



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Relatório Final de Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Filipa Gabriela Esteves de Oliveira Leite

Coimbra, 30 novembro de 2022



escola superior de
enfermagem
de coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Relatório Final de Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**Amamentar em tempos de pandemia: dos problemas identificados às propostas
de intervenção de enfermagem**

Filipa Gabriela Esteves de Oliveira Leite

Orientadora: Professora Doutora Maria Neto da Cruz Leitão

Co-Orientadora: Professora Doutora Rosa Maria dos Santos Moreira

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

Coimbra, 30 novembro de 2022

O caminho é longo quando perdemos o rumo,

Mas torna-se claro, quando a luz do sol

Ilumina de novo a nossa direção!

Quando a mulher que amamenta,

Se sente insegura e sem condição...

Apresenta-lhe uma enfermeira

de saúde materna e obstétrica,

E irás dar-lhe a chave p'rá solução!

Filipa Leite

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer aos meus filhos pela força que me dão para viver, pois têm sido a minha alavanca, o meu foco e o meu farol! Perdoem-me as minhas ausências, mas foi a pensar em vocês que o fiz...

Agradeço aos meus pais, por todo apoio ao longo de toda esta caminhada, por estarem quando não estou, em que tão bem me substituíram. Vocês são os pilares que jamais quero perder e desapontar!

Agradeço em especial também ao meu irmão, à minha cunhada e aos meus sobrinhos pelo constante reforço positivo e apoio de retaguarda, em todos os capítulos e principalmente nos mais difíceis da minha vida...

A ti João, um agradecimento especial e profundo pelo apoio constante, pelo incentivo, pela transmissão de confiança e por me fazeres acreditar na minha capacidade de superação e por não me deixares baixar os braços...por estares do meu lado!

Não podia deixar de agradecer à minha amiga Sónia, por todo o colo que sempre me deu, quando os obstáculos surgiam, não me permitindo desistir!

À minha querida amiga, Fátima, pela manutenção dos laços de amizade, unidos através da especialidade de enfermagem materna e obstétrica, que até à data prevalecem mais fortes do que nunca, que tem demonstrado a cada gesto que é uma amiga ímpar!

A todos os que não me desamparam, amigos, colegas e conhecidos a minha profunda gratidão!

À Professoras Maria Neto, pela pessoa que tanto estimo e me orgulho em conhecer e por todos os ensinamentos, o meu muito obrigada. À Professora Isabel Mendes por toda a amizade e todo o profissionalismo e dedicação, a minha eterna gratidão para ambas, porque graças à vossa persistência, chego hoje aqui. Às professoras Rosa Moreira e Ana Poço, sou grata pela disponibilidade e empatia em todo o processo, que suavizou em muito as pedras que encontrei no meu caminho...

Ao pai dos meus filhos, que me apoiou desde o início da especialidade e que foi também essencial no começo deste processo.

Agradeço a Deus, por aumentar a minha crença e a minha fé, por me permitir crescer e reencontrar, por me deixar voltar a sonhar e lutar pelos meus objetivos!

ÍNDICE DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AM- Aleitamento Materno

AME- Aleitamento materno exclusivo

ACES - Agrupamentos dos Centros de Saúde

BO - Bloco Operatório

cf.- conforme

CHUC- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

COVID-19- Coronavírus disease2019

DGS- Direção Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

et al. - e outros

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IMG - Interrupção médica da gravidez

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

LF- Leite de Fórmula

MBB- Maternidade Bissaya Barreto

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

PNS- Plano Nacional de Saúde

QV – Qualidade de Vida

RN- Recém-nascido

SARSCoV-2-Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus

THS - Terapia Hormonal de Substituição

TRH - Terapia de Reposição Hormonal

UIP – Unidade de Intervenção Precoce

UIP/OA - Unidade de Internamento de Puerpério/ Obstetrícia A

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal

UCSP - Unidade de Saúde de Cuidados Personalizados

UMMF- Unidade de Medicina Materno Fetal

RESUMO

Enquadramento: Relatório de estágio no âmbito do X Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), onde consta a reflexão sobre atividades desenvolvidas para aquisição de competências dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), em contextos de cuidados na comunidade e maternidade, bem como o estudo empírico realizado.

O aleitamento materno (AM) é reconhecido como a melhor forma de alimentar o recém-nascido, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de forma exclusiva até aos 6 meses de idade. Constitui um processo complexo, emergindo a atuação dos EEESMO, tanto no pós-parto imediato como na comunidade. Com a pandemia por Covid-19, a acessibilidade das mães aos cuidados de saúde foi afetada.

Objetivos: identificar os problemas na amamentação referidos pelas mulheres nos primeiros 6 meses após o parto; conhecer as estratégias utilizadas pelas mulheres para a resolução dos problemas identificados; propor intervenções de enfermagem que contribuam para a resolução dos problemas sobre amamentação apresentados pelas mulheres.

Métodos: Estudo quantitativo não experimental, retrospectivo, descritivo e exploratório. Amostra não probabilística por conveniência, constituída por 96 mães com partos entre setembro 2020 e setembro 2021. Dados recolhidos por formulário on-line em abril 2022, após aprovação de Parecer de comissão de ética P850_02_2022.

Resultados: Os problemas identificados foram: “insegurança/medo de não ser capaz”, “falta de apoio/ acompanhamento na amamentação”, “falta de capacidade/treino para amamentar” e “falta de informação/conhecimentos”. Para resolução destes problemas, as participantes recorreram a equipas de enfermagem dos Centros de Saúde; serviço de internamento pós-parto; consultas externas das maternidades; médico do centro de saúde e conselheiras de amamentação.

Conclusão: Na generalidade, as participantes recorreram a enfermeiros, tanto do centro de saúde como maternidade, contudo, para 21% das participantes, a pandemia por COVID-19 influenciou no acesso aos profissionais de saúde. A criação de plataformas como vídeo consultas são alternativas, para aproximar os cuidados, não colocando em risco o bem-estar materno/parental/filho, podendo ser a forma dos EEESMO colmatarem a assistência em saúde.

Palavras-chave: amamentação; intervenções do EEESMO; pandemia; COVID-19, problemas na amamentação.

ABSTRACT

Background: Internship report developed in the X Master's Course in Maternal and Obstetric Health Nursing (ESMO), which contains a reflection on activities developed to acquire EEESMO skills, in the context of community and maternity care, as well as an empirical study carried out. Breastfeeding is recognized as the best way to feed the newborn, being recommended by the World Health Organization (WHO) exclusively up to 6 months of age. The advantages are multiple which is why it is a priority of the Directorate General for Health (DGS). Being a complex process, the role of EEESMO emerges, both in the immediate postpartum period and in the community. With the COVID-19 pandemic, mother's accessibility to health care has been affected. Objectives: to identify breastfeeding problems reported by women in the first 6 months after childbirth; know the strategies used by women to solve the identified problems; propose nursing interventions that contribute to the solution of breastfeeding problems presented by women.

Methods: Non-experimental, retrospective, descriptive and exploratory quantitative study. Non-probabilistic sample for convenience, consisting of 96 mothers who gave birth between September 2020 and September 2021. Data collected by online form in April 2022, after approval of Ethics Commission Opinion P850_02_2022.

Results: The problems identified were: "insecurity/fear of not being able to", "lack of support/ monitoring in breastfeeding"; "lack of ability/training to breastfeed" and "lack of information/ Knowledge".

In order to solve the mentioned problems the participants resorted to nursing teams from the Health Centers; the postpartum hospitalization service; outpatient consultations at maternity hospitals; to the doctor at the health center and breastfeeding counselors.

Conclusion: In general, the participants resorted to nurses, both from the health center and maternity, however, for 21% of the participants, the pandemic by COVID-19 influenced access to health professionals.

The creation of platforms such as video consultations are alternatives to approximate care, not putting at risk well-being mother/father/child, and may be the way the EEESMO fill gaps in health care.

Keywords: breastfeeding; Intervention of EEESMO; pandemic; COVID-19, breastfeeding problems.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da idade das participantes

Tabela 2 – Habilitações literárias das participantes

Tabela 3 – Estado civil das participantes

Tabela 4 – Situação profissional das participantes

Tabela 5 – Caracterização do local de residência das participantes

Tabela 6 – Tipologia de parto

Tabela 7 – Distribuição das respostas à questão “ Foi a 1ª vez que amamentou?”

Tabela 8 – Distribuição das respostas à questão “Amamentou o seu bebé na primeira hora de vida?”

Tabela 9 – Distribuição das razões apontadas para a não amamentação à primeira hora de vida

Tabela 10 – Tipo de aleitamento praticado pelas mulheres na maternidade

Tabela 11 – Prevalência do aleitamento materno

Tabela 12 – Necessidade de oferta de Leite de Fórmula até aos 6 meses de vida do bebé

Tabela 13 – Fase da vida do bebé onde foi introduzido o Leite de Fórmula

Tabela 14 – Motivo da oferta de leite de fórmula ao bebé

Tabela 15 - Influências sentidas pelas mulheres para a decisão de amamentar

Tabela 16 – Decisão informada acerca da amamentação

Tabela 17 – Temas que as mulheres se sentiam mais informadas quando decidiram amamentar.

Tabela 18 – Fontes de informação das participantes sobre a amamentação

Tabela 19 – Problemas sentidos pelas participantes durante a amamentação

Tabela 20 – Dificuldades vivenciadas pelas participantes durante a amamentação

Tabela 21 – Fases em que as participantes referiram maiores dificuldades na amamentação

Tabela 22 – Resolução das dificuldades sentidas na amamentação

Tabela 23 – Razões pelas quais persistiram as dificuldades em resolver os problemas relacionados com a amamentação

Tabela 24 – Quem a acompanhou as participantes em todo o processo de amamentação

Tabela 25 – Classificação (escala de 0-10), do acompanhamento no processo de amamentação

Tabela 26 – Existência de influência da pandemia por Covid-19 na amamentação

Tabela 27 – Influência da pandemia por Covid-19 na amamentação

Tabela 28 – No caso de influência da pandemia por covid-19 no processo de amamentação, em que momento sentiu a necessidade de assistência dos profissionais de saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
PARTE I: COMPONENTE CLÍNICA:	23
AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	23
1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	25
1.1. CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....	25
1.2. CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA MATERNIDADE	28
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	35
2.1 CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E DURANTE O PERÍODO PRÉ- CONCECIONAL.....	36
2.2 CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL	37
2.3 CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO	39
2.4 CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL	46
2.5 CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE DURANTE O CLIMATÉRIO.....	48
2.6 CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE A VIVENCIAR PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA GINECOLÓGICA	52
2.7 CUIDADOS À MULHER EM IDADE FÉRTIL INSERIDA NA COMUNIDADE	53
2.8 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA....	54
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: ALEITAMENTO MATERNO	59
3.1 AMAMENTAÇÃO E PANDEMIA POR COVID-19	60
3.2 INFLUÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE.....	61
3.3 MANUTENÇÃO DA AMAMENTAÇÃO E AS SUAS PRINCIPAIS DIFICULDADES	63
3.4 ORIENTAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA O ALEITAMENTO MATERNO.....	67
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO:	71
4. METODOLOGIA DO ESTUDO	73
4.1 DESENHO DO ESTUDO	74
4.2 PARTICIPANTES	74
4.3 INSTRUMENTO (S) DE COLHEITA DE DADOS.....	75
4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICO FORMAIS.....	76
5. RESULTADOS	79
5.1 CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	79

5.2 PARTO E AMAMENTAÇÃO	82
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	97
7. INTERVENÇÕES DO EEESMO	103
CONCLUSÃO.....	107
BIBLIOGRAFIA.....	113

APÊNDICES

APÊNDICE I - Questionário de colheita de dados

APÊNDICE II - Panfleto “massagem do períneo”

APÊNDICE III - Consentimento informado

ANEXOS

ANEXO I - Parecer Da Comissão De Ética

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, inserida no X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, orientado pela Professora Doutora Maria Neto da Cruz Leitão e co-orientado pela Professora Doutora Rosa Maria dos Santos Moreira. Procura constituir-se como instrumento de reflexão e análise relativamente às atividades desenvolvidas em contexto de estágio para a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), previstas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, (2015) e regulamentado pela OE (2010), respetivamente, abarcando todos os contextos de estágio na comunidade e na maternidade.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira parte, relata-se a reflexão crítica da aquisição e desenvolvimento de competências do EEESMO, iniciando-se com a apresentação dos contextos de estágio, tanto ao nível da prestação de cuidados na comunidade como na maternidade, seguido da descrição das atividades desenvolvidas e apresentando uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento das competências do EEESMO. Esta primeira parte termina com um enquadramento teórico sobre o tema central do estudo empírico desenvolvido: o aleitamento materno, abordando-se a influência da pandemia por COVID-19 na amamentação, a influência da amamentação no processo de transição para a parentalidade e as principais dificuldades da amamentação. Na segunda parte do presente relatório, são descritas as diferentes fases do estudo empírico realizado, terminando-se com propostas de intervenções do EEESMO para a resolução dos problemas da amamentação identificados no estudo.

A aquisição de novos e aprofundados conhecimentos, para utilização na resolução de problemas e em contextos complexos, alargados e multidisciplinares, bem como na aplicação dos mesmos em investigação e no desenvolvimento de aplicações e novas ferramentas, e ainda a comunicação desses mesmos resultados à comunidade científica e na sua área de especialização, são competências necessárias inerentes à

aquisição do grau de mestre, consagradas no Decreto-Lei nº 74/2006.

Assim, os objetivos deste relatório são: realizar uma análise crítica das atividades desenvolvidas nos diversos contextos de estágio, à luz das competências gerais dos enfermeiros especialistas e específicas do EEESMO, bem como apresentar as competências desenvolvidas no âmbito da investigação.

Para o desenvolvimento de competências de investigação selecionamos o tema do aleitamento materno (AM). Afirma-se que este é o melhor alimento para o recém-nascido (RN), estimulando o seu crescimento e evolução (Horta & Victoria, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME), até aos 6 meses de idade, seguido do AM complementado com outros alimentos, até aos 2 anos de idade. Os benefícios são vários desde o período neonatal, ao longo do desenvolvimento da criança e até futura idade adulta (Horta & Victoria, 2013). O investimento no AME é assim, uma garantia para a saúde pública e deste modo é fundamental que seja promovido logo após o nascimento do bebé. Em Portugal é uma primazia da Direção Geral da Saúde (DGS) para o progresso da saúde pública (DGS, 2013). Não obstante de todas as orientações Nacionais e Internacionais, a prevalência do AME em Portugal, continua abaixo do pretendido e tem vindo a diminuir de forma relevante nos primeiros meses de vida. A última publicação do Registo do Aleitamento Humano da DGS (RAM), de 2014, refere AME de 92% dos RN à alta da maternidade, seguida de uma redução para 68% às 5-6 semanas de vida. De acordo com o Relatório de Resultados obtidos no Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, de 2017, 46% das crianças foram alimentadas com AME pelo período inferior a 4 meses (Associação Portuguesa de Nutrição, 2020).

Segundo Pinho (2015), após a realização de um estudo de investigação acerca das dificuldades na amamentação no primeiro mês de vida, verificaram a existência de dificuldades ao 7º e 30º dias de vida do bebé, deparando-se com mulheres que não tinham dificuldades ao 7º dia de vida, no entanto apresentavam ao 30º dia e por outro lado, mulheres que possuíam dificuldades ao 7º dia e que ao 30º dia viam as suas dificuldades dissipadas. Entre o terceiro e quinto dia de vida do bebé, verifica-se na maioria das vezes a descida do leite, o que leva por vezes ao ingurgitamento mamário, pelo aumento do aporte de leite e é nomeadamente nesta fase que a maioria das mulheres começa a referir maiores dificuldades (Pinho, 2015).

A amamentação já é por si só um processo complexo, vivenciado essencialmente pelas mulheres e famílias, que normalmente carece do apoio de profissionais capacitados, como são os EEESMO. Muitas das vezes não basta a realização de ensinamentos realizados no pós-parto imediato, na maternidade, mas sim fazem diferença quando primam pela continuidade de cuidados na comunidade. Com a pandemia COVID-19 que vivenciamos, a acessibilidade a cuidados de saúde, que assegurem a promoção do aleitamento materno ficou comprometida, segundo a percepção da investigadora, no seu contexto e aparentemente, também foi observada uma redução na acessibilidade aos cuidados do EEESMO.

Segundo Mitoulas, Scharer-Hernandez & Liabat (2020), com o avanço da pandemia muitas questões foram levantadas acerca da rota de transmissão da doença e modo de contágio, com maior enfoque no que diz respeito à amamentação, nomeadamente centrado na díade mãe-bebé. Segundo os autores, apesar do reconhecido valor do AM, existiram muitas dúvidas na fase inicial da pandemia. Para estes autores o que se tornou imprescindível, foi a necessidade de criação de orientações claras, baseadas em evidência, que sustentasse a questão da transmissão da doença, mantendo o inequívoco valor da amamentação. Deste modo, mães e bebés poderiam continuar a beneficiar dos benefícios do aleitamento materno e assim manter o uso do leite humano durante a pandemia COVID-19.

Apesar do tempo relativamente curto de existência da pandemia pelo vírus SARS-CoV2, a comunidade de investigação debruçou-se já no impacto que esta teve no AM e leite humano, existindo um volume extraordinário de trabalho que já foi realizado e publicado. Estes dados não mostram evidência de vírus ativo no leite humano, segundo Mitoulas et al. (2020) sugerindo que a transmissão horizontal via leite materno é pouco presumido. Também revelaram evidências de que os anticorpos presentes no leite humano podem neutralizar o SARSCoV-2, sugerindo um papel protetor do leite humano contra a infeção.

Deste modo, segundo a investigação já realizada, vai ao encontro de que as mães, e os seus filhos devem ser mantidos juntos e a amamentação deve ser propagada. Na verdade, estes estudos vêm contrapor o até então proposto, promovendo assim, o abandono da ideia de existência de transmissão entre uma mãe e o seu filho, pelo que o enfoque deverá ser o vínculo mãe-filho, capacitando as equipas que ainda não o façam.

