivo em uso, número de filhos, realização da revisão do puerpério, idade do primeiro contacto sexual e história familiar de cancro do colo do útero e hábitos de procura de cuidados de saúde
- Segunda parte: é composta por duas questões sobre conhecimentos acerca do CCU e duas questões sobre conhecimentos sobre a citologia. Segue-se a Escala de crenças da saúde, adaptada para a língua Portuguesa da Escala de Crenças de Saúde, revista, melhorada e aplicada ao cancro da mama, reformulada para o tema em causa (Champion, 1993; Champion Scott, 1997 como referidos por Patrão e leal, 2001). Esta escala é do tipo Likert, em que todos os itens vão no sentido positivo, sendo a cotação atribuída respetivamente de: discordo, discordo indiferente, concordo, concordo totalmente. É um instrumento construído por 27 itens que se unem em quatro subescalas: Vulnerabilidade, Gravidade; Benefícios e Obstáculos.

O instrumento de colheita de dados a utilizar neste trabalho de investigação (questionário) já se encontrava construído e testado, tendo apenas sofrido ligeiras atualizações de linguagem na caracterização sociodemográfica, sexual e ginecológica.

É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos durante todo o estudo, assim como o anonimato dos participantes será garantida durante todo o estudo. Para tal será atribuído um código de identificação a cada participante (P1, P2, P3... Px) que nos permita identificar o participante. Para a intervenção e posterior avaliação, apenas a investigadora terá acesso à correspondência entre a identificação do participante e o

seu código de forma a poder aplicar as etapas seguintes do estudo. Esta correspondência será guardada no computador pessoal da investigadora que está protegido por palavra-passe ou guardado em formato impresso e em local fechado adequadamente.

Ressalva-se ainda que será tido em conta o cumprimento dos seguintes princípios éticos e deontológicos, os quais princípio da não maleficência, na medida em que os participantes não serão prejudicados com a investigação; princípio da autonomia, o consentimento livre e esclarecido, sendo que os participantes participarão voluntariamente e serão informados antes do seu consentimento, podendo estes alterar ou desistir do seu consentimento em qualquer momento do estudo sem prejuízo dos seus direitos; e princípio da beneficência e justiça, garantindo a confidencialidade, o anonimato dos dados dos participantes e o seu tratamento com respeito e dignidade.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):
A garantia de voluntariedade e autonomias dos participantes será assegurado por um documento de consentimento informado elaborado pela investigadora.

Devemos chamar a atenção que os dados utilizados não são anonimizados, mas sim pseudoanonimizados e messa medida sujeitos a regras de proteção. A investigadora, no entanto, apresenta as medidas de segurança onde se inclui a pseudoanonimização, o acesso à grelha de descodificação apenas pela sua parte, etc.

Lembramos que tratando-se de dados pessoais a investigadora deve solicitar consentimento ao seu tratamento aos respetivos titulares dos dados e que a chave que permite a re-identificação deve ser destruída logo que as finalidades do projeto se encontrem preenchidas.

Parecer favorável.

O relator: Carla Barbosa

Data: 15/12/2021 A Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho

Assinado com Assinatura
Digital Qualificada por:
CARLA LILIANA FERREIRA
BARBOSA BAPTISTA
Data: 15-12-2021 10:45:30

ANEXO II – Parecer da Administração Regional de Saúde do Centro

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL:	DESPACHO:
DESFAVORÁVEL APÓS RESSUBMISSÃO: **FAVORÁVEL**	Tomado conhecimento e deliberado homologar o Parecer Final da Comissão de Ética para a Saúde. 24.03.2022 Conselho Directivo da A.R.S. do Centro, I.P. Drª Rosa Reis Marques Presidente

ASSUNTO: **Estudo 11/2022 -** "Crenças em saúde na adesão das mulheres ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero"

Dr. Mário Raivo
Vogal,

Vogal,

O objetivo geral do estudo consiste em estudar os fatores de não adesão das utentes da UCSP do Baixo Vouga ao rastreio de cancro do colo do útero.

Para tal tenciona inquirir as mulheres da referida unidade com idade compreendida entre os 25 e 64 anos elegíveis para rastreio, com recurso a questionário elaborado por Patrão e Leal (2001) e Escala de Crenças em Saúde.

Este questionário será aplicado no decurso de consulta de enfermagem, com consentimento informado enviado e adequado.