Diretrizes e recomendações práticas baseadas nestes dados devem ser desenvolvidas, a fim de promover e proteger a amamentação e o uso de leite humano.

O grande desafio motivado pela pandemia, causada pelo vírus SARSCoV-2, tem sido em torno da acessibilidade aos cuidados de saúde, onde verificámos descida acentuada na mesma, dificultando o acompanhamento pormenorizado, escasso e/ou deficiente nos cuidados de saúde. Nomeadamente e em consequência, com a redução dos tempos de internamento hospitalar e nos cuidados de saúde primários, privando neste caso específico, mulheres e famílias na área pré e pós-Natal, capacitando menos estas mulheres e famílias, com a redução do número de consultas de saúde / enfermagem e, no início da pandemia, com a inexistência de sessões de preparação para o parto e parentalidade. Segundo a Entidade Reguladora da Saúde, ERS (2020), desde o início da pandemia, verificou-se uma redução do número de consultas médicas presenciais, com diminuição de 33%, 73% e 66% nos meses de março, abril e maio, respetivamente. Nos mesmos meses, também o número de consultas de enfermagem presenciais, que tiveram ligeiros aumentos em janeiro e fevereiro, foi substancialmente inferior nos meses de março, abril e maio, face aos períodos homólogos do ano anterior. A ERS (2020) refere ainda que em junho de 2020, o tema que dominou os pedidos de informação foram os “Direitos dos Utentes”, destacando-se: (1) direito ao acompanhamento de utentes grávidas; (2) restrições de visitas hospitalares; e (3) impossibilidade de acompanhamento durante prestação de cuidados. Estes dados revelam a dificuldade de acesso causada pela pandemia COVID-19 aos serviços de saúde.

Deste modo, emerge a necessidade de identificar se as mulheres percecionaram se houve influência no acesso a cuidados de saúde materna e obstétrica, especificamente no que toca às necessidades com a amamentação. Uma resposta efetiva face às dificuldades na amamentação que as mulheres enfrentam, são as metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Só deste modo, poderemos continuar a promover o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida do bebé, sendo relevante compreender de que forma as mulheres foram assistidas nos serviços de saúde, essencialmente pelos EEESMO nos primeiros 6 meses após o nascimento do bebé e no decurso da pandemia por COVID-19, para que seja possível desenhar e implementar medidas que deem suporte às eventuais lacunas encontradas.

É após o nascimento que o desafio da amamentação começa sendo que o treino de competências é maioritariamente desenvolvido até ao estabelecimento da lactação, onde as primeiras dificuldades surgem. O período pandémico causado pelo COVID-19 provocou alterações assistenciais, nomeadamente a redução do número de dias de internamento após o parto e maior dificuldade no acesso a cuidados de saúde primários, o que pode aumentar os problemas inerentes à amamentação e eventualmente ao

abandono da mesma. Entendemos que para uma resposta efetiva, o processo de amamentação deverá ser acompanhado pelos EEESMO, sendo o maior desafio nos primeiros seis meses, que é o período preconizado pela WHO (2019).

Deste modo, os objetivos do estudo empírico desenvolvido foram:

- Identificar os problemas na amamentação referidos pelas mulheres nos primeiros 6 meses após o parto;
- Conhecer as estratégias utilizadas pelas mulheres para a resolução dos problemas identificados;
- Propor intervenções de enfermagem que contribuam para a resolução dos problemas sobre a amamentação apresentados pelas mulheres.

O estudo empírico realizado é de natureza quantitativa não experimental, retrospectivo, descritivo e exploratório. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário incluído no Apêndice I. Para facilitar a colheita de dados optou-se por divulgar via internet, partilhando nas redes sociais, especificamente “facebook” (tendo sido divulgado em páginas pessoais e de grupo), onde foi exposto de forma clara os objetivos do estudo e os critérios de inclusão e exclusão do mesmo, sendo posteriormente a seleção da amostra realizada por “bola de neve”, ou seja, as participantes que se foram identificando como tendo critérios para pertencer ao estudo, foram convidando outras participantes, que fazem parte da sua rede de contactos.

Como resultados esperados definiu-se a adequação dos cuidados dos EEESMO às necessidades das mulheres de modo a promover o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida do bebé.

PARTE I: COMPONENTE CLÍNICA:

**AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA**

1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O estágio constitui uma possibilidade para adquirir e desenvolver competências, bem como mobilizar para a prática clínica os conhecimentos previamente adquiridos a nível teórico. Os estágios são um espaço primordial onde a teoria e a prática se conjugam e onde, com o auxílio de outros, nomeadamente colegas e enfermeiros tutores, podemos desenvolver a aprendizagem pretendida.

Salienta-se que todos os estágios foram desenvolvidos em 2016 e 2017, segundo o plano de estudos publicado no Despacho n.º 8518/2016 no Diário da República, 2.ª série N.º 124, a 30 de junho. De acordo com este plano de estudos a componente de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia estava organizada em 2 unidades curriculares: Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Comunidade, com um total de 512 horas de trabalho e Estágio de Enfermagem na Maternidade, com um total de 810 horas de trabalho. Por motivos pessoais tive necessidade de interromper o ciclo formativo, vindo só a reingressar no ano 2020, integrando o Xº curso de mestrado ESMO, cujo plano de estudos já havia tido alterações.

Este capítulo inicia-se com uma breve descrição dos contextos e das atividades desenvolvidas para adquirir às competências comuns dos enfermeiros especialistas e as competências específicas do EEESMO. Posteriormente, apresenta-se uma reflexão crítica da aquisição destas competências, com base no programa formativo do Ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, descrito no despacho 3410/2019 de 27 de Março publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 61.

1.1. CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Nos estágios inseridos na comunidade, houve oportunidade de conhecer a realidade de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e consulta externa de uma maternidade do centro do país.

Realizei estágio de Vigilância de Gravidez durante 10 semanas, de 9 de Maio a 15 de Julho de 2016, sendo que estes se dividiram em dois campos de estágio distintos: Consultas Externas na Maternidade (que no meu caso foi realizado na Unidade de Intervenção Precoce (UIP), inserida nas consultas externas, da Maternidade Bissaya Barreto (MBB) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e Centro de Saúde (UCSP) de Cantanhede.

Para melhor compreensão da organização de uma UCSP, de acordo com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. De entre as unidades funcionais consta a UCSP, à qual compete a prestação cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. No que concerne à missão de cada UCSP, esta é a de garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica (Instituto Nacional de Estatística, 2010).

Relativamente ao estágio desenvolvido nas consultas externas da MBB, existiu a oportunidade de conhecer a diversidade de consultas que se desenvolviam nas consultas externas, especificamente na UIP. Como mencionado foram realizadas consultas de desenvolvimento infantil, consultas de obstetrícia, consultas de psicologia, psiquiatria e apoio social. É relevante mencionar que as enfermeiras especialistas desta unidade se articulavam com as enfermeiras das consultas externas e com as enfermeiras envolvidas no projeto interno existente na mesma instituição, de preparação para a parentalidade, inscrevendo as mulheres grávidas sempre que possível, que se encontrassem dentro dos critérios – pretendessem frequentar estas aulas, tivessem mais de 28 semanas, houvesse vaga e não houvesse qualquer contra-indicação. Esta unidade de Intervenção Precoce foi criada em 1991 e tem como objetivo intervir na melhoria da relação mãe- filho e pai-filho e acompanhar mãe/filho/pai antes e após o nascimento nas diversas situações de risco. O reforço da relação pais-filho e a estimulação da vinculação precoce nestas famílias de risco, são um meio eficaz de melhorar a saúde e o bem-estar das crianças, de potenciar o seu bom desenvolvimento psicomotor e de prevenir os maus- tratos. Assim, funcionam nesta Unidade as consultas de risco psico-social, psiquiatria, pedopsiquiatria, psicologia e pediatria. De salientar,

que os enfermeiros especialistas realizam consulta de enfermagem previamente a todas as consultas existentes na UIP.

Relativamente às atividades desenvolvidas no decorrer destes estágios, tanto nas consultas externas da UIP, como no UCSP, constatou-se que o investimento na amamentação por parte da equipa de enfermagem foi sem dúvida muito satisfatório, houve a minha colaboração na UCSP dinamizando essa UCSP, criando em parceria com as minhas tutoras um cantinho de amamentação, para que houvesse maior proximidade da comunidade aos nossos cuidados e assim pudéssemos fazer face às dificuldades emergentes que as puérperas sentem muitas vezes aquando da chegada a casa nos primeiros dias/semanas e até meses de pós-parto, perpetuando o aleitamento materno, sempre que os pais assim o pretendam até ao 6º mês de vida do bebé pelo menos. Também ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, verifiquei que as mulheres procuram grande apoio das equipas de enfermagem, nomeadamente nos primeiros dias de vida do bebé, apresentando dúvidas acerca da alimentação dos seus filhos, como por exemplo na solicitação de apoio para correção da pega do bebé à mama, pedido de aconselhamento para a resolução da dor a amamentar e na resolução do ingurgitamento mamário.

Na consulta externa da maternidade, os ensinamentos e esclarecimentos às grávidas foram sempre muito presentes e consistentes acerca da amamentação futura, perante as mulheres que demonstravam vontade em amamentar, por outro lado respeitadas as mulheres que tomaram a decisão de não amamentar, por parte dos profissionais de saúde. Constatei durante os estágios, que a maioria das mulheres que não pretendiam amamentar devia-se ao facto de terem apresentado uma experiência anterior negativa acerca da amamentação. De ressaltar que não foram identificadas quaisquer pressões ou conotações desfavoráveis perante a tomada de decisão dessas mulheres.

A Maternidade Bissaya Barreto foi acreditada pelo Ministério da Saúde/DGS, UNICEF Portugal (pela primeira vez no ano de 2007), como de Maternidade “Amiga dos bebés”, através de um programa mundial do aleitamento materno que tem como missão proteger promover e apoiar o aleitamento materno através de entidades que disponibilizem serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria, influenciando na prática dos profissionais de saúde e cuidadores. Deste modo e sempre que a mulher o pretenda, a amamentação é encorajada, apoiada e promovida e os bebés amamentados não recebem substitutos de leite materno (leite de fórmula) a menos que seja indicado clinicamente ou seja a escolha previamente informada dos

país (UNICEF, s.d.).

1.2. CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA MATERNIDADE

Na prestação de cuidados na maternidade foram realizados estágios na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), Unidade de Internamento de Puerpério/Obstetria A (UIP/OA), Unidade de Medicina Materno Fetal (UMMF) e Sala de Partos (SP). As maternidades, onde os estágios decorreram, foram maternidades do centro do país, Maternidade Bissaya Barreto e Maternidade Daniel de Matos (especificamente o estágio na UMMF e UIP/OA).

Ambas as maternidades recebem mulheres grávidas provenientes de toda a região centro. Apesar da existência de maternidades mais próximas da localidade destas mulheres, por razões de escolha, quer das mulheres, quer das suas condições clínicas, as mulheres acabam por ser seguidas e assistidas nestas maternidades mais centrais.

Um dos motivos para algumas mulheres grávidas com ameaças pré-termo serem encaminhadas de outras maternidades para Coimbra, deve-se ao facto das unidades de cuidados intensivos neonatais destas maternidades, apresentarem equipamento e recursos humanos capazes de dar uma resposta mais efetiva aos eventuais problemas de saúde existentes em grandes prematuros e/ou em casos de recém-nascidos com presença de doença crítica. Assim, normalmente e sempre que é possível privilegia-se o transporte da mulher ainda grávida, para que se assegurem cuidados materno/neonatais de uma forma diferenciada, segura e imediata.

O estágio na UMMF decorreu na MDM, teve a duração de 5 semanas e desenrolou-se entre 2 de maio a 4 de junho de 2017. A MDM situa-se geograficamente no centro do país e recebe um número elevado de mulheres que podem inclusive vir de todo o país, mas essencialmente da região centro e arredores (nomeadamente da zona mais interior e com menos acesso aos cuidados diferenciados). Este estágio foi sem dúvida muito pertinente, na medida em que permitiu o desenvolvimento de competências na área de vigilância da gravidez, especificamente em casos de doenças associadas a gravidez (como por exemplo: diabetes, lúpus, hipertensão arterial, colestase gravídica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia) e na assistência de grávidas com ameaça de parto pré-termo.

Uma vez que desempenho as minhas funções como enfermeira numa unidade de puerpério de uma maternidade, posso dizer que já detinha algum conhecimento teórico e prático acerca das patologias inerentes á gravidez, mas sobretudo mais centrado no

âmbito do pós-parto.

De destacar que no estágio na UMMF, qualquer mulher que dê entrada nesta Unidade de Internamento, seja grávida com patologia associada, seja para vigilância numa primeira fase do trabalho de parto, seja com o diagnóstico de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) ou Interrupção Médica da Gravidez (IMG) - essa mulher, foi sempre acolhida de forma empática, com respeito e dignidade tendo em conta que, cada mulher é única, bem como a sua história e situação clínica, pois é a porta de entrada para todo um processo para muitas mulheres desconhecido em contexto hospitalar, onde a humanização é importante. Para isso, este acolhimento foi realizado mantendo a privacidade da mulher, respeitando as suas crenças e valores, fazendo prevalecer a sua vontade, bem como respeitando a sua individualidade e capacidade de decisão, cumprindo assim a ética e deontologia profissional.

Os cuidados prestados pelos EEESMO devem ser flexíveis, criativos, de capacitação/empoderamento e de suporte às mulheres. Assim, cabe aos EEESMO ouvir e apoiar a mulher nas suas escolhas, sem juízos de valor, com a consciência de que as crenças e valores das mulheres sobre a gravidez e o parto são mais elaborados do que uma superficial dicotomia entre “natural” e “medicalizado”. As diferentes escolhas dependem de vários fatores, principalmente da cultura e sociedade onde estão inseridas, mas também do tipo de cuidados que lhes é oferecido e disponibilizado – devendo existir uma oferta de um modelo assistencial adequado e holístico. No decorrer do estágio mantive uma prática consistente, onde foi de uma maneira geral questionada sempre a mulher/casal acerca da sua vontade acerca do parto, acerca da existência de plano de parto e acerca da vontade em amamentar, deixando a tomada de decisão, sempre isenta, de julgamentos da nossa parte.

No que concerne ao estágio na Sala de Partos, este ocorreu na MBB em Coimbra, com a duração de 15 semanas, entre Dezembro de 2016 a Março de 2017. A grande diferença populacional em relação às mulheres/grávidas/famílias na MDM são essencialmente o número mais elevado de casos de risco social que se verifica na MBB. Este fato é justificável, pela existência de um grande número de consultas encaminhado para a UIP (só existente na MBB), como já referi anteriormente, quando descrevi o meu estágio nas consultas de vigilância na Maternidade, especificamente para vigilância quer por adições por parte da mulher e/ou casal; situações de violência; patologia psiquiátrica; condições sociais desfavoráveis, entre outras. Na MDM também existem situações de risco social mas em menor escala, sendo normalmente encaminhados para a MBB.

Neste campo de estágio na MBB, a principal aprendizagem como futura EEESMO foi sem dúvida, centrada na importância de diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido. Deste modo, aquando da chegada da parturiente à sala de partos foi sempre realizado um conjunto de procedimentos tais como a integração na unidade, a colocação do Registo Cardiográfico (RCT), entre todos os outros procedimentos necessários técnicos e humanos, que se justificam para o bem-estar materno-fetal. Junto com as enfermeiras tutoras, houve sempre o cuidado de explicar quais são as etapas do trabalho de parto, bem como de que forma será realizada a vigilância do mesmo, mesmo quando não estávamos presencialmente no quarto, explicando que esta monitorização seria contínua, referindo que o registo cardiotocográfico seria replicado, num ecrã exterior ao quarto, onde toda a equipa poderia analisar, por forma, a minimizar a ansiedade materna e do convivente significativo, para que estes compreendessem que a todo o momento a equipa multidisciplinar estaria atenta à situação clínica materno-fetal.

É imprescindível na área de obstetrícia e especificamente durante a vigilância do trabalho de parto, a identificação e monitorização do risco materno-fetal, assim como identificar as alterações à normalidade que podem ser observadas através do registo cardiotocográfico, mas também através da observação física, nomeadamente no que diz respeito a perceber qual a atitude fetal, variedade fetal, a apresentação, posição e situação. Por exemplo, num trabalho de parto em que a apresentação fetal está em assinclitismo ou occipito-púbica, sabe-se que a descida da apresentação fetal será, geralmente, mais difícil e demorada; bem como, quando no registo cardiotocográfico se verifica pouca variabilidade na frequência cardíaca fetal e/ou com desacelerações graves, com difícil recuperação (indicador de sofrimento fetal). Assim, por vezes é mesmo necessário, a avaliação e decisão do obstetra, podendo ter de ser realizado um parto instrumentado. Segundo Lourenço, Silva, Castro, Veiga & Carvalho (2012, p.256), os obstetras devem usar a ventosa obstétrica quando: “segundo estágio do trabalho de parto prolongado; estado fetal não tranquilizador; encurtamento eletivo do segundo estágio do trabalho de parto e exaustão materna”.

No que diz respeito ao estágio efetuado na UCIN, verifiquei que há humanização dos cuidados e individualização dos mesmos, pois nesta unidade as crianças são tratadas pelo seu nome próprio. Quando existem meninos com o mesmo nome, o RN (recém-nascido) é tratado pelo seu apelido de família. Existe ainda o cuidado de colocar identificação do RN com o nome da sua progenitora, bem como “folhas de reforço positivo”, discriminando o sucesso alcançado pelos pais ou RN, por exemplo um

pequeno papel a congratular os pais por terem realizado Canguru com o seu filho, ou a parabenizar o bebé por ter saído da incubadora e ter passado a berço, o que se torna muito significativo para os pais, ou familiares do RN e auxilia na vinculação dos mesmos. Como é mencionado no Programa Baby-Friendly Initiative (BFI), um programa promovido pela OMS e UNICEF, que preconiza um esforço global, para melhorar o papel dos serviços da maternidade, permitindo que as mães amamentem os seus filhos para um melhor começo de vida (UNICEF, 2018), também na prematuridade, o investimento por parte dos EEESMO na área do aleitamento materno é basilar, tendo em conta que na primeira hora de vida do bebé e sempre que esta seja uma vontade dos pais, são incentivadas as mães a amamentarem ou a extraírem mecanicamente o seu leite para ser administrado ao seu bebé e cada gota de leite é recebida pela equipa com alegria e entusiasmo e fará diferença na vida do pequeno ser e incentivada aquela mãe /pai a vincular-se, também através desta estratégia. Quando não é opção o aleitamento materno, a vinculação é promovida, através da criação de laços, como por exemplo através do método supra-citado, método Canguru, sempre que possível. No Método Canguru, o bebé é mantido ligeiramente vestido, na posição vertical, preconizando-se que mãe e pai fiquem em contacto direto pele com pele, cerca de duas horas. Este método permite o toque e promove-se o processo de vinculação, e numa fase em que o prematuro esteja clinicamente estável, a temperatura do RN é garantida pelo calor emanado pela mãe.

Deste modo, faz parte da intervenção do EEESMO, intervir na promoção da relação entre os pais e o RN como forma de diminuir a ansiedade por parte dos mesmos, e potenciar o crescimento e o desenvolvimento saudável e equilibrado de todas as dimensões, tanto psicológicas, sociais e espirituais, do RN. O contacto dos pais com o RN pode ser promovido através de uma parceria de cuidados. A dificuldade que alguns pais sentem em compreender as informações transmitidas pelos técnicos de saúde, aliado à vergonha de perguntarem ou assumirem que não entenderam pode desenvolver barreiras de comunicação e conseqüentemente momentos de tensão. É função também do EEESMO promover o contacto entre pais que estejam ou já tiveram na mesma situação. A comunicação entre os enfermeiros especialistas e a família é considerada como fundamental e não se restringe apenas ao que é dito mas também à maneira como é transmitida a informação. A comunicação é importante na expressão de sentimentos e emoções. O momento de comunicação pode favorecer o distanciamento, a hostilidade, a negociação ou o acolhimento.

A promoção do aleitamento materno faz parte também das competências do EEESMO,

e julgo que é uma das áreas onde os enfermeiros especialistas têm maior destaque e autonomia. Assim, cabe ao enfermeiro especialista a avaliação da perda ponderal dos RN, bem como a implementação de um plano alimentar adequado estabelecido em conjunto com a (os) mãe/pais. Claro que esta questão é também avaliada pelo pediatra de serviço, mas que por norma apenas confirma a nossa boa prática, uma vez que o EEESMO tem competências para avaliar, monitorizar e implementar medidas autonomamente relativas à amamentação sem que neste caso haja necessidade de intervenção do pediatra. Se, porventura, o EEESMO considerar que há necessidade de avaliação da pediatria, devido a questões que ultrapassem as suas competências/área, esta atividade será interdependente.

Relativamente ao estágio desenvolvido na unidade de internamento de puérperas / RN pode verificar-se que a maioria das puérperas demonstravam o desejo de amamentar, e que faziam de tudo para manter o aleitamento materno, mas sempre respeitadas as que não o pretendiam. No entanto, por razões sociais/familiares algumas mulheres acabavam por nos revelar que o faziam essencialmente, por forma, a agradar alguém. Nestes casos, durante o EC foi oferecido sempre todo o apoio e esclarecimentos possíveis, para que se evitasse qualquer tipo de sentimento de culpa por parte das puérperas quando algo no processo de amamentação falhava por algum motivo. Quando me percebia que existia oportunidade e sempre que a puérpera assim permitia, era abordado o assunto de aleitamento materno e do não fundamentalismo, em conjunto com os conviventes mais próximos ou significativos, como pai do RN e avós, em geral, desmistificando a obrigatoriedade no aleitamento materno, quando do outro lado temos uma mãe emocionalmente fragilizada, com dor e ansiosa cada vez que amamenta, o que por vezes antecede estados depressivos ou de frustração materna. Nestes casos tentava sempre e em primeiro lugar abordar a mulher de forma privada, tentando compreender que tipo de dor tinha, e tentando arranjar estratégias em conjunto com a mesma para as ultrapassar, bem como compreender se mantinha vontade de amamentar, disponibilizando-me para a apoiar nas próximas mamadas do bebé, se assim fosse a sua vontade e também encontrar alternativas para tratar dos problemas encontrados, como maceração e/ou fissuras nos mamilos, recorrendo a ensinamentos, como por exemplo, acerca de aplicação de alguns produtos benéficos para a regeneração da pele macerada, e arejamento natural da mama posteriormente ou através de conchas de amamentação. Na eventualidade da mulher pretender continuar a amamentar, mas estar sem condições no momento para o fazer, sugerir uma pausa na amamentação, retomando a mesma logo que se sentisse capaz, quer fisicamente, quer psicologicamente.

No caso em que o motivo para a não amamentação fosse simplesmente, a mulher sentir-se pressionada pela sua família, por exemplo, realizaria escuta ativa e demonstraria compreensão e posteriormente abordaria a família/convivente significativo, no sentido de apoiarem a decisão tomada pela mulher, salientando que este é um momento frágil para a mesma e, deste modo deverá ser conduzido com as menores interferências possíveis e isento de julgamentos, relembrando que o mais importante é que o bebê cresça com uma mãe saudável quer física, quer psicologicamente.

Por outro lado, sempre que a mulher sentia vontade de amamentar, mesmo que houvesse dificuldades inerentes ao processo de amamentação, todo o apoio/estratégias e ferramentas foram colocadas ao alcance das puérperas com quem pude trabalhar estas questões.

A amamentação é vivenciada de forma ímpar, pois a mulher terá novas experiências a cada filho, podendo desfrutar de sentimentos bons e agradáveis, mas também podendo vivenciar sentimentos menos bons e stressantes, principalmente quando encontrar situações de imposição de familiares e amigos na sua decisão de amamentar ou não o seu filho. Esta situação foi-me relatada por várias puérperas ao longo do meu estágio na UIP/OA.

Pude constatar que é frequente que as informações fornecidas às mulheres sobre a amamentação por profissionais de saúde, familiares e amigos, muitas vezes, entram em conflito com as necessidades e perceções maternas, pelo que quando as mulheres me verbalizavam o seu descontentamento acerca desta questão tentava identificar as suas reais necessidades e dar resposta às mesmas. Por exemplo, recordo-me que numa situação de mama cheia a dificuldade sentida pela mulher era a pega do RN naquele “novo estado” que a mama apresentava e não o que deveria realizar para alívio da mesma.

O período após o parto é o momento em que ocorrem intensas modificações físicas e psicológicas nas mulheres num curto espaço de tempo. Juntas, essas características contribuem para aumentar a insegurança da mãe em relação aos cuidados necessários para garantir a saúde do seu bebê e dela própria nesta fase inicial da maternidade. No entanto, não só a mulher/mãe comporta com este novo papel, pois toda a tríade mãe/pai/bebé estão englobados nesta transição. Assim no estágio de puerpério foi preponderante avaliar as necessidades da mãe/pai/bebé para da melhor forma puder dar a resposta mais adequada.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), o EEESMO integra o perfil de competências comuns e competências específicas, definindo-se como entidade beneficiária dos cuidados de enfermagem da especialidade de EEESMO a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa - ser sociável e agente intencional de comportamentos - é um ser único, tem uma dignidade própria e o direito de autodeterminar-se. A mulher deve, assim, ser entendida na sua perspetiva individual, tendo em consideração a inter-relação com os seus conviventes significativos e com o ambiente. Numa perspetiva coletiva como grupo-alvo de cuidados, a entidade beneficiária dos cuidados de enfermagem deve ser entendida como o conjunto de mulheres em idade fértil, unidas pela partilha de condições e de interesses comuns.

Os EEESMO acompanham o ciclo de vida das mulheres até ao climatério, tendo um papel impactante quando bem estruturado e quando as competências dos mesmos são desenvolvidas junto deste grupo alvo. De facto, torna-se essencial que cada enfermeiro especialista, ao longo do seu percurso de aprendizagem, desenvolva e consolide as suas competências, tanto as específicas da sua especialidade, como as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas.

Neste capítulo são apresentadas as atividades desenvolvidas durante o estágio, tendo por base de organização as competências comuns e específicas do EEESMO.

No que diz respeito ao domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, pude, ao longo do estágio, desenvolver a responsabilidade profissional, ética e legal nos diferentes contextos e situações que surgiram no âmbito dos cuidados prestados.

A preocupação das diferentes equipas em que me inseri com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados permitiu-me compreender e aplicar, com evidência científica, melhorias nos cuidados, como se pode constatar ao longo das diversas situações descritas de seguida.

Existiu a oportunidade de compreender e participar na gestão das diversas unidades onde realizei estágio. Dentro desta competência, é destacado o planeamento de projeto de um Cantinho da Amamentação e a sua implementação que pude realizar na UCSP

de Cantanhede que foi concebido e implementado.

O desenvolvimento de aprendizagens profissionais foi transversal a todo o estágio, sendo constante na prática clínica, promovendo a melhoria dos cuidados especializados de EEESMO.

2.1 CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E DURANTE O PERÍODO PRÉ- CONCECIONAL

Relativamente a esta competência, ao longo dos diferentes estágios, houve a oportunidade de participar e realizar consultas de planeamento familiar (PF), aconselhando e ajustando métodos contraceptivos, onde foram desenvolvidas oportunidades de cuidar da comunidade que ali é assistida. Na UIP, inserido no estágio nas consultas externas, atuei ao nível do PF (em consultas pré-concepcionais), apesar destas serem em número reduzido.

No âmbito do PF, essencialmente na UCSP pôde verificar-se ao longo do EC que são as mulheres que são assíduas nesta consulta e os homens mesmo que interessados no planeamento da sua família, deixam para as mulheres esta questão, pelo que foi elaborado um folheto informativo, com tópicos explicativos, para que a comunidade compreendesse a quem são destinadas as consultas de planeamento familiar, que o planeamento da família não é meramente da responsabilidade da mulher e que nestas consultas não são abordados temas como o da contraceção. Assim, enquanto futura EEESMO encaro como basilar a necessidade de os homens se envolverem mais nestas consultas e que as famílias em geral compreendam a importância da mesma.

O planeamento familiar está intrinsecamente relacionado com o género, onde fatores históricos são culturalmente e socialmente adquiridos, segundo Melo, Costa e Ferreira (2014).

“O planeamento familiar vivenciado enquanto direito deveria possibilitar condições para a vivência da sexualidade de forma consciente e segura, desvinculado da reprodução, com possibilidades de diálogo, conhecimento e acesso a meios para a concepção e anticoncepção, compondo uma decisão consciente, da mulher, do homem e do casal” (Melo, Costa & Ferreira, 2014,p.396).

2.2 CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL

Relativamente aos cuidados inerentes à mulher no período pré-natal, houve oportunidade de assistir e realizar consultas a mulheres que se encontravam nos diferentes trimestres de gravidez, tanto ao nível dos cuidados de saúde primários, como inserido na consulta da maternidade e na UMMF.

Durante o estágio de vigilância da gravidez, foram desenvolvidas aulas de preparação para o parto. De salientar, que foi com agradável surpresa que pôde ser presenciado uma elevada presença e participação dos pais e/ou familiares nas sessões realizadas, onde houve a oportunidade de realizar ensinamentos, esclarecer dúvidas, realizar dinâmicas construtivas ao processo de aprendizagem, tanto no projeto Terna Aventura (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra), como no programa de preparação para o parto realizada na UCSP onde realizei o estágio. Foi identificado algo sugestivo de mudança ao nível das consultas de enfermagem da vigilância da grávida, na UIP. Relativamente ao espaço físico, onde apesar da consulta à grávida se realizar individualmente, são consultadas duas grávidas em simultâneo na mesma sala, por duas enfermeiras diferentes. Assim, por mais excelente que seja o desempenho das profissionais que lá trabalham, esta lacuna fica sempre presente, mesmo quando o tom de voz é baixo e a informação confidencial não é referida ali, contudo, é passível sempre de pôr em causa a comunicação entre enfermeira/utente e ainda impede assim a presença de outras pessoas significativas para aquela grávida num momento em que seria útil o casal ou outra pessoa de referência para a grávida estar em conjunto com a mesma. De salientar, que a gestão que é feita para minimizar esta falha por parte das enfermeiras especialistas que lá trabalham é de grande valor, contudo, falha a questão basilar do direito à privacidade. Foi por mim deixada a sugestão de criar uma nova sala, para consultas de enfermagem no espaço onde se realiza a preparação para o parto e formações de serviço, redimensionando o mesmo espaço e assim criando duas áreas, para consultas e mantendo um amplo espaço para formações de equipas e preparação para o parto (a ideia foi bem aceite pela minha enfermeira tutora que referiu que iria deixar a sugestão à enfermeira gestora).

Nas consultas de vigilância da gravidez, tive um vasto número de oportunidades especificamente em mulheres com gravidez de risco: presença de diabetes gestacional, grávidas portadoras de infeções, grávidas com hipertensão, grávidas com necessidade de repouso absoluto por ameaça de parto pré-termo. Estas várias oportunidades, e ritmo

alucinante que foram vivenciadas na UIP, despoletou a vontade de avançar rapidamente e aproveitar todas as oportunidades. No início, e depois de toda a integração com a equipa, de enfermagem, médica, assistentes operacionais e administrativos e apresentação do espaço físico, foram iniciadas com a validação por parte da minha tutora de imediato as consultas de vigilância e realização de exames pré-natais, esclarecendo todas as dúvidas que foram surgindo e fazendo revisão e atualização de conhecimentos, sempre que considere pertinente, por forma, a relembrar alguns conteúdos. Deste modo, foi alcançada maior segurança e confiança quer para compreender, identificar e diagnosticar os focos de atenção, alvo dos meus cuidados, para posteriormente poder, se necessário, transmitir/ensinar conhecimentos às grávida/família e assim também prestar cuidados de qualidade. Segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros (2019), foi também alvo da minha atenção a promoção para o plano de parto, aconselhando e apoiando a mulher na decisão; bem como informei e orientei a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco para eventual necessidade de recorrerem ao serviço de urgência. De salientar também que neste estágio tive a oportunidade de monitorizar a gravidez; concebi, planeie, implementei e avaliei intervenções à mulher grávida com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez; promovi sempre a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade. Concebi, planeie, coordenei, supervisionei, implementei e avalio programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável no âmbito do projeto “Terna Aventura” na Escola de Enfermagem, que decorria em paralelo com o estágio, bem como colaborei com as aulas de preparação para o parto na MBB.

Nas consultas de vigilância de gravidez e sempre que a grávida/casal grávido foi demonstrando interesse na amamentação, realizados ensinamentos, com demonstração de conhecimentos, através de imagens ou modelos em três dimensões, das técnicas corretas a utilizar na altura em que vai amamentar. Considero que a UIP tem um “esquema” facilitador para orientação da nossa consulta, que não retira a individualidade subjacente a cada consulta de cada grávida, mas que guia a EEESMO por forma, a mais facilmente abordar os temas que faltam abordar, tendo os temas divididos por gavetas, onde se insere material informativo, como folhetos, com informação clara, que pode complementar/ reforçar o ensinado/ abordado na consulta.

As grávidas assistidas na MBB, podem desde cedo perceber que irão ter apoio também no futuro em relação aos EEESMO, se assim o necessitarem, relativamente à

amamentação e cuidados com as mamas, quer presencialmente, quer pelo telefone, através do “Cantinho da Amamentação” que garante esse mesmo apoio até ao 6º mês de vida do bebé, com a finalidade de estabelecerem a amamentação o mais precocemente possível e resolverem eventuais problemas, para a manutenção da amamentação pelo máximo tempo possível.

Foi também introduzida a temática no Programa de Preparação para o parto da UCSP, relativa à técnica da massagem do períneo, com a realização de panfleto ilustrativo e explicativo (Apêndice 2), aprendido nas aulas do CPLEESMO (Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) para promover a elasticidade dos tecidos do períneo na altura do parto e reduzir o risco de lacerações e até episiotomias.

2.3 CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO

O estágio realizado na Sala de partos decorreu na MBB, com duração de 15 semanas, entre Dezembro de 2016 a Março de 2017.

Durante este período de aprendizagem foram alcançados 43 partos de forma autónoma, com a supervisão das enfermeiras tutoras, que me foram dando cada vez mais autonomia à medida que me sentia mais hábil e com maior destreza e demonstrava também maior segurança e realizados dois partos colaborados, em que acompanhei todo o trabalho de parto, do início ao final, contudo houve a necessidade de intervenção médica para aplicação de fórceps e ventosa, devido à existência de estados fetais não tranquilizadores em ambas os partos e também devido a períodos expulsivos prolongados. Deste modo colaborei com a equipa de obstetras e após a dequitação realizei as episiorrafias de ambas as puérperas e prestei todos os cuidados de conforto e bem-estar à mãe/filho/convivente significativo. O motivo de eu ter realizado as episiorrafias, deveu-se ao fato de ter assistido até ali ao trabalho de parto destas mulheres e assim, apresentar já uma relação de empatia com as mesmas e também por forma a manter a continuidade de cuidados.

Segundo Lourenço, Silva, Castro, Veiga & Carvalho (2012, p. 256) como referido por American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2000), as indicações para o parto auxiliado por ventosa são, quando: “Segundo estágio do trabalho de parto prolongado; estado fetal não tranquilizador; encurtamento eletivo do 2º estágio do

trabalho de parto; exaustão materna (subjetiva e não bem definida)".