Existem, no entanto, questões que necessitam de esclarecimento, já que não é claro sobre o tipo de utentes serão inquiridas? Aquelas que vão ao rastreio, aquelas que não vão e são convocadas por esse motivo, todas as utentes que se deslocam por outros motivos ao CS? Outras?

Segundo o tipo de amostra a ser inquirida, os resultados poderão ficar enviesados.

Adicionalmente, nos objetivos declarados, não é ético que a investigação seja realizada "Por forma a valorizar o papel do enfermeiro EEESMO"

Vítor Rodrigues

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Ressubmissão:

As autoras do estudo retiraram a afirmação "por forma a valorizar o papel do enfermeiro EEESMO" dos objetivos.

Corrigiram os objetivos de forma a retirar o estudo do âmbito do rastreio

Esclareceram que se trata de uma amostra de conveniência, inquirindo (após consentimento informado) as utentes que se dirigiram ao CS por qualquer motivo.

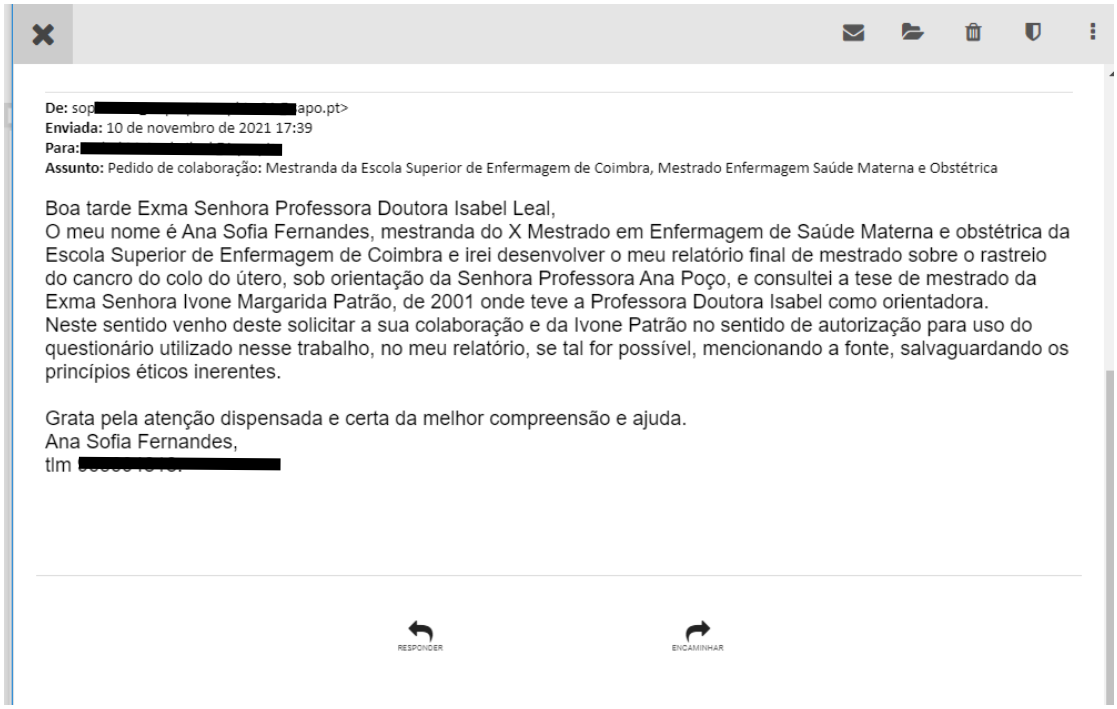
Parecer após ressubmissão:

Favorável

O Relator: Prof. Doutor Vítor Rodrigues

Presidente da CES: prof. Doutor Fontes Ribeiro

ANEXO III – Autorização para Uso do Questionário

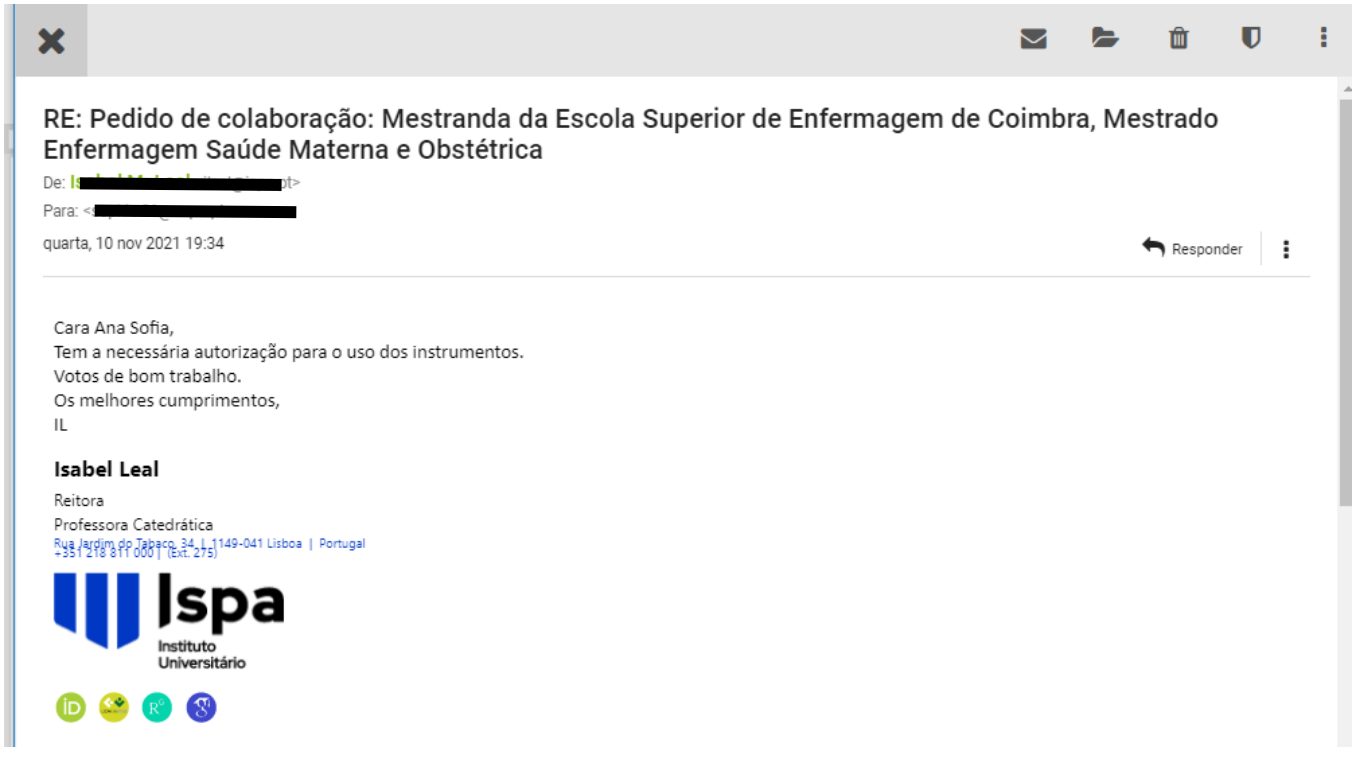


De: sop[redacted]apo.pt>
Enviada: 10 de novembro de 2021 17:39
Para: [redacted]
Assunto: Pedido de colaboração: Mestranda da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Mestrado Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

Boa tarde Exma Senhora Professora Doutora Isabel Leal,
O meu nome é Ana Sofia Fernandes, mestranda do X Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e irei desenvolver o meu relatório final de mestrado sobre o rastreio do cancro do colo do útero, sob orientação da Senhora Professora Ana Poço, e consultei a tese de mestrado da Exma Senhora Ivone Margarida Patrão, de 2001 onde teve a Professora Doutora Isabel como orientadora.
Neste sentido venho deste solicitar a sua colaboração e da Ivone Patrão no sentido de autorização para uso do questionário utilizado nesse trabalho, no meu relatório, se tal for possível, mencionando a fonte, salvaguardando os princípios éticos inerentes.

Grata pela atenção dispensada e certa da melhor compreensão e ajuda.
Ana Sofia Fernandes,
tlm [redacted]

RESPONDER ENCAMINHAR



RE: Pedido de colaboração: Mestranda da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Mestrado Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

De: I[redacted]pt>
Para: <[redacted]>
quarta, 10 nov 2021 19:34

Responder

Cara Ana Sofia,
Tem a necessária autorização para o uso dos instrumentos.
Votos de bom trabalho.
Os melhores cumprimentos,
IL

Isabel Leal
Reitora
Professora Catedrática
Rua Jardim do Tabaco, 34 | 1149-041 Lisboa | Portugal
+351 218 811 000 | (Ext. 275)

Ispa
Instituto Universitário

ANEXO IV – Instrumento de Colheita de Dados: Questionário

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

No âmbito do Projeto Final de Mestrado em Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica, encontramo-nos a desenvolver um estudo sobre as crenças em saúde relativas ao cancro do colo do útero.