Julgo que, enquanto futura enfermeira especialista, neste estágio aprendi e agi conforme as competências de um EEESMO, realizando o preconizado, através do esclarecimento de dúvidas acerca dos vários métodos e estratégias farmacológicas e não farmacológicas, para redução da dor, através do planeamento, implementação e avaliação de intervenções de conforto à mulher e convivente significativo. Zelei também por manter um ambiente seguro e o mais tranquilo possível, essencialmente quando se verificava ansiedade materna, ou quando se tiveram de tomar decisões em conjunto com a equipa médica, como por exemplo de cesariana emergente, e deste modo, julgo ter dado sempre uma resposta eficientemente rápida, mas também humanizada, quer para a parturiente, quer para o convivente significativo.

Na assistência a uma parturiente e convivente significativo na sala de partos, prezei por estabelecer uma relação empática e de confiança, para promover uma maior segurança face aos cuidados de enfermagem, pois julgo que assim é mais fácil a colaborar com a parturiente e também com o seu convivente significativo. Disponibilizadas sempre que possível, as diferentes estratégias não farmacológicas (como a utilização de música durante o Trabalho de Parto- TP, sempre que a parturiente o solicitou; massagem lombar sempre que foi possível, posicionamentos diversificados (essencialmente até à grávida realizar anestesia epidural e deste modo ter total sensibilidade e força nos membros inferiores, podendo até lá colocar-se em posições de conforto, usar bola de pilates, caminhar, etc). Estas são intervenções autónomas e que fazem toda a diferença na nossa profissão e na dinâmica do trabalho de parto e dor/conforto da mulher grávida.

O Plano de Parto (também chamado de Plano de Nascimento ou de Plano de Preferências de Parto) regista as preferências da grávida para o trabalho de parto, parto e pós-parto. Segundo a Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher da Gravidez e Parto (2015), elaborar o plano ajuda a grávida a perceber o que acontece em cada fase do trabalho de parto e organizar as suas ideias, assim como partilhá-las com o acompanhante escolhido, que ficará ciente das suas escolhas e de como poderá agir quando chegar o momento. Conversar sobre o plano de parto com o prestador de cuidados de saúde permite colocar questões e perceber o que pode ser possível. Permite ainda sensibilizá-lo para as prioridades da mulher e dar-lhe a hipótese de a conhecer, bem como aos seus sentimentos e expectativas. Flexibilidade é a palavra-chave, para todas as partes intervenientes: um plano de parto é isso mesmo, um plano. Linhas orientadoras que poderão ou não acontecer, dependendo do decorrer do

trabalho de parto e do estado da mãe-bebé. O parto pela sua natureza é um evento impossível de prever e onde tudo pode mudar de repente. Como tal, é importante a grávida encarar o Plano como desejos e não como um conjunto de regras que serão seguidos à risca. O plano deverá estar delineado desde as consultas de vigilância de gravidez, mas poderá ser alterado verbalmente pela mulher, no momento do parto, se assim o pretender (Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher da Gravidez e Parto, 2015).

O Plano de parto é uma realidade existente já em Portugal, com legislação em Diário da República nº172/201º, série I, artigo 15º - E, que afirma que:

“ Os serviços de saúde que acompanhem mulheres grávidas ou casais garantem o seu direito a um plano de nascimento, salvo se os mesmos declararem expressamente que não pretendem ter um plano de nascimento.” (p.98)

Assim, cada grávida/família acaba por ter as suas próprias expectativas, expressando aquilo que é a sua vontade e desde que esta seja uma expectativa ao acesso dos nossos serviços hospitalares, este não tem porque não ser cumprido. Deste modo cumpre ao EEESMO colaborar com o casal grávido (se for o caso) na elaboração do plano de parto, tal como eu também fiz no meu estágio de vigilância de gravidez na MBB, salvaguardando,

“a real e correcta informação adquirida pelo casal relativamente à expectativa e desejos apresentados no mesmo, a sua exequibilidade, tendo por base o constante bem-estar materno-fetal. Sendo dever do EEESMO salvaguardar o bem-estar materno-fetal, tendo em conta as liberdades de escolha (informada) das mulheres/famílias quanto ao seu projecto de parentalidade e de parto, e estando ele presente ao longo de todo o processo de gravidez/ parto e pós- parto, é da competência do EEESMO fomentar a realização do plano de parto/parentalidade tanto na consulta de vigilância pré-natal como nos Cursos de Preparação para o Nascimento, se tal for o desejo dos casais que têm ao seu cuidado. Desta forma, o EEESMO estará a contribuir para a melhoria dos indicadores de qualidade propostos para a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A excelência dos cuidados a prestar pelo EEESMO na sala de parto exige

a observação do plano de parto/ parentalidade apresentado pelos casais. O não cumprimento desta conduta viola o Código Deontológico dos Enfermeiros”(Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.2)

À chegada da sala de partos, e após acolhida a grávida e convivente significativo consultei sempre o processo da utente e verifiquei da presença ou ausência de plano de parto e quando na presença do mesmo, fi-lo cumprir. Na ausência do mesmo, a mulher era questionada acerca das expetativas (informando-me das suas escolhas e preferências acerca do parto, bem como de todas as intervenções que de forma alguma, gostaria de ver realizadas) e foram sempre respondidas todas as questões, bem como era informada acerca de todos os procedimentos que habitualmente seriam esperados acontecer, como por exemplo puncionar uma veia e colocar um cateter, e para todos os procedimentos seria sempre pedido o seu consentimento livre, esclarecido e informado sobre o qual iria tomando decisões.

Quando as mulheres apresentavam um plano de parto escrito no seu processo ou nos referiam de imediato que tinham delineado um plano de parto, este era devidamente consultado e em conjunto com a mulher e convivente significativo era explicado que tentariam ser cumpridas as expetativas expostas pela grávida e só não seria cumprido se algum dos itens em determinado momento do trabalho de parto (no que diz respeito à sala de partos) pusesse em causa o bem-estar do feto e da mãe. Em todos os momentos respeitei a vontade da mãe/ casal ou convivente significativo, bem como as suas expectativas.

Sobre a amamentação, esta também é uma área autónoma dos EEESMO. Verifica-se, efetivamente que a maioria das mulheres demonstra vontade em amamentar, contudo, e apesar de existirem cada vez mais casais a frequentar cursos de preparação para o nascimento, continuam ainda a apresentar muitos mitos e crenças sobre o assunto, sendo um dos papéis do EEESMO, conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de apoio, promoção e proteção do aleitamento materno, tendo sido também esta uma preocupação sempre que as mulheres manifestaram vontade em amamentar ou questionaram acerca do tema. Assim, na sala de partos, todos os bebés em que as mães pretenderam amamentar e que reuniam condições para que tal acontecesse (mãe/bebé), foi sempre promovido o aleitamento materno, estabelecendo o 4º passo da iniciativa do Hospital amigo dos bebés, auxiliando as mulheres a iniciar o aleitamento materno na primeira hora de vida do bebé (UNICEF (s.d.), através do contato precoce pele a pele dentro da primeira hora de pós-parto. É

essencial que os enfermeiros especialistas invistam e se dediquem a observar o comportamento inato do RN após o nascimento e envolvam os pais na fase do contato pele com pele, para que os mesmos compreendam os benefícios que este tem para o desenvolvimento do seu bebê. Neste primeiro contato com o bebê, podem observar-se os 9 Estádios de Widstrom, para que deste modo se possam identificar e solucionar eventuais problemas na primeira hora de vida e por forma a conhecer o comportamento normal do RN, através do choro ao nascimento; relaxamento; despertar; atividade; descanso; rastejar; familiarização; sucção e sono (Nogueras, Ménendez & Castilla, 2016).

Na primeira mamada verifiquei sempre os sinais de prontidão. Segundo Calegari, Barbieratto, Fujnaga, Fonseca, Oliveira & Leite (2016),

“Dentre as ações de apoio ao aleitamento materno recomendadas, é de fundamental importância a observação de cada dupla mãe-neonato durante uma mamada. Essa atividade tem sido proposta para identificar mães e bebês que necessitam de apoio suplementar, tendo sido proposto pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância um formulário de observação da mamada para orientar essa atividade, o qual contém os “sinais de que a amamentação vai bem” e “sinais de que a amamentação não vai bem” referentes a essa avaliação entre diferentes domínios: postura corporal, respostas do recém-nascido, vínculo emocional da mãe, anatomia da mama materna, sucção do recém-nascido e tempo gasto na sucção”. (p-444-450)

Um EEESMO deve diagnosticar situações que estejam fora do desvio padrão normal, e que ultrapasse a nossa área de intervenção e neste caso reportando sempre que o considerar necessário à equipe médica. Para isso é efetivamente necessária a correta monitorização do TP e avaliação contínua de todo o contexto clínico durante o internamento. Houve a oportunidade, algumas vezes, de diagnosticar algumas situações clínicas, que foram preponderantes na tomada de decisão, validando sempre com a minha tutora ou enfermeira que estava a acompanhar-me, como por exemplo quando verificado no registo cardiotocográfico, bradicardiardias fetais graves, que aconteciam após contração uterina sem capacidade de recuperação; período expulsivo arrastado (superior a duas horas), com visível exaustão materna; líquido amniótico meconial e frequência cardíaca fetal com pouca variabilidade.

Infelizmente, algumas grávidas também passaram por perdas fetais e foram assistidas com dignidade e respeito. Foram também assistidas mulheres com ameaças de aborto, e a estas mulheres para além da vigilância necessária, necessitam fundamentalmente de acompanhamento psicológico/emocional. Para acompanhar estas mulheres, proporcionei sempre escuta ativa, permiti em conjunto com as minhas tutoras e equipa multidisciplinar o apoio familiar e a presença do convivente significativo.

Algo que também me sensibilizou neste estágio foi o facto de uma grávida com 23 semanas de gestação, ir para a sala de partos, para ser sujeita a IMG (interrupção médica da gravidez), por feto com o diagnóstico de agenesia do corpo caloso. Nessa altura, atenuei os sons dos registos cardiotocográficos dos restantes quartos, explicando indiretamente essa necessidade, sem nunca pôr em causa estas parturientes e bem-estar fetal. Apreciei também a atitude humanizada de toda a equipa e sensível no cuidado com esta senhora sujeita a IMG. Em análise, a intenção de levar estas mulheres para a sala de partos, para permitir a possibilidade de um parto sem dor, com recurso à analgesia epidural, o menos traumático possível, no entanto, neste caso, de forma imprevista, o parto aconteceu logo após a transferência para a cama da sala de partos. Colaborei ao máximo com a colega responsável por aquela parturiente e senti que tivemos uma atitude assertiva e profissional. Criticamente, espero que quando existir uma nova maternidade na cidade de Coimbra, que o CHUC pretende construir de raiz, seja uma maternidade sensível a estas situações e de preferência criem desde logo, um espaço/sala específica com condições adequadas, onde estas senhoras possam expulsar o feto, sem dor, sem que se corra o risco de ouvir um bebé a nascer e num local que não diga “Sala de Partos”, pois só este letreiro incomoda a grávida e família, nestes casos.

É no luto essencialmente patológico que devemos orientar e encaminhar para profissionais que o possam tratar, como psicólogos e/ou psiquiatras. No entanto, o apoio psicológico mesmo quando o luto é considerado “normal” só traz benefícios e evita a maior probabilidade de entrada num luto patológico, e para este fim temos de desempenhar as nossas competências em todas as circunstâncias. Deste modo, umas das competências do EEESMO baseia-se em conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2019), pelo que se prendeu com uma das minhas atividades ao longo deste EC, sempre que tive oportunidade - Concebendo, planeando, implementando e

avaliando intervenções de apoio à mulher, incluindo a permanência do convivente significativo, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal. Foi sempre disponibilizada escuta ativa; gerida a dor da mulher com medidas farmacológicas e não farmacológicas (minimizando a dor e desconforto); providenciado com a equipa da materno fetal, sempre que possível, uma unidade (com uma cama única), por forma, a que a mulher não seja posteriormente internada no serviço de puerpério, não estando sujeita a ouvir bebés a chorar, garantindo um espaço restrito e privado ao máximo. Foi sempre questionada a mulher acerca da vontade de ser acompanhada pela psicóloga, bem como o seu companheiro/a. Em todos os casos que acompanhei, optaram pelo acompanhamento da psicóloga clínica.

Quando ocorre o nascimento, é também crucial assegurar os cuidados imediatos ao recém-nascido (RN), e ter presente sempre a eventualidade de reanimação do recém-nascido em situação de emergência. No decorrer do estágio poucas vezes houve necessidade de reanimar o RN, no entanto eu não tive a possibilidade de colaborar na mesma, devido ao número elevado de profissionais na mesma sala, pelo que colaborei com a equipa realizando os contactos necessários e posteriormente levando o RN já monitorizado e estabilizado para os cuidados intensivos, em incubadora, e aí colaborei na operacionalização de todos os circuitos, bem como primariamente salvaguardei junto com a minha tutora o transporte em incubadora com temperatura e FiO₂ (frações inspiradoras de Oxigénio) adequados.

Foi gratificante perceber que em casos pontuais, identifiquei alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido.

No que diz respeito à competência específica “providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto”, assegurei de uma forma sistematizada o apoio emocional/psicológico à parturiente/convivente significativo, através da escuta ativa, através de técnicas de distração, e também muitas vezes apenas através da presença e do toque, que segundo as utentes têm um valor preponderante nesta etapa em que o medo e a ansiedade tomam posse. Segundo a OMS (2014), mais ações são necessárias para apoiar as mudanças na conduta dos profissionais de saúde, nos ambientes clínicos e sistemas de saúde, para garantir que todas as mulheres tenham acesso à assistência respeitosa, competente e atenciosa.

Durante o estágio participei num parto onde houve retenção da placenta, pelo que a

utente teve de ir ao bloco operatório fazer a extração da mesma. São raros os casos de retenção placentar, mas como sabemos podem surgir. Neste caso, em conjunto com o enfermeiro especialista que tutelava a minha prática tomámos as medidas necessárias e tranquilizámos a parturiente/família e levámo-la de imediato para o bloco, cumprindo assim outra das competências do EEESMO.

No decorrer do pós-parto, monitorizei também sempre a mulher, principalmente na primeira hora após a dequitação, por forma, a prevenir hemorragias e mantive a vigilância de sinais vitais para despiste de eventuais alterações hemodinâmicas, com inerente vigilância da contratilidade uterina. O 4º estágio de trabalho de parto é também o momento para verificarmos o exame da placenta, cordão umbilical e membranas, indispensável, imediatamente após a expulsão, principalmente para me certificar da sua integridade, certificando-me, que não foram deixados restos placentares na cavidade uterina.

2.4 CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL

O estágio de puerpério decorreu no serviço de Obstetrícia A da Maternidade Daniel de Matos, CHUC. Este estágio decorreu de 27 de Março a 30 de Abril de 2017. Durante o estágio também foi evidente que cada vez mais puérperas/famílias participam enquanto grávidas nos cursos de preparação para o nascimento, onde no pós-parto algumas das puérperas já trazem um aporte cada vez maior de conteúdos teóricos, sendo efetivamente uma mais-valia após o nascimento. No entanto, constatei que poucas puérperas conheciam a existência de cursos pós nascimento, existentes nalgumas instituições, que ajudam nesta primeira fase do pós-parto, onde após a alta hospitalar, se ensinam também exercícios de recuperação do pavimento pélvico, muito útil na resolução/prevenção da incontinência urinária e também no reforço do pavimento pélvico, que minimiza a dor no ato sexual (no caso dos partos vaginais). De acordo com Lopes & Praça (2010), “A realização dos exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, durante a gestação, é recomendada para ajudar a prevenir a incontinência urinária durante a gravidez e no período pós-parto” (p. 672).

No decorrer do estágio no internamento de puerpério, verifiquei que é prática do serviço, informar as puérperas/famílias, de que estas, podem no primeiro mês após o parto, solicitar o apoio das EEESMO pelo telefone para solucionar ou encaminhar situações,

dúvidas que surjam no contexto do domicílio. Neste sentido, como futura enfermeira Especialista dei resposta pelo telefone a problemas de possível resolução por esta via, com o conhecimento da minha tutora, relativamente à amamentação, como por exemplo e muito frequente, resolução de problemas com a mama cheia e sinais de mastite, através de ensinamentos (ex. na mama cheia, aconselhando na aplicação de calor húmido antes da mamada e da massagem da mama previamente e posteriormente à mamada do bebé, aplicação de frio. Salvaguardando estas mulheres com mama cheia que, caso ainda estivessem com a mama muito tensa e dolorosa antes da aplicação do frio/gelo deveria extrair manualmente apenas para conforto, explicando da melhor forma como o deveriam fazer, reforçando que esta medida seria apenas para o seu conforto e não para esvaziar a mama) e encaminhando para a urgência da maternidade sempre que considerarei não ser de possível resolução por esta via.

Segundo as novas orientações, da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (2019), acerca das Boas Práticas em Aleitamento Materno, atualmente trataria a mama cheia prevenindo o Ingurgitamento mamário, como referi anteriormente, à exceção da utilização de gelo no final da mamada “Após a mamada aplicar compressas frias ou folhas de couve frias” (p.6).

Ser enfermeiro especialista, é não só ser autónomo nas intervenções, mas também na tomada de decisão e no reconhecimento de situações que estão para lá da nossa área de atuação. Num dos turnos que realizei, na passagem de turno foi-nos relatada uma situação de atonia uterina, numa puérpera acabada de chegar da sala de partos na qual era necessária ser avaliada pelos obstetras de serviço, pelo que imediatamente ao receber toda a informação acerca da situação, tive a oportunidade de prestar cuidados diretos e imediatos nesta emergência obstétrica, com supervisão da minha tutora. Desde punção de acesso periférico adicional, colheita de sangue, administração de fármacos, início de transfusão de componentes sanguíneos e manobras uterinas, pude participar de forma ativa em todos os procedimentos. A atonia foi, felizmente, resolvida, e o útero respondeu bem à ocitocina que já se encontrava em perfusão. A nível do colo foi inspecionado de novo, no entanto não foram identificados outros focos, que justificassem a hemorragia. Com isto, pretendo dizer que o trabalho em equipa e a rápida atuação é fundamental para que tudo corra pelo melhor, tal como a perceção de quando é necessária a intervenção de outros profissionais.

2.5 CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE DURANTE O CLIMATÉRIO

Para cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período de climatério, é fundamental compreendermos as alterações inerentes, quer físicas, biológicas ou psicossociais. Assim, segundo Giacomini & Mella (2006) a menopausa ou climatério é uma fase da vida na qual as gónadas femininas cessam a sua função e em que ocorre o último sangramento cíclico. A deficiência de estrogénio foi considerada por muitos uma condição fisiológica, e não patológica, provavelmente porque a insuficiência ovárica é geneticamente programada. Embora esta deficiência seja tratável, menos de 20% das mulheres pós-menopáusicas recebem estrogénio. A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) é recomendada para o alívio de vários sintomas como tratamento da atrofia vaginal, prevenção da osteoporose e melhoria dos sintomas vasomotores, contudo 70% das mulheres cessam o tratamento após o primeiro ano.

Durante o período do climatério, um número significativo de mulheres experimentou múltiplos e intensos sintomas, enquanto outras apenas dão conta de perturbações mínimas ou nem sequer apresentam qualquer queixa.

Após toda esta análise e pesquisa bibliográfica, foi importante também perceber qual o impacto que esta fase da vida traz às mulheres e de que forma elas transitam para uma menopausa bem vivida, de bem-estar, e de que forma os EEESMO, podem auxiliá-las na cedência de ferramentas para que estas transitem de uma forma saudável.

A menopausa consiste num processo fisiológico de mudanças físicas e emocionais, caracterizado, por um evento universal presente na evolução de todas as mulheres que atingem a meia-idade representando, portanto, um momento de transição, durante o qual estas alterações são geralmente integradas nas experiências pessoais de cada mulher. Estas alterações são vividas por cada utente de forma única e individual, podendo apresentar traços comuns entre várias mulheres, Silva (2009) estudou o Impacto do Climatério na Qualidade de Vida (QV) e daqui destaco alguns resultados, podendo verificar-se que o fator *Atratividade* foi o pior indicador de QV, enquanto, o aspeto que apresentou melhores níveis foi *Ansiedade*. Na atual pesquisa, os domínios mais comprometidos foram *Atratividade, Memória / Concentração, Sintomas Somáticos, Problemas do Sono e Depressão*, fato que vem ao encontro do estudo de SOUZA et al (2009), *como referido por* Silva (2009) onde concluíram que os domínios mais afetados foram os Sintomas Somáticos, Depressão, Ansiedade/ Temores, Problemas do Sono e

Sintomas Vasomotores.

Com base na análise dos dados dessa pesquisa, os níveis de Ansiedade/Temores apresentaram significativa variação em função das intervenções as quais as mulheres foram submetidas, com isso podemos inferir, que os sintomas de Ansiedade / Temores nas mulheres histerectomizadas, e que realizam THS (Terapia Hormonal de Substituição), é significativamente menor.

No que concerne a análise da Atratividade, na presente pesquisa os níveis de QV mostraram-se independentes das intervenções as quais as mulheres foram submetidas, ou seja, não aponta para qualquer variação do domínio Atratividade em função dos tratamentos. Não corroborando com os achados de SOUZA et al (2009) como referido por MARTINS et al (2009) onde se observou que a THS apresentou impacto positivo sobre alguns domínios da Qualidade de Vida.

A pesquisa realizada por Silva (2009) traz-nos também notícias ótimas, que revelam que mulheres no climatério com atividade física regular tendem a manifestar menos sintomas somáticos e uma melhoria do humor, afinal o exercício físico atuaria estimulando a secreção de endorfinas hipotalâmicas, substâncias que promovem a sensação de bem-estar (Lorenzi et al, 2008; Freitas et al, 2004). Com isto, podemos inferir que a prática de atividade física minimiza algumas das queixas somáticas que as mulheres na menopausa apresentam.

Em relação aos níveis de Depressão, o presente estudo observou que 95% do conjunto apresentam níveis de depressão elevados. No que tange a sexualidade, a pesquisa em questão evidenciou que face aos tratamentos aos quais foram submetidas (THS e Histerectomia), ambos não apontam para alguma variação significativa do comportamento sexual, ou seja, a satisfação sexual dessas mulheres foi baixa, independente do uso ou não de hormonas, e de terem ou não sido submetidas a histerectomia. Sendo que numa pesquisa realizada por Estrela & Martins (2006) como referido por Souza (2009) com mulheres submetidas a histerectomia e a TRH, 52% das mulheres não notaram alterações do desejo sexual, além de que, uma minoria dessas referiu o aparecimento de disfunções sexuais resultantes da histerectomia.

O estudo elaborado por Lomônaco, Tomaz & Ramos (2015), mostrou que os inúmeros sintomas decorrentes da menopausa, mesmo os de menor gravidade, podem alterar a qualidade das relações estabelecidas no trabalho e na família, influenciar o estado de satisfação das mulheres e afetar a sua rotina habitual ou as suas relações interpessoais.

A pouca abordagem antecipada acerca da menopausa, pode gerar dificuldade para enfrentar os desafios que surgem no âmbito familiar e no trabalho e comprometer a auto-estima, os relacionamentos e a qualidade de vida, daí que emerge a necessidade de ação por parte dos Enfermeiros Especialistas nesta área de intervenção, prévia à menopausa e no decorrer da mesma. A minha proposta enquanto futura EEESMO é a criação de um centro de bem-estar, essencialmente dedicado ao feminino, que se dedique não só aos problemas físicos, que surgem em consequência da menopausa, mas também um espaço onde as mulheres possam debater ideias moderado por um profissional capacitado como um EEESMO, onde possam cultivar-se e continuar a sentir-se úteis, trabalhando não na área da saúde mental, especificamente das emoções e da auto-estima e um local onde possamos estabelecer parceria com a vertente desportiva, apropriando também a esta fase da vida.

O estágio de Ginecologia decorreu no serviço de Ginecologia B, e desenvolveu-se durante 3 semanas, de 3 de Outubro a 23 de Outubro de 2016. Neste serviço existem alguns projetos em vigor e dos quais quis fazer parte, no sentido de colocá-los em prática. Um deles é exatamente um projeto na área da menopausa, que tem por objetivos alcançar as metas estabelecidas para auxiliar as utentes individualmente a transitarem para uma menopausa saudável. Desta forma, sempre que existiram utentes em climatério tentei perceber com elas, caso a caso, há quanto tempo estavam na mesma; os efeitos que poderiam ter passado ou estariam a passar; o que pensavam sobre isto; e de que forma estes acontecimentos tinham modificado as suas vidas e nesses casos o que fizeram para ultrapassar da melhor forma possível, estas barreiras.

Acerca da perda de massa óssea, osteoporose, característica da menopausa, e abordada por uma das utentes expliquei e incentivei que é necessária a ingestão de cálcio e vitamina D; esclareci acerca da importância do exercício físico por 30 minutos, três a quatro vezes por semana para manter a boa saúde, sugerindo por exemplo a caminhada.

Relativamente aos sintomas vasomotores, orientei quanto ao uso de roupas leves, e de algodão; esclareci que as alterações de temperatura fazem parte desse período da vida da mulher; orientei para a realização da sua higiene corporal mais vezes ao dia.

No que diz respeito à ansiedade e depressão sentida e diagnosticada em algumas das utentes presentes, esclareci sobre as alterações da menopausa e descrevi-a como um período normal na vida de uma mulher; orientei-as quanto à diminuição das atividades

que levam ao stress; proporcionei um ambiente seguro, confortável, agradável; e reforcei a importância de organizar encontros com pessoas significativas/companheiros abordando o tema para melhor esclarecimento; e alertei para o facto, caso os sintomas sejam agravados de procurarem outro profissional como psicólogo ou psiquiatra.

Todas as utentes presentes nesta “reunião, que foi realizada no contexto de internamento, (proporcionando uma roda de conversa), referiram terem aumentado de peso, e associaram este facto à entrada na menopausa, à exceção da utente que ainda não tinha entrado nesta etapa, pelo que, como futura EEESMO, orientei quanto à necessidade de exercício físico com regularidade; realização de uma dieta nutritiva/equilibrada e controle de peso, e expliquei que deste modo lhes proporcionará um melhor bem-estar físico e emocional; reforçando também que deveriam procurar um nutricionista para controlo de dieta e peso, se necessário.

Posteriormente e de um modo geral, alertei todas as utentes que participaram na roda de conversa que promovi durante o internamento das mesmas, para o facto de que nem todas as mulheres passam pelos mesmos sintomas e que esta fase da vida não deve ser vivida com alarmismo, mas sim procurando com auxílio dos profissionais vivenciá-la da melhor forma. Mencionei, que é fundamental procurarem manter uma boa higiene do sono, realizando atividades menos stressantes no período próximo ao repouso, mantendo o ambiente tranquilo, livre de ruídos que possam interferir no sono.

Dentro dos vários assuntos abordados por mim e nos quais participaram ativamente, dei especial destaque para o isolamento social, salientando para a importância da participação ativa em eventos na comunidade, como por exemplo em assuntos direcionados com a menopausa para melhor esclarecimento sobre o assunto; descrevendo essa fase da vida como marcada por aumento do potencial de conhecimento intelectual pessoal, que deve ser grandemente aproveitado, como por exemplo, se encontrarem na idade da reforma fazerem voluntariado, frequentarem a Universidades Sénior, participarem em grupos corais, entre outros.

Julgo assim, que a criação de grupos de pares geracionais ou inter-geracionais seria uma estratégia que os EEESMO poderiam desenvolver para abranger esta temática, pois são abordados assuntos do interesse de todas e que através das dúvidas de umas esclarecem outras, e conseguimos enquanto especialistas abordar as várias questões de forma simples, auxiliando-as a transitarem saudavelmente para uma nova etapa de vida.

Foram denotadas nas várias entrevistas a estas e outras mulheres, que a THS ainda é muito prescrita e que ainda existe pouca aposta nas alternativas que as mulheres podem investir para melhorar a sua vida em caso de existência de desconfortos no decorrer da menopausa. Direcionar a intervenção autónoma dos EEESMO sobre este assunto é muito importante, e deste modo espero que, com esta pesquisa e formação em serviço possa ter contribuído com o projeto já existente de “Transição para uma Menopausa Saudável”, para uma vida cada vez de maior qualidade na população feminina, que vivência esta fase e que passe da melhor forma o seu Internamento na unidade de Ginecologia.

2.6 CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE A VIVENCIAR PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA GINECOLÓGICA

Como futura EEESMO verifiquei e confirmei de perto que a doença oncológica é uma doença alarmante, pelo que há necessidade de conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica, pelo que para além de realizar educação para a saúde no sentido das mulheres realizarem rastreios do auto exame da mama e do cancro do colo do útero para aquelas que fazia sentido fazê-lo naquele momento, também fiz questão de orientar as mesmas mulheres que cuidei para as diferentes valências na comunidade, como por exemplo, para as mulheres mastectomizadas, encaminhei-as sempre que possível para a Liga Portuguesa Contra o Cancro que voluntariamente ajuda as mulheres que padecem de cancro da mama, com material adequado, onde as mulheres podem encontrar grupos de entreajuda, apoio psicológico e emocional entre outros. Contudo, não descurei de forma alguma a pertinência de realizarei o auto-exame da mama, quer no caso de mastectomizadas, na mama saudável, bem como nos casos de outras doenças oncológicas.

Realizei o meu estágio de Ginecologia, no serviço de Ginecologia B, que decorreu durante 3 semanas, de 3 de Outubro a 23 de Outubro de 2016.

Também neste estágio, tive oportunidade de prestar cuidados a utentes que fizeram mastectomia e apercebi-me que a sua maior preocupação era a “falta de uma mama”. Neste sentido informei e mostrei as próteses de algodão e as próteses de silicone de forma a ajudar estas mulheres a sentirem-se menos vulneráveis e menos mutiladas, pelo menos aos olhos dos outros e sob o ponto de vista da auto-imagem. No serviço de

Ginecologia B, existem diferentes tipos de próteses de silicone e de algodão, onde é explicado às utentes que não deverão comprar as de silicone enquanto a cicatrização e edema não estiverem com total evolução favorável, ou seja, não devem comprar antes da consulta de pós-operatório, que regra geral é após 3 a 4 semanas. É aconselhado até à compra da prótese de silicone uma prótese de algodão só para manter a estética no soutien, pois só depois da remissão do edema, o tamanho real do ex-local da mama será perceptível (tendo em conta que as próteses mamárias são materiais bastante dispendiosos).

Pude assistir e apoiar emocionalmente algumas das mulheres, que pela primeira vez foram confrontadas com a mutilação da sua mama, e a primeira vez que o fiz, foi devastador, por perceber que aquelas mulheres apesar de no momento dizerem que se sentiam preparadas para ver a sutura, não estavam ainda preparadas para ver a sua nova imagem. O apoio emocional é aqui essencial, encorajando a mulher a expressar sentimentos e dando-lhe valor por aquilo que é enquanto mulher e pessoa e quão válida continua a ser, respeitando sempre também os seus silêncios.

Considerarei sempre relevante relembrar às mulheres que apesar de se encontrarem a passar por uma situação de doença, por exemplo de cancro ginecológico, não deveria descurar a prevenção a outros níveis, não só do cancro da mama, mas também com a realização de rastreios adequados às idades das utentes que cuidava, pois as utentes que estão a passar por este processo de doença ficam apenas focadas neste só problema, descurando a procura de saúde a outros níveis.

No que diz respeito ao diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções do aparelho genitourinário /mama julgo ser de pertinente partilhar a minha experiência em EC (Ensino Clínico), face à oportunidade que me foi dada de assistir a uma cirurgia no BO (Bloco Operatório).

2.7 CUIDADOS À MULHER EM IDADE FÉRTIL INSERIDA NA COMUNIDADE

Contactar com as mulheres na comunidade, quer ao nível dos cuidados de saúde primários, quer ao nível hospitalar, deu-me a oportunidade de conceber, planear, implementar e avaliar, nalguns casos em sessões de educação de educação para a saúde com jovens / adolescentes acerca da sexualidade e contraceção (no caso da UCSP, no Centro de Saúde de Cantanhede), com os objetivos de promoção da vivência

da sexualidade de forma saudável e segura; regular a fecundidade para quando houver desejo do casal; preparação para a maternidade e a paternidade responsáveis; reduzir a mortalidade e a morbidade materna numa eventual gravidez, perinatal e infantil; reduzir a incidência das infeções sexualmente transmissíveis e as suas consequências, designadamente, a infertilidade e melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família.

Foram desenvolvidas experiências muito interessantes nas consultas da UIP, essencialmente na consultas de gravidez de risco em adolescentes, pois estas jovens / mulheres para além de serem de risco físico e psicológico, na maioria dos casos necessitavam de intervenção social e apesar de haver um cuidadoso olhar sobre estas “meninas tornadas mulheres” no pós-parto, e destas grávidas serem acompanhadas ainda com mais enfoque, à partida nos centros de saúde da área, julgo que a nossa especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica deveria manter maior ligação com estas jovens mães nos primeiros meses em que estão a passar por esta transição de papéis, mais difícil, geralmente, nestes casos.

Do cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) também faz parte a sensibilização para a importância da vacinação, agora gratuita para o HPV (Human Papiloma Vírus), pois o cancro do colo do útero deve ser prevenido primariamente e as alterações citológicas no colo do útero são habitualmente assintomáticas, bem como as lesões pré-cancerosas e as fases iniciais de cancro. A infeção por este vírus está entre as principais doenças sexualmente transmissíveis e os adolescentes e jovens pelas suas modificações biológicas tornam-se vulneráveis a estas infeções (Guimarães et al, 2010) Assim, participei também no programa nacional de vacinação, na UIP da MBB pois para grávidas saudáveis são necessárias jovens saudáveis.

2.8 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Durante os diferentes estágios identifiquei e reconheci que a presença de um EEESMO torna-se diferenciador nos cuidados que se prestam à utente/ família, pois para além de especializados, são mais direcionados para uma determinada área de atenção, onde a utente/família naquele momento carece de maior cuidado. De destacar, por exemplo, as “Consultas de Planeamento familiar”, onde o EEESMO consegue ser perfeitamente autónomo e eficaz, orientando a mulher/adolescente/ casal, a planear o seu futuro quer

este seja a evitar uma gravidez, realizando contraceção segura, prevenindo as DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), quer orientando para o planeamento seguro e norteado de uma gravidez programada, pois segundo o Parecer do MCEESMO de Março de 2010, os EEESMO devem estar habilitados a informar e a aconselhar corretamente em matéria de planeamento familiar. Esta realidade foi por mim constatada no decorrer do meu estágio em contexto de vigilância da gravidez aquando do estágio da USCP de Cantanhede e Consultas Externas da MBB.

No que diz respeito aos EEESMO e o seu desempenho na sala de partos e UMMF, julgo que estes desenvolvem as competências que lhes são inerentes na sua globalidade e de forma autónoma, no que concerne à vigilância e execução de um parto normal, contudo, por vezes senti, que devido aos protocolos instituídos, no que diz respeito às estratégias de alívio da dor, quando o bem-estar materno fetal está assegurado, poderia ser feito mais pelos EEESMO, na medida em que a mulher assim que entra na sala de partos, de uma forma geral fica “presa” à sua cama, devido à analgesia, que na maioria dos casos, é epidural.

No meu ponto de vista e pelo que constatei, a capacidade de argumentação dos EEESMO com a restante equipa, será a forma de resolução desta questão, nomeadamente com obstetras e anestesistas, baseada em evidência científica, demonstrando as mais-valias para a mulher e bem-estar fetal e conseqüentemente para o desenrolar do trabalho de parto, onde será vantajoso para todos, com maior benefício para o sucesso do trabalho de parto, resultando num nascimento o mais natural possível, dentro de um ambiente “controlado” (monitorizado).