Solicito assim, a sua colaboração para preenchimento do presente questionário. Este é de carácter **anónimo** e de participação **voluntária**. Os dados serão apenas utilizados na elaboração e divulgação científica, respeitando sempre a confidencialidade da sua identidade, comprometendo-nos a não usar ou divulgar nenhuma informação que possa identificá-lo (a).

Nas afirmações deve assinalar com uma cruz (X) a(s) opção(ões) que considera correta(s). Nas questões onde encontrar um espaço em branco (_____), deve responder claramente, e de forma legível, ao que lhe é pedido.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, peço que **não deixe nenhuma questão por responder.**

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Questionário adaptado de Patrão e Leal, 2001

Parte I: Caraterização Sociodemográfica e história sexual e ginecológica

Idade _____

Residência:

Meio urbano (cidade)	
Meio rural (aldeia/vila)	

Estado Civil (**escolha uma das opções**):

Solteira	
Casada/União de facto	
Divorciada/Separada	
Viúva	

Escolaridade (**escolha uma das opções**):

Ensino básico (4° ano)	
Ensino básico (6° ano)	
Ensino básico (9° ano)	
Ensino Secundário	
Ensino Superior	

Situação Profissional (**escolha uma das opções):**

Trabalhadora ativo	
Trabalhadora, com Baixa médica	
Desempregada	
Reformada	
Outra: Qual? _____	

Já alguma vez teve algum problema do ginecológico?

Não	
Sim. Qual? _____	

Iniciou a sua atividade sexual há quanto tempo (**escolha uma das opções**)?

Não iniciei atividade sexual	
Iniciei há menos de 1 ano	
Iniciei há mais de 1 mas menos de 3 anos	
Iniciei há mais de 3 anos	

Quantos filhos tem? ☐

Geralmente vai a consultas de Medicina Geral e Familiar (**escolha uma das opções**):

Por doença	
Para vigiar a sua saúde	

Vai a consultas de Medicina Geral e Familiar (**escolha uma das opções**):

Mensalmente	
De 6 em 6 meses	
1 vez por ano	
Nunca	
Outra: Qual? _____	

Vai a consultas de Planeamento Familiar (**escolha uma das opções**):

Mensalmente	
De 6 em 6 meses	
1 vez por ano	
Nunca	
Outra: Qual? _____	

Prefere que a citologia seja realizada por um médico do sexo (**escolha uma opção**):

Feminino	
Masculino	
É indiferente	

Já alguma vez fez uma citologia?

Sim	
Não	

Nos últimos 5 anos realizei (**escolha apenas uma opção**):

Uma citologia todos os anos	
Uma citologia de 3 em 3 anos	
Só fiz uma citologia	
Não fiz nenhuma citologia	

A realização da citologia foi (**escolha apenas uma opção**):

Por minha iniciativa	
Recomendada pelo médico	
Recomendada pelo ginecologista	
Recomendada pelo enfermeiro	
Sugerida por um familiar ou amigo	
Faz parte de um checkup de saúde	
Outro motivo: Qual? _____	

Quando vai realizar a próxima citologia? (**escolha apenas uma opção**):

Não vou realizar uma citologia	
Vou realizar este ano	
Vou realizar para o próximo ano	
Vou realizar daqui a 2 anos	
Vou realizar daqui a 3 anos	
Vou realizar daqui a 5 anos	

Usa método contracetivo?

Sim	
Não	
Se sim, Qual? _____	

Tem ou teve algum familiar com cancro do colo do útero?

Não	
Sim. Quem? _____	

Parte II

As questões que se seguem são de caracter geral, não são pessoais.

1. Uma mulher tem maior risco de desenvolver Cancro do colo do útero se: **(Assinale a sua opinião em todas as questões)**	**Sim**	**Não**
a) Não tiver iniciado a sua atividade sexual.		
b) Tiver iniciado a atividade sexual antes dos 18 anos.		
c) Teve vários parceiros sexuais.		
d) Tomar a pilula, associada a hábitos tabágicos.		
e) Tiver familiar com cancro do colo do útero.		
f) Estiver na menopausa.		
g) Tiver sofrido uma lesão do colo do útero.		