A articulação existente entre médicos obstetras e EEESMO também é crucial na negociação dos cuidados, tendo verificado que consoante a equipa que estava de serviço na sala de partos, por vezes regressava-se a modelos mais antiquados e pelo contrário também existiam equipas que valorizavam muito o trabalho em equipa e o valor dos EEESMO e onde reconheciam que a pessoa alvo dos nossos cuidados é que deve ser o centro dos nossos cuidados.

Saliento a necessidade urgente de envolver a mulher e o casal no processo de decisão de múltiplos fatores relativos ao trabalho de parto e parto, nomeadamente em questões relacionadas com a mobilidade e adoção de posições alternativas, na ingestão alimentar durante o trabalho de parto e no uso de acessórios facilitadores do trabalho de parto, como por exemplo a bola de pilates. Neste âmbito, considero que a realização de um

plano de parto e a sua discussão no local do parto, durante a gravidez, torna-se essencial para proporcionar à grávida e casal uma experiência positiva, para ajustar expectativas e esclarecer qualquer dúvida existente.

Na UCIN, julgo que o trabalho que se realiza como EEESMO é ímpar. De facto, e segundo o Parecer ESMO 3/2010, o EEESMO deve “Examinar e assistir o recém-nascido, tomar todas as iniciativas que se imponham em caso de necessidade e praticar, se for necessário, a reanimação imediata”. Assim, ao longo do estágio, tive a oportunidade de prestar os cuidados imediatos ao RN, realizar o exame físico, promover o vínculo materno e iniciar a amamentação de uma forma precoce, nomeadamente promover o contato pele-a-pele. Considero que nestes momentos o EEESMO pode ter o papel crucial de assegurar que os cuidados ao RN e à puérpera não perturbem ou afetem estas primeiras horas de vida tão importantes para os principais intervenientes no processo: o RN e a mãe/casal.

Um exemplo, segundo o meu ponto de vista, onde se põe em prática as competências do EEESMO, na autonomia e promoção da vinculação mãe/filho, é a existência/criação de programas como “ O Programa MAE”, existente na maternidade onde estagiei, que se destina a todas as grávidas de risco internadas na UMMF, interessadas em integrá-lo e desde que satisfaçam um dos seguintes critérios de inclusão: Ameaça de parto pré-termo, com idade gestacional igual ou superior a 24 semanas; gravidez de termo com patologia e possibilidade de internamento na UCIN. Em qualquer das situações, o parto deve estar iminente ou existir uma forte probabilidade de ocorrência. Os objetivos gerais deste programa baseiam-se na promoção da ligação precoce da grávida de risco internada na UMMF com a UCIN nos seus aspetos estruturais, funcionais e relacionais e na promoção do desenvolvimento do vínculo afetivo entre pais e bebé, ainda durante o período pré-natal. É um facto que a decisão do nascimento destes bebés prematuramente é estritamente médica, contudo é autónomo o acompanhamento que os EEESMO proporcionam às mães, explicando-lhes em que fase de crescimento vão encontrar o seu filho quando nascer, perante as semanas de nascimento previstas, bem como quais serão as competências que o seu filho terá para semanas de vida esperadas. Apresentar a estas mulheres a UCIN antes do seu filho nascer, também do meu ponto de vista é uma estratégia autónoma e que reduz a ansiedade materna/parental, para que quando confrontados com a realidade, seja menos complexo e de mais fácil aceitação.

No que diz respeito ao EEESMO e à prematuridade, considero que o estágio na UCIN

me trouxe de facto uma grande mais-valia, pois o RN até aos 28 dias de vida é considerado da área de especialidade do EEESMO. Quando o RN se encontra estável após o nascimento ou com os parâmetros aceitáveis para estar no puerpério junto da mãe é junto dela que sempre que possível deve estar. No entanto, também existe comorbilidades detetadas nas primeiras horas/dias de vida, que são os EEESMO que detetam e sinalizam/encaminham para serem avaliadas pelo médico. Daí o seu maior aporte em conhecimento especializado na teoria e também na prática e ser assim da maior relevância possuir conhecimentos técnico-científicos especializados.

Acerca das experiências mínimas preconizadas (onde só após a realização das mesmas e com sucesso, é possível a obtenção do título de EEESMO, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE), que está subordinado à posse de um diploma ou certidão do curso de especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica, conferido por um estabelecimento de ensino superior (Diretiva 2013/55/UE; Lei nº26/2017, 30 de maio). No que diz respeito à sala de partos, era para mim motivo de grande preocupação o cumprimento das experiências mínimas, pelo facto da maternidade onde estava a estagiar fazer parte de um Hospital - Escola, ou seja, onde existem sempre grande número de estudantes quer de enfermagem, quer de medicina. Contudo, como já referi anteriormente cumpri o estabelecido, através da ótima colaboração de toda a equipa e excelente organização da Escola de Enfermagem, o que para mim trouxe-me uma grande satisfação pessoal e realização enquanto futura EEESMO.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno fornece nutrientes adequados para manter a saúde, crescimento e desenvolvimento dos bebês, ao mesmo tempo beneficiando também as mães que amamentam. O aleitamento materno (AM) tem muitas vantagens biológicas, afetivas e sociais, exigindo maior investimento em informação e promoção. A criação do vínculo afetivo e toque foram também reconhecidos como facilitadores pelas mães que amamentam (Urbanetto, Gomes, Costa, Nobre & Xavier, 2018). Além da alimentação natural, o AM é a estratégia natural de vinculação, melhorando a qualidade de vida das famílias. Esse aspecto relacionado ao apego, foi citado num estudo em que as 32 mães responderam que a amamentação desperta na mulher um sentimento de apego ao filho, afirmando que a criança amamentada se sente mais segura, principalmente quando em contacto com a mãe (Urbanetto, Gomes, Costa, Nobre & Xavier, 2018). As razões para a manutenção do AME até ao sexto mês de vida, são a defesa e proteção da saúde do bebê, pois o leite materno é rico em anticorpos, que passam da mãe para a criança.

Um dos estudos que Urbanetto et al. (2018) relaciona-se com as dores mais comuns encontradas em mulheres que amamentaram. Assim, em 24 mulheres entrevistadas, nas primeiras 72 horas após o parto, apresentaram mama cheia em 33% dos casos; ingurgitamento mamário em 25% dos casos e o ingurgitamento mamário acompanhado de fissuras em 25%. Noutro estudo, segundo o mesmo autor, os problemas relatados relacionados com o abandono da amamentação foram: as fissuras (34%), ingurgitamento mamário (8,1%), mamilo raso ou invertido (4,1%) e mastite (2,7%).

Urbanetto et al. (2018), ainda descreve que um estudo sobre determinantes do abandono do AME em crianças atendidas por um programa interdisciplinar para a promoção do aleitamento materno, evidenciou a falta de paciência das mães, o bebê sonolento ou a rejeitar a mama e a descida do leite tardia, como dificuldade para amamentar. No entanto, essas mães não relataram que queriam parar de amamentar, mesmo com o acúmulo de tarefas domésticas e cuidados com o bebê, que exigiam demonstrações de perseverança. Isso confirma a sensação de ambiguidade na mulher,

apesar de manter a prática de AME, porque reconhecem os benefícios da amamentação. O que quer dizer que, para que ocorra sucesso do aleitamento materno, o desejo de amamentar é primordial, mas pode não ser suficiente. Todavia, aprender estratégias para o realizar e o apoio são fundamentais. Neste contexto, o encorajamento das pessoas que cercam a mulher, é de extrema importância, mas para isso estas também devem possuir os conhecimentos necessários, para corretamente a poderem auxiliar na amamentação. No entanto, a família ou conviventes significativos, não substituem os profissionais de saúde, que devem ser a ponte e o pilar onde as mulheres vão buscar toda a informação que necessitam e devem promover os melhores ensinamentos por forma, a vivenciarem, sempre que assim queiram, a amamentação, como uma experiência, a mais positiva possível (Urbanetto et al. (2018).

3.1 AMAMENTAÇÃO E PANDEMIA POR COVID-19

Mas não são só os fatores fisiológicos e dicotômicos mãe-bebé, que podem interferir na amamentação. Como refere Barros (2021), em relação ao acesso aos cuidados de saúde em tempos de COVID-19, houve um decréscimo de 10% na procura de cuidados de saúde, em detrimento do COVID-19. Este valor em 2020 verifica-se acima do valor médio verificado nos anos anteriores que não chegou a 6% dos casos. Pensa-se que é consequência de adiar o contacto com o sistema de saúde por receio da pandemia por COVID-19, tendo aqui uma penalização em termos de saúde das pessoas.

Barros (2021) refere também, a existência de duas barreiras de acesso decorrentes da pandemia da COVID-19. Por um lado, o receio de ir a um prestador de cuidados de saúde e por outro, cancelamentos por parte do prestador, ao qual ambos tiveram expressão significativa, embora de maior significado nos cancelamentos (cerca de 20% dos inquiridos reportou ter-lhe sucedido um cancelamento e cerca de 15% disseram não ter ido a uma consulta ou exame por receio da COVID-19).

O AME é visto como uma das linhas de cuidado prioritário na Saúde Pública e como estratégia para a redução da mortalidade infantil em todo o mundo. A transmissão do COVID-19 dá-se de forma horizontal, de pessoa a pessoa, por contacto direto ou indireto com fluídos contaminados, ao falar, espirrar ou tossir, e por contacto com superfícies contaminadas com o vírus e posteriormente com o toque em mucosas do nariz e boca. Quando contextualizado, o AME, com o novo cenário pandémico causado pelo atual

surto de COVID-19, ainda se apresenta como uma incógnita, no sentido, em que não existe nenhum estudo, que comprova a sua transmissão pelo leite materno (Santos, Amaral, Santos, Carvalho, Correia, Costa, & Andrade, 2021).

Segundo Santos et al. (2021),

“Implementar estratégias para fazer face às complicações enfrentadas pelas mães em tempos de pandemia, no que concerne à amamentação, é tarefa dos enfermeiros especialistas, que devem estar na frente dos processos de educação para a saúde, com orientações precisas e imparciais, desenvolvendo um trabalho essencial na decisão de amamentar por parte da mãe e orientações relacionadas ao contexto COVID-19.” (p.8)

Assim, Santos et al. (2021) menciona que a formação na área do aleitamento materno, é essencial para garantir o processo de amamentar fisiológico, inserido no momento de pandemia que estamos a vivenciar, por forma, a obter maior compromisso e vínculo com os profissionais de saúde, bem como, com as mães e toda a sua rede de apoio.

Os EEESMO, enquanto profissionais de saúde autónomos, devem comprometer-se em contribuir para a melhoria das condições de acesso equitativo aos cuidados de saúde, no que diz respeito à qualidade e risco controlado, segundo o Parecer N°3, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Ordem dos Enfermeiros (2010), contribuindo assim para a manutenção do apoio da amamentação mesmo em tempos de pandemia, mesmo que em outras condições ou contextos, num ambiente diferente ou mais controlado.

3.2 INFLUÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

O processo de amamentação integra a transição para a parentalidade e impõe quer um conhecimento amplo teórico, quer prático, por forma à obtenção de êxito. No que concerne ao processo de transição para a parentalidade, a amamentação pode ser vista como um momento difícil segundo Gladys, Cruz, Doris & Mario. (2007) referido por Silva (2012). Deste modo, para que possa ser ultrapassado deverá agregar conhecimentos teóricos se práticos, tendo em vista a mestria e a capacitação defendidas por Meleis et al. (2000) referido por Silva (2012).

Como mencionado por Maldonado (2004) referido por Silva (2012), foi realizado um estudo, no qual foi identificado que, dos condicionantes que mais afetam as mulheres acerca da insegurança no que diz respeito às suas competências, são a falta de oportunidade que estas mesmas mulheres tiveram, em não terem observado uma mãe a amamentar. Silva (2012) reforça que a decisão de amamentar é uma decisão individual, da própria mulher, que é afetada por influências externas, resultantes da socialização. Assim, se a mulher assistiu a outras mulheres a amamentar, se foi amamentada e se essa experiência foi positiva, é presumível que afete positivamente a sua decisão. Contudo, para além das questões enunciadas há outros fatores que contribuem na decisão de amamentar, como o suporte oferecido pela família, o contexto social e profissional. Não obstante, o bebé também aqui um papel fundamental, na medida em que cada um tem as suas características individuais (Murray et al, 2000 referido por Silva, 2012).

Em detrimento do acima descrito, a atuação dos profissionais de saúde deve reunir não só determinantes biológicos, como psicológicos e socioculturais, uma vez que amamentar não está só, pois o ato de amamentar não abrange apenas as questões biológicas, mas sim múltiplos fatores que influenciam o resultado (Maldonado et al., 2004 referido por Silva, 2012). Para que haja sucesso na amamentação, é fundamental que as mulheres se sintam apoiadas quer pelas suas famílias, quer pelo sistema de saúde. Deste modo, os profissionais de saúde devem procurar promover a autoconfiança, por forma a capacitar mulheres/casais, por forma, a que estes superem os obstáculos, através do fornecimento de informação acoplada numa vertente prática, evidenciando a prática de amamentar. Estudos comprovam a eficácia da informação oferecida às mulheres, onde são realçados os benefícios do Aleitamento Materno (AM), demonstrando que deste modo, principalmente em mulheres primíparas, a abordagem da técnica de amamentação, bem como a promoção da auto-confiança da mulher na sua capacidade para amamentar revelam que a sua eficácia aumenta (Henderson, Evans, Straton, Priest, Hagan., 2003 referido por Silva, 2012).

Em termos de implicação para a prática, compreender o significado da experiência de amamentar, implica respeitar o desejo, a cultura e o suporte social de cada mulher/casal. Para além de que, a mulher/casal deve assumir o protagonismo desse momento, porque, a individualidade de cada um, justifica o direito de serem orientados quanto à prática do aleitamento materno e também de respeito pela recusa, após serem esclarecidos sobre as vantagens da mesma (Silva, 2012).

Segundo Silva (2012), um profissional de saúde, que apresenta uma atitude de empatia, abrindo um canal de comunicação positivo e facilitador do AM, consegue demonstrar que está disponível para ajudar. Segundo este autor, durante o puerpério, a habilidade mais importante é a ajuda prática, tendo como objetivo promover o conforto e diminuir o sentimento de cansaço.

Associado à transição para a maternidade, a experiência de amamentação surge como preocupação elementar para a maior parte das mães, sendo muitas vezes veiculada como um ato “instintivo e natural” e, portanto, com a mensagem implícita de que a boa mãe deve ser capaz de amamentar sem dificuldade (Sousa, 2016). No entanto, a experiência de amamentação é complexa e marcante. Assim, a promoção do AM implica considerar aspetos biofisiológicos, influenciados por condicionantes sociais, económicos, políticos e culturais. O superar das dificuldades relacionadas com amamentação depende, em grande medida, das atitudes maternas, da vinculação entre a díade e do apoio familiar/social recebido pela mulher, no qual os profissionais de saúde assumem grande responsabilidade (Sousa, 2016).

3.3 MANUTENÇÃO DA AMAMENTAÇÃO E AS SUAS PRINCIPAIS DIFICULDADES

Os estudos de Nelas, Ferreira e Duarte (2008), Ferreira, Nelas e Duarte (2011) e Pedro (2012) evidenciam que quanto maior é a idade das mulheres, maior é a sua motivação para a amamentação. Ainda neste contexto, refere ainda que a idade materna superior aos 34 anos, habilitações literárias mais elevadas e a assistência pré-natal para o aleitamento materno são variáveis que contribuem para o sucesso da amamentação (Aguar & Silva, 2011; Alves, 2011).

Segundo um estudo de investigação de Almeida (2011), com grávidas no terceiro trimestre de gravidez, num Centro de Preparação para o Parto em Portugal, pôde verificar-se que as grávidas possuíam muito bons conhecimentos, 80% (numa escala de 0 a 100%) nomeadamente ao nível das vantagens da amamentação, da técnica de amamentação da anatomia da mama e da fisiologia da amamentação.

Nas primeiras semanas após o nascimento podem surgir dificuldades em relação à amamentação. Muitas as mulheres desconhecem o processo da amamentação ou ainda não estão prontas para tal ato, o que as deixa mais vulneráveis a apresentando dificuldades e dúvidas ao longo do mesmo. O profissional de saúde tem assim um papel

preponderante na prevenção e intervenção das dificuldades relacionadas à amamentação, o que requer conhecimentos, atitudes e habilidades específicas (Castelli, Maahs, Bonamigo & Almeida, 2014).

Existem vários fatores que podem retardar o início da amamentação, após o nascimento, nomeadamente: stress materno - pode interferir com a libertação de ocitocina, a hormona responsável pela ejeção do leite; a cesariana – embora nem todos os estudos tenham relatado uma associação negativa entre o aleitamento materno e a cesariana, estas diferenças podem estar relacionadas como tipo de anestesia utilizada e a recuperação pós-parto de mulheres que sofrem uma cesariana Sousa (2016); a obesidade materna - tem uma associação negativa com o provável início da amamentação e da sua manutenção, e tem sido associada com o início tardio da amamentação. Sabendo que os tecidos adiposos concentram progesterona, as mulheres obesas podem ter níveis mais elevados de progesterona, levando a uma resposta reduzida da prolactina e um atraso no aparecimento posterior de lactogénese fase II (Sousa, 2016). Uma teoria alternativa é de que a sucção diminuída, como resultado de problemas mecânicos, conduz à diminuição da resposta de prolactina. Apesar das iniciais dificuldades, com a orientação suficiente sobre a amamentação, a grande maioria das mulheres com excesso de peso, são capazes de amamentar com sucesso; a nutrição - uma boa nutrição é importante para a saúde e bem-estar de todas as mulheres e em especial para as mulheres que amamentam, que têm exigências nutricionais adicionais. A produção de leite e proteínas, gordura e concentrações de lactose são pouco afetadas pela dieta materna. Contudo, esta pode influenciar a composição de ácidos gordos de micronutrientes e do leite materno (Sousa, 2016).

Muitas mães experimentam algumas dificuldades durante a amamentação, especialmente no início do processo da amamentação. Essas dificuldades são geralmente pequenas e podem ser facilmente superadas com aconselhamento, assistência e suporte (Walker, 2008). No entanto, problemas que parecem menores para os profissionais de saúde, podem ser questões importantes para as mães/ pais da criança. O apoio adequado na comunidade e na prática, essencialmente, através de profissionais de saúde treinados, é fundamental para minimizar o impacto dos problemas da amamentação (Walker, 2008).

As dores no mamilo ou desconforto são uma das razões mais comuns para o abandono da amamentação por algumas mulheres (Walker, 2008). Segundo este autor, apesar da frequência das dificuldades iniciais, se a dor no mamilo persistir pode ser um sinal de

problemas. O mamilo é vulnerável devido à sua exposição repetida ao trauma e presença de bactérias. No entanto, podem existir outros problemas como a dermatite e eczema, situação em que os mamilos apresentam rubor e descamação da pele. Contudo, a dor pode ser desencadeada por fatores maternos e infantis (Morland-Schultz, 2005) referidos por Sousa (2016): eczema, deficiências alimentares, mamilos planos ou retraídos, uso de protetores do mamilo, falta de exposição do mamilo ao ar, ingurgitamento mamário, posicionamento incorreto do bebê na mama, pega incorreta, pressão negativa e quebra na sucção incorretamente. Neste âmbito, faz-se referência ao estudo realizado por Marques, Cunha, Aragón e Peixoto (2008), cujo objetivo foi verificar os fatores relacionados com as dificuldades no aleitamento materno, tendo observado que 41,7% das mulheres relataram ter encontrado algum tipo de dificuldade durante a amamentação, desde o primeiro dia até ao 30º dia de amamentação, sendo este um índice relativamente alto quando comparado ao apurado por Carvalhaes e Correa (2003), cuja frequência de mulheres com dificuldades associadas à amamentação variou entre os 18% aos 34% (predominantemente em mulheres submetidas a partos por cesariana). No seu estudo, Frota e Marcopito (2004) verificaram que a ocorrência mais elevada de dificuldades durante esse período de amamentação ocorreu em mulheres adolescentes, sobretudo ao 7º dia de vida do seu bebé. De salientar que ambos os estudos ocorreram no Brasil.

Os problemas de dificuldades na pega e na posição inadequada foram os mais encontrados por Marques et al. (2008), estando em consonância com Carvalhaes e Correa (2003). Por sua vez, Sanches (2004) afirma que o posicionamento inadequado da mãe e do bebé dificulta a amamentação, o que interfere na pega e na transferência do leite, demonstrando que as dificuldades na amamentação, por norma, não são isoladas, apresentando-se muitas delas como consequência de outra. Por conseguinte, os mesmos autores consideram importante a observação das condições das mamas, na medida em que as fissuras e o ingurgitamento mamário podem dificultar grandemente a amamentação, além de causar dor, a qual, em conformidade com Giugliani (2010), assumem como uma causa relevante no abandono desta prática. Marques et al. (2008), ao compararam as faixas etárias das mulheres entrevistadas, observaram que as que possuíam mais idade relataram, com mais frequência, possuir dificuldades no aleitamento dos seus filhos, o que foi justificado pelos mesmos autores com a possibilidade destas mães terem uma melhor perceção das dificuldades e da identificação de problemas, enquanto as mais novas, pela própria imaturidade, não os assimilam, passando, assim, de forma impercetível. Constataram também a presença

de uma elevada percentagem de mães que afirmaram possuir “pouco leite”. Neste âmbito, Marques et al. (2008) sublinham que a ideia de possuir “pouco leite” ou mesmo “sem leite”, em muitos casos, é um tabu. Como tal, os mesmos autores são da opinião que é essencial que as orientações durante a gravidez e no decorrer da amamentação sejam no âmbito de auxiliar as mães no ganho de auto-estima e a terem confiança de que o seu próprio leite é capaz de garantir saúde e bem-estar ao seu bebé. Outro resultado a que chegaram Marques et al. (2008) refere-se ao facto da maioria das mães, independente de possuírem dificuldades ou não com a amamentação, é que as mesmas obtiveram informação sobre a amamentação nas consultas de vigilância pré-natal, o que comprova a importância do papel dos profissionais de saúde nesta área, tornando as mulheres mais capacitadas no pré-parto, por forma, a sentirem-se mais informadas e aptas no momento de amamentar. Oliveira, Patel e Fonseca (2004) salientam que a dificuldade que mais perturba o processo de amamentação no período pós-parto é a dor, seguida do ingurgitamento mamário, posicionamento do recém-nascido no seio materno, além da crença de possuir o leite fraco. Os mesmos autores acrescentam que a dor, ao amamentar, ocorre devido à função da libertação de ocitocina durante a saída do leite, ocasionando simultaneamente a contração uterina, causando um certo desconforto na hora da amamentação, podendo também estar associada ao período pós-parto, pela incisão cirúrgica das cesarianas, das episiotomias dos partos normais ou pelo processo de ingurgitamento mamário, fissuras mamilares, entre outros fatores.

A vivência de cada mulher acerca da maternidade é também consequência da história de vida das mesmas e deste modo, configura-se como elemento desencadeador de tais sentimentos, na medida em que muitas vezes não contam com o apoio do pai da criança e/ou da própria família. Como tal, Almeida et al. (2010) consideram que essas mães necessitam de orientação por parte dos enfermeiros especialistas, porque nem sempre a maturidade está relacionada com a habilidade para cuidar do recém-nascido e amamentá-lo, revertendo-se em dificuldades e, levando as mães a considerar o ato de amamentar como desagradável. Rocci & Fernandes (2014) num estudo realizado acerca das dificuldades na amamentação, mencionam que a cultura interfere fortemente nas crenças maternas e a influência de outras pessoas (avós, vizinhas), pode levar as mães a acreditarem que não são capazes de produzir leite em quantidade suficiente, mesmo quando são orientadas. Assim, o acompanhamento das mães pela equipa de apoio nos primeiros seis meses como incentivo ao AME é uma estratégia fundamental.

Pinto, Martins, Campana, Quintamilha, Zani & Bernardy (2018) referem ser essencial

também para além dos profissionais de saúde, o apoio daqueles que rodeiam a mulher, sendo o pai do bebé a pessoa que habitualmente tem maior peso e onde se espera que se ofereça segurança e estabilidade, para que a mãe forme uma influência positiva e vínculo com o bebé, estando ele na posição ideal para assistência. Em concordância com estes estudos de Pinto et al (2018), também Catarino (2007), após um estudo realizado a 160 puérperas em Portugal, verificou que 60% destas, também consideraram importante o esclarecimento das suas dúvidas com a equipa de enfermagem.

3.4 ORIENTAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA O ALEITAMENTO MATERNO

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), como referido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), a estratégia «Saúde 2020» [Health 2020] (OMS, 2015) foi o quadro de referência para as políticas europeias de saúde. Este documento centrou-se na melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, através do fortalecimento da liderança da saúde. Na «Saúde 2020» foi evidenciada a importância dos enfermeiros e dos EEESMO por forma, a estes fazerem face aos complexos desafios e necessidades de saúde em constante transformação. Efectivamente, nos mais diversificados contextos, estes profissionais têm uma intervenção cada vez mais relevante nos esforços que são empreendidos, para enfrentar os desafios em saúde e para garantir o acesso aos serviços de saúde e a continuidade dos cuidados. Os EEESMOS formam o maior grupo profissional de trabalho na saúde e estabelecem contacto próximo e directo com inúmeras pessoas de todos os grupos etários e nos mais variados serviços de saúde. Assim, é relevante a utilização plena do potencial destes imprescindíveis recursos para fazer face às crescentes e cada vez mais complexas exigências das populações, no que diz respeito à saúde, seja acompanhada do desenvolvimento do seu conhecimento e das suas competências, bem como da evolução dos modelos de prestação de serviços.

A “Saúde 2020” realçou o papel fundamental que os enfermeiros e os EEESMOS desempenharam, nos esforços desenvolvidos pelas sociedades para enfrentar os desafios da saúde pública e para garantir o acesso aos serviços de saúde e a continuidade de cuidados, bem como na consideração dos direitos das pessoas e necessidades em transformação (OMS, 2015).

A “Saúde 2020” foi o quadro europeu de políticas para a saúde e para o bem-estar adotado em Setembro de 2012, pelos 53 estados-membro. Visou o apoio de ações desenvolvidas transversalmente na governação e na sociedade para melhorar de forma significativa, a saúde e o bem-estar das populações, promovendo a redução das desigualdades em matéria de saúde, fortalecendo a saúde pública e garantindo sistemas de saúde centrados nas pessoas, que fossem universais, equitativos, sustentáveis e de elevada qualidade (OMS, 2015).

Segundo Levy & Bértolo (2012), estudos portugueses apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno, contudo, esses mesmos estudos, demonstram que quase metade das mães, abandonam, o AME precocemente, no primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte das mães não conseguem cumprir o seu projeto de amamentar, desistindo muito precocemente da amamentação. Por todas estas razões, é substancial que em Portugal se continuem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno. Para que a amamentação tenha sucesso, ainda segundo Levy & Bértolo (2012), devem conjugar-se três factores: a decisão de amamentar; o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação.

“A decisão de amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências, resultantes da socialização de cada mulher. Muitas mulheres nem sabem bem por que decidiram amamentar e, quando lhes é perguntada a razão, dizem que vão amamentar porque sim; provavelmente estas mulheres cresceram naquilo que alguns autores chamam meio aleitante. Outras mães decidem amamentar, porque valorizam positivamente os desafios do aleitamento materno, quando comparado com outro tipo de alimentação, podendo ser ou não influenciadas pelo seu companheiro, amigas, mãe ou profissionais de saúde, sendo especialmente relevante a percepção do seu próprio controlo sobre a prática do aleitamento materno, traduzindo-se por uma maior confiança nas suas capacidades de amamentar o seu filho. Não podemos nem devemos culpabilizar uma mãe que não quer ou não pode amamentar, dispondo nestes casos dos meios e conselhos adequados à prática de uma alimentação com leites artificiais. Temos, no entanto, enquanto enfermeiro especialista, a obrigação de informar e aconselhar todas as futuras mães quanto à prática do aleitamento

materno, nomeadamente as mães indecisas” (Levy & Bértolo, 2012, p.10).

Segundo Levy & Bértolo (2012), a forma como as mulheres são assistidas no trabalho de parto, parto e puerpério e nomeadamente no que diz respeito à forma como são abordadas pelos EEESMO na amamentação, conjectura à partida mais ou menos o sucesso da mesma, consoante a primeira abordagem tenha sido positiva ou negativa. Desta forma, pode facilmente colocar-se em causa a amamentação, devendo a postura dos EEESMO ser isenta de juízos de valor, de constante apoio e de profissionalismo. Deste modo, foram criados pela OMS/UNICEF um conjunto de medidas (Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés) que contempla 10 passos essenciais para o sucesso do aleitamento materno que devem ser implementadas em todos os serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e recém-nascidos, definindo objetivos e estratégias que, a serem cumpridos, conferem a esses mesmos serviços de saúde a categoria de «Hospital Amigo dos Bebés». Em Portugal existe, uma Comissão, a Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés com sede na UNICEF, que faz cumprir essas mesmas medidas, que são:

“1 – Ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitirregularmente a toda a equipa de cuidados de saúde; 2 – dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política; 3 – informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno; 4 – ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento; 5 – mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente; 6 - não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica; 7 – praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia; 8 – dar de mamar sempre que o bebé queira; 9 – não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito; 10 – encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade. Na sequência da actividade desenvolvida pela Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, vários hospitais e maternidades portuguesas têm-se candidatado a «Hospital Amigo dos Bebés ” (UNICEF, s.d.)

Para que o sucesso na amamentação seja garantido e a proteção ao aleitamento materno até aos 6 meses de vida seja alcançado como preconizado, como foi referido anteriormente, é necessário que se cumpram os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno sempre que este se pretenda realizar pela mulher e que as equipas estejam aptas a dar o suporte necessário.

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO:

4. METODOLOGIA DO ESTUDO

A investigação pode ser definida em função de vários critérios, sendo a sua metodologia um deles e onde se destacam duas perspectivas fulcrais: a investigação que se rege por uma metodologia quantitativa e a investigação que se pauta pela metodologia qualitativa.

A metodologia utilizada neste trabalho será a metodologia quantitativa, pois esta constitui um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de factos objetivos, fenómenos e acontecimentos que existem independentemente do investigador (Gouveia, 2012) como referido por (Freixo, 2011) Este método considera que todos os dados são quantificáveis e podem ser traduzidos em números, opiniões e informações para serem classificados e analisados, normalmente utilizando métodos estatísticos (Gouveia, 2012) como referido por Reis (2010).

Segundo Driessnack, Mendes e Sousa (2007), desenhos não-experimentais não apresentam, manipulação de variáveis ou grupos de comparação. O investigador observa o que ocorre naturalmente sem interferir de forma alguma.

Os desenhos não experimentais também são classificados de acordo com a colheita de dados ao nível temporal, podendo ser classificado de longitudinal ou transversal ou de acordo com a época da experiência ou evento estudado, classificando-se assim de retrospectivo ou prospectivo, respetivamente, segundo os *mesmos* autores.

No caso do presente estudo, o desenho será não-experimental e retrospectivo, uma vez que a colheita de dados se refere a um período de tempo vivido pelas participantes anteriormente (colheita de dados entre setembro de 2020 a setembro de 2021).

Será também um estudo descritivo e exploratório na medida em que estudos descritivos ou exploratórios são usados quando pouco é sabido sobre um fenómeno em particular. O investigador observa, descreve e documenta vários aspectos do fenómeno. Não há manipulação de variáveis ou procura pela causa e efeito relacionados ao fenómeno. Desenhos descritivos descrevem o que existe de fato, determinam a frequência em que este fato ocorre e categoriza a informação (Driessnack, Mendes e Sousa, 2007).

Com a pandemia por COVID-19, verificou-se uma alteração assistencial nos serviços de saúde e inequivocamente afetando também a área da saúde materna e obstétrica. E apesar de não constar nos nossos objetivos, foram realizadas algumas questões (Instrumento de colheita de dados) acerca da mesma, relacionada com a amamentação, por forma, a perceber se comprometeu as dificuldades no processo de amamentação. É preconizado pela OMS a amamentação de forma exclusiva até aos 6 meses, sendo fundamental o apoio dos EEESMOS em todo este processo.

As dificuldades na amamentação nos primeiros meses de vida são uma realidade, contudo para contribuirmos, promovermos e cumprirmos as metas do aleitamento materno estabelecidas pelas OMS, é basilar conhecermos os reais problemas que mulheres que amamentam enfrentam.

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Realizamos um estudo de natureza quantitativa não experimental, retrospectivo, descritivo e exploratório, por forma, a dar respostas aos objetivos inicialmente definidos.

Deste modo os objetivos do estudo empírico desenvolvido foram:

- Identificar os problemas na amamentação referidos pelas mulheres nos primeiros 6 meses após o parto;
- Conhecer as estratégias utilizadas pelas mulheres para a resolução dos problemas identificados;
- Propor intervenções de enfermagem que contribuam para a resolução dos problemas sobre a amamentação apresentados pelas mulheres.

4.2 PARTICIPANTES

Para a realização desta investigação contou-se com uma amostragem do tipo não probabilística por conveniência, tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: mulheres cujo parto ocorreu entre setembro de 2020 e setembro de 2021; que compreendessem e falassem a língua portuguesa; que tenham realizado o parto em Portugal; mulheres com maioridade; primíparas e multíparas; com parto de feto único; que tenham tido parto eutócico e distócico (incluindo cesarianas eletivas) e que tenham

aceitado livremente participar no estudo e assinar o consentimento informado.

Foram excluídas todas as situações não contempladas na inclusão.

O acesso às participantes foi realizado por “bola de neve”, através de partilha nas redes sociais, especificamente através do “facebook”.

4.3 INSTRUMENTO (S) DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados por nós construído e utilizado foi um questionário, pois este, segundo Backstrom (2008), possibilita obter dados através da realização de questões fechadas, consistindo em apresentar um conjunto pré-determinado de perguntas a uma determinada população. O questionário é, portanto, um conjunto estruturado de questões, destinado a obter o conhecimento/informação das mulheres relativo ao assunto em estudo.

Na elaboração do questionário tivemos em atenção os requisitos sugeridos por Pereira & Ortigão (2016) como referido por Ortigão (2007) na produção de instrumentos de colheita de dados para pesquisa que operam com muitas questões, pelo que é necessária a atenção aos aspectos operacionais, tais como: formatação, clareza da linguagem, ordem das questões, bem como no favorecimento da entrada das respostas.

“Detalhes podem fazer a diferença, em ter ou não a participação das pessoas, em responder às questões, no compromisso com a sinceridade etc. Os instrumentos auto-administráveis, devem iniciar-se com instruções muito claras quanto ao seu preenchimento. É primordial que a linguagem esteja adequada, inclusive, para que os participantes se sintam à vontade com o seu preenchimento. Uma linguagem inadequada pode criar a sensação de exame, ou de algo sem importância. Nem sempre é possível repetir a aplicação de instrumentos de pesquisa, portanto, é fundamental que cada pormenor seja pensado antecipadamente, durante o planeamento da pesquisa” (Pereira & Ortigão, (2016 , p. 75) como referido por Ortigão (2007)).

Assim, quanto á clareza das questões utilizamos uma linguagem simples e de fácil entendimento para diferentes níveis de escolaridade, assim como organizamos as questões por ordem de aquisição da informação de acordo com a experiência

individual e cronológica. Quanto à forma de entrada das respostas optou-se por uma plataforma digital (Google forms) para facilitar a entrada dos dados para posterior tratamento. O questionário foi respondido através da internet, a partir do link: <https://forms.gle/nJGm9jE1pdts4MED8>.