2. A possibilidade de poderem vir a desenvolver Cancro do Colo do Útero aumenta em mulheres, cuja idade se situa entre:

a) Antes dos 18 anos, se iniciou atividade sexual □
b) Dos 18 aos 30 anos □
c) 30-40 anos□
d) 40-50 anos□
e) 50-60 anos□
f) 60 anos e superiores □

3.A citologia é um exame que: **(Assinale a sua opinião em todas as questões)**	**Sim**	**Não**
a) Só deve ser feito quando se detetam alguns sintomas.		
b) Permite detetar o Cancro do Colo Útero em fases muito precoces.		
c) Reduz o número de mortes por Cancro do Colo do Útero.		
d) É considerado o método menos eficaz para deteção do Cancro do Colo do Útero.		
e) Dispensa a realização de outros exames de rastreio.		
f) Deve ser realizado periodicamente a partir dos 18 anos ou antes se a mulher for sexualmente ativa.		

4.A citologia deve ser efetuada: **(Assinale a sua opinião em todas as questões)**	**Sim**	**Não**
a) A partir do momento em que se tem filhos.		
b) Pela primeira vez aos 18 anos ou antes se a mulher é sexualmente ativa.		
c) Só quando é recomendado pelo médico.		
d) De 5 em 5 anos, a partir dos 40 anos, até aos 64 anos.		
e) Só a partir dos 65 anos.		

Escala de crenças da saúde

Legenda:

1 **Discordo totalmente**	2 **Discordo**	3 **Indiferente**	4 **Concordo**	5 **Concordo totalmente**

Questões	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. É bastante provável que eu possa vir a ter Cancro do Colo do Útero.					
2. A probabilidade de eu vir a ter Cancro do Colo do Útero nos próximos anos é elevada.					
3. Sinto que ao longo da minha vida poderei vir a ter Cancro do Colo do Útero.					
4. Tenho maiores probabilidades de ter Cancro do Colo do Útero do que a maioria das mulheres.					
5. O desenvolvimento do Cancro do Colo do Útero é algo que me pode ocorrer presentemente.					
6. Estou preocupada como facto de poder vir a desenvolver o Cancro do Colo do Útero nos próximos tempos.					
7. Pensar no Cancro do Colo do Útero assusta-me.					
8. Quando eu penso acerca do Cancro do Colo do Útero, o meu coração fica a bater mais depressa.					
9. Tenho medo de pensar acerca do Cancro do Colo do Útero.					
10. Os problemas que eu teria se sofresse de Cancro do Colo do Útero durariam muito tempo.					
11. Se eu tivesse Cancro do Colo do Útero não iria viver mais de 5 anos.					
12. O Cancro do Colo do Útero poderia ameaçar a relação que mantenho com o meu namorado, marido ou companheiro.					
13. Se eu desenvolvesse Cancro do Colo do Útero não iria viver mais de 5 anos.					

14. A realização de Citologia ajuda-me a detetar mais cedo a existência de lesões no útero.					
15. Se for encontrada alguma lesão no útero através da Citologia, o tratamento do cancro não será assim tão mau.					
16. A realização da Citologia é a melhor maneira de detetar pequenas lesões no útero.					
17. A realização de uma Citologia diminuirá as muitas hipóteses de morrer de Cancro do Colo do Útero.					
18. Quando faço uma Citologia tenho receio de descobrir que alguma coisa não está bem.					
19. Tenho receio de fazer uma Citologia porque não compreendo como será feita.					
20. A realização de uma Citologia seria embaraçosa.					
21. A realização de uma Citologia demoraria muito tempo.					
22. A realização de uma Citologia seria dolorosa.					
23. A realização de uma Citologia obrigar-me-ia a faltar ao emprego.					
24. Tenho outros problemas mais importantes do que pensar em fazer uma Citologia.					
25. A realização de uma Citologia seria dispendiosa.					
26. Não consigo lembrar-me de marcar o exame (Citologia).					
27. A realização do exame (Citologia) está dependente da opinião do meu namorado, companheiro ou marido.					

FIM

Obrigado pela sua Colaboração!