Tipos de questões a incluir num inquérito por questionário: questões fechadas (apuramento rápido dos resultados / pobreza das informações obtidas; as perguntas podem ser feitas de forma tendenciosa); questões abertas (grande abundância e riqueza de informações / dificuldade no tratamento dos dados, dada a variedade de respostas, a maior parte das vezes, pouco objectivas); questões semi-abertas ou semi-fechadas (facilidade e rapidez no apuramento dos dados; informação suficiente, dado ser apresentada a justificação da resposta) (Backstrom, 2008).

Assim, para a construção do instrumento de colheita de dados do presente estudo, tivemos em consideração a importância da obtenção do máximo de informação, utilizando algumas perguntas mais directivas e fechadas. O questionário realizado apresenta 27 questões no sentido de dar resposta aos objectivos inicialmente propostos para esta investigação. Este divide-se numa primeira parte, com a identificação das variáveis sócio-demográficas para caracterização da população; posteriormente tipo de parto; experiência de amamentação e dificuldades na amamentação; uma terceira parte acerca dos conhecimentos prévios acerca da amamentação e resolução dos problemas na amamentação e por fim a Influência da pandemia por COVID-19 na amamentação.

O questionário esteve disponível online, 10 dias, desde 13/04/2022 a 23/04/22 e foi realizado um pré-teste, com duração de um dia, entre contactos com pessoas próximas, no qual se contactou que o questionário estava a dar resposta às questões pretendidas.

4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICO FORMAIS

Conforme refere Fortin (2009, p.114), ética “é o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Desta forma, no momento de realizar uma investigação, é de extrema importância reconhecer na pessoa, nomeadamente nos participantes, que estes requerem do

investigador a confidencialidade, o anonimato e o direito à intimidade e privacidade. Fortin (2009) alerta para os riscos que se correm de violar os direitos/liberdades dos indivíduos quando o objeto de estudo é o ser humano. Desta forma torna-se imprescindível, adotar medidas que salvaguardem os direitos e liberdade das pessoas envolvidas no estudo.

Atendendo ao carácter digital do questionário e da colheita de dados, foi providenciado o Consentimento Informado (Apêndice 3) incorporado no questionário de colheita de dados em formato digital, onde se reúne um conjunto de informação prévia ao seu preenchimento. Não foi solicitado o nome ou qualquer outro dado que possa de alguma forma identificar a participante, garantindo-se o anonimato, a autonomia e a participação voluntária, bem como a gratuidade e a possibilidade de abandonar a participação do estudo sem qualquer penalização. A aceitação da participante em colaborar no estudo requereu a leitura da informação prévia disponibilizada e do consentimento informado. O questionário foi elaborado por forma, a permitir somente avançar para as perguntas concretas do estudo após as participantes selecionarem a opção “Aceito participar” face a primeira questão que diz respeito à temática “Participação no estudo”, onde o questionário refere “Tendo tomado conhecimento sobre a informação acerca do estudo, declaro que reúno condições para o preenchimento deste questionário e que aceito participar nesta investigação”.

Foi facultado o contato da investigadora para que as participantes pudessem entrar em contacto com a mesma a fim de esclarecer estas questões.

Este trabalho é realizado com fins estritamente académicos, sendo a confidencialidade dos dados absolutamente garantida através da proteção do anonimato das participantes ao longo de todo o estudo, atribuindo um código a cada questionário de forma a nunca revelar a sua identificação. Os resultados da investigação serão apenas utilizados na elaboração e divulgação científica. Depois de transcritas e analisadas as respostas o guião será destruído.

O presente estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética (CE) da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra no mês de março 2022 - Parecer de comissão de ética P850_02_2022 (Anexo 1).

5. RESULTADOS

Neste capítulo serão expostos os resultados obtidos e através do questionário realizado e os mesmos serão analisados, por forma, a responder aos objetivos a que nos propusemos neste estudo e deste modo compreender de que forma poderemos propor intervenções de enfermagem especializada tendo em vista a melhoria dos cuidados em enfermagem, especificamente na área da saúde materna e obstétrica.

Participaram neste estudo 96 mulheres, maiores de idade, que realizaram o parto em Portugal (parto de feto único) e as participantes compreendem e falam português e quiseram livremente participar no estudo e assinalar no link o consentimento informado.

5.1 CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Tal como o referido na Tabela 1, à data de colheita de dados as participantes apresentavam uma idade mínima de 22 anos e máxima de 43 anos, sendo que a idade média era 34 anos. De salientar que duas das participantes não preencheram o campo “idade” no questionário.

No que se refere às habilitações literárias, a maioria das participantes (37,50%) possuíam o grau académico de licenciatura e 34,38% referiram possuir o grau de mestre e 4,17%, o grau de doutor (tabela 2). Todas as participantes tinham no mínimoo ensino secundário, ou seja, o 12º ano de escolaridade.

Tabela 1 –Distribuição da idade das participantes

Idade	Nº de repostas	Percentagem
22	1	1,06%
26	1	1,06%
28	2	2,13%
29	3	3,19%
30	2	2,13%
31	10	10,64%
32	6	6,38%
33	6	6,38%
34	6	6,38%
35	9	9,57%
36	10	10,64%
37	8	8,51%
38	11	11,70%
39	8	8,51%
40	3	3,19%
41	4	4,26%
42	2	2,13%
43	2	2,13%
Total de repostas:	94	
Média de idades:	34,2	

Tabela 2 – Habilitações literárias das participantes

Escolaridade	Nº de repostas	Percentagem
Ensino Básico (até 4ºano)	0	0,00%
Ensino Secundário (até ao9ºano)	0	0,00%
Ensino Secundário (até ao12ºano)	15	15,63%
Curso Técnico-Profissional	6	6,25%
Licenciatura	36	37,50%
Mestrado	33	34,38%
Doutoramento	4	4,17%
Outro	1	1,04%
Ensino Superior (Universidade)	1	1,04%
Total de repostas:	96	100%

Relativamente ao estado civil das participantes, 87,50% eram casadas ou viviam em união de facto, 8,33% eram solteiras; 3,13% divorciadas e 1,04% que se encontram viúvas ou em outra situação, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – Estado civil das participantes

Estado civil	Nº de respostas	Percentagem
Casada/União de facto	84	87,50%
Solteira	8	8,33%
Divorciada	3	3,13%
Viúva/outro	1	1,04%
Total de respostas:	96	100%

No que se refere à situação profissional das participantes, constatou-se que 90,63% se encontram empregadas em tempo completo, 8,33% desempregadas e apenas 1,04% empregada em tempo parcial (tabela 4).

Tabela 4 – Situação profissional das participantes

Situação profissional	Nº de respostas	Percentagem
Desempregada	8	8,33%
Empregada em tempo parcial	1	1,04%
Empregada em tempo completo	87	90,63%
Total de respostas:	96	100%

Quanto ao local de residência (tabela 5), verificou-se que mais de metade das participantes residiam em cidades (58,33%), e das restantes, 22,92% residiam em vilas e 18,75% em aldeias.

Tabela 5 – Caracterização do local de residência das participantes

Caracterização do local de residência	Nº de respostas	Percentage m
Vila	22	22,92%
Aldeia	18	18,75%
Cidade	56	58,33%
Total de respostas:	96	100%

Em suma, traçando o perfil sócio-demográfico das mulheres participantes neste estudo, podemos dizer que se trata de mulheres com idade média de 34 anos, casadas (87,50%), empregada a tempo completo (90,63%) e que maioritariamente residiam na cidade (58,33%).

5.2 PARTO E AMAMENTAÇÃO

No que se refere ao tipo de parto e tal como o apresentado na tabela 6, podemos verificar que o parto vaginal com períneotomia foi o mais verificado. As cesarianas e de partos vaginais sem períneotomia ocorreram em 23,33% dos casos, seguidos de parto por ventosa (17,50%) e partos por fórceps (8,33%).

Dado tratar-se de uma questão de possibilidade de resposta múltipla, os dados apresentados em forma de percentagem são calculados sobre o número de respostas e não sobre o número total de participantes.

Tabela 6 – Tipologia de parto

Caracterização do local de residência	Nº de respostas	Percentagem
Parto vaginal sem períneotomia	28	23,33%
Parto vaginal com períneotomia	33	27,50%
Parto com fórceps	10	8,33%
Parto com ventosa	21	17,50%
Parto por cesariana	28	23,33%
Total de respostas:	96	100%

No que se refere à experiência de amamentação (tabela 7) verificamos que 60,42% amamentaram pela primeira vez aquando deste parto.

Tabela 7 – Distribuição das respostas à questão “ Foi a 1ª vez que amamentou?”

“Foi a 1ª vez que amamentou?”	Nº de respostas	Percentagem
Sim	58	60,42%
Não	38	39,58%
Total de respostas:	96	100%

Verificou-se ainda, que 82,29% das participantes afirmaram ter amamentado na primeira hora de vida do seu bebê (tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição das respostas à questão “Amamentou o seu bebê na primeira hora de vida?”

“Amamentou o seu bebê na primeira hora devida?”	Nº de respostas	Percentagem
Sim	79	82,29%
Não	17	17,71%

As principais razões identificadas pelas dezassete (17) participantes, para não terem amamentado na primeira hora de vida estão apresentadas na tabela 9. Trata-se de uma questão de múltiplas respostas, tendo-se obtido como razões para não amamentar na primeira hora de vida: “Outras razões” (43,48%); “Não ter sido dada essa oportunidade pelos profissionais” (26,09%); por “Decisão própria” (17,39%); “Por impossibilidade devido a uma situação pontual (dores, etc.)” (8,70%); e “Impossibilidade por razões de saúde” (4,35%).

De salientar que na tabela 9, é também apresentado o número de resposta relativos às mulheres que consideraram que as razões para a não amamentação à primeira hora de vida “não se aplica”, com 63 respostas, sendo por isso o total de respostas nesta tabela de 86 respostas.

Tabela 9 – Distribuição das razões apontadas para a não amamentação à primeira hora de vida

Razões para a não amamentação à primeira hora de vida	Nº de respostas	Percentagem
Impossibilidade por razões de saúde	1	4,35%
Impossibilidade devido a uma situação pontual (dores, etc)	2	8,70%
Não ter sido dada essa oportunidade pelos profissionais	6	26,09%
Outras razões	10	43,48%
Decisão Própria	4	17,39%
Não se aplica	63	
Total de respostas:	86	

Como se pode verificar na tabela 10, durante o internamento na maternidade mais de metade das participantes praticou AME (65,63%), incluindo nesta perspetiva o aleitamento materno através da mama, por tetina ou por copo. À amamentação exclusiva (só através da mama), foram referidas 2,08%. Assim, o aleitamento materno exclusivo obteve 67,71% das participantes. Destaca-se a diminuta percentagem de aleitamento com leite de fórmula (2,08%) e o aleitamento misto 29,17%.

Tabela 10 – Tipo de aleitamento praticado pelas mulheres na maternidade

Durante o internamento na maternidade que tipo de aleitamento fez?	Nº de repostas	Percentagem
Aleitamento materno exclusivo (só mama ou leite materno por tetina ou copo)	63	65,63%
Aleitamento com leite de fórmula	2	2,08%
Aleitamento misto (mama ou leite materno por Tetina ou copo+leite de fórmula)	28	29,17%
Leite materno exclusivo (só mama)	2	2,08%
Aleitamento misto (mama ou leite materno por Tetina ou copo+leite artificial)	1	1,04%
Total de respostas:	96	100%

Como podemos confirmar na tabela 11, representa-se a prevalência do aleitamento materno das participantes do estudo. A esta questão constata-se que, das 96 participantes que participaram no estudo, responderam 93 participantes.

No que se refere ao aleitamento materno exclusivo aos 4,5 meses verifica-se uma prevalência de 2,15%; sendo que até aos 6 meses de vida do bebé podemos verificar uma percentagem de 31,18%, o que correspondeu a 29 participantes, concentrando-se aqui a maior percentagem.

Aos 9 meses de vida do bebé verifica-se uma prevalência do aleitamento materno de 4,30%.

Tabela 11 – Prevalência do aleitamento materno

Tempo de aleitamento materno	Nº de repostas	Porcentagem
0 dias / meses	6	6,45%
1 semana	1	1,08%
1 mês	6	6,45%
1,5 mês	2	2,15%
2 meses	1	1,08%
3 meses	6	6,45%
4 meses	6	6,45%
4,5 meses	2	2,15%
5 meses	8	8,60%
5,5 meses	4	4,30%
6 meses	29	31,18%
6,5 meses	1	1,08%
7 meses	2	2,15%
9 meses	4	4,30%
10 meses	1	1,08%
11 meses	2	2,15%
12 meses	3	3,23%
13 meses	2	2,15%
14 meses	2	2,15%
15 meses	1	1,08%
17 meses	1	1,08%
22 meses	1	1,08%
24 meses	2	2,15%
Total de respostas:	93	96,88%

Conforme se pode observar na tabela 12, a necessidade de oferta de Leite de Fórmula até aos 6 meses de vida do bebé foi de 53,13%, ou seja, mais de metade das participantes recorreram ao leite de fórmula até aos 6 meses de vida do bebé.

Tabela 12 – Necessidade de oferta de Leite de Fórmula até aos 6 meses devida do bebé

	Nº de respostas	Percentagem
Não	45	46,88%
Sim	51	53,13%
Total de respostas	96	100%

Como se pode observar na tabela 13, das 51 participantes que tiveram necessidade de introduzir LF até aos 6 meses de vida dos seus filhos, pôde verificar-se que, em 25,87% dos casos estudados, este foi introduzido ainda na maternidade.

Também se constata, que depois da alta até à primeira semana, a necessidade de recurso ao LF é superior aos meses seguintes (13,29%). Já no segundo mês de vida (9,79%) do bebé e no regresso ao trabalho (9,79%) da mulher, analisa-se que há também um aumento em relação à introdução de LF, em comparação com os restantes meses. São no primeiro dia de vida e no 6º mês de vida do bebé, que se verifica menor taxa de introdução de LF, com 15%, em ambos os momentos.

Esta tabela apresenta os resultados de uma questão de resposta múltipla, em que as participantes selecionaram os vários momentos em que introduziram leite de fórmula na alimentação do bebé. As percentagens apresentadas foram calculadas sobre o número total de 143.

Tabela 13 – Fase da vida do bebé onde foi introduzido o Leite de Fórmula

Fase da vida do bebé onde foi introduzido o LF	Nº de Respostas	Percentagem
1º dia de vida do bebé	8	5,59%
Durante o internamento na maternidade	29	20,28%
Depois da alta e na 1ª semana do bebé	19	13,29%
Depois da 2ª semana e até ao 28º dia de vida	12	8,39%
2º mês de vida do bebé	14	9,79%
3º mês de vida do bebé	13	9,09%
4º mês de vida do bebé	13	9,09%
5º mês de vida do bebé	13	9,09%
6º mês de vida do bebé	8	5,59%
“Quando regressei ao trabalho”	14	9,79%
Total de (questão de múltipla resposta):	143	

Os motivos de maior percentagem que levaram as 51 participantes à introdução de Leite de Fórmula conforme se apresenta na tabela 14, foram: por “perda de peso do bebé” (54,90%) e 49,02% por considerarem que o bebé tinha fome. Também os “problemas com os mamilos (dores/fissuras, etc.)” para 31,37% têm ainda algum impacto e, para 25,49% das participantes ainda outros motivos não especificados parecem ter alguma relevância para as participantes no estudo.

O incentivo por parte do marido/companheiro/a corresponde a (3,92%), bem com o incentivo da família/amigos (1,96%). O cansaço da mulher é referido por 5,88% das participantes.

Tabela 14 – Motivo da oferta de leite de fórmula ao bebé

Motivos	Nº de respostas	Percentagem
Considerar que o bebé tinha fome	25	49,02%
Perda de peso do bebé	28	54,90%
Problemas com os mamilos (dores,fissuras...)	16	31,37%
Incentivo do marido/companheiro(a)	2	3,92%
Incentivo da família/amigos	1	1,96%
Querer descansar um pouco	3	5,88%
Outra	13	25,49%
Introdução dos primeiros alimentos	1	1,96%
Total de respostas:	89	

No que se refere à influência sentida pela mulher para a sua decisão de amamentar, 84,04% indicam que não se sentiriam influenciadas por ninguém, 18,09% referem ter sido influenciadas pelo enfermeiro especializado/a e médico/a e 10,64% assumem terem sido influenciadas pelo marido/companheiro/a (tabela 15).

Tabela 15 - Influências sentidas pelas mulheres para a decisão de amamentar

Motivos	Nº de respostas	Percentagem
Não fui influenciada por ninguém	79	84,04%
Enfermeiro/a	5	5,32%
Enfermeiro/a e Médico/a	17	18,09%
Marido/Companheira/companheiro	10	10,64%
Médico/a	3	3,19%
Outro profissional de saúde	3	3,19%
Influência de enfermeiros	1	1,06%
Influência de médicos	1	1,06%
Influência de outros profissionais de saúde	1	1,06%
Influência do marido/companheiro	1	1,06%
Outros	0	0,00%
Total de participantes que responderam:	94	97,92%

No que concerne à informação para a tomada de decisão de amamentar, conforme informação presente na tabela 16, 84,38% das participantes referiram sentir-se devidamente informadas.

Tabela 16 - Decisão informada acerca da amamentação

	Nº de respostas	Percentagem
Sim	81	84,38%
Não	15	15,63%
Total de respostas:	96	100%

A totalidade das participantes respondeu à questão acerca dos “Temas que as mulheres se sentiam mais informadas quando decidiram amamentar.

Verificámos que 98,96% das participantes referiram que conheciam as “vantagens da amamentação”, bem como se sentiam informadas acerca das “dificuldades mais comuns na amamentação” (72,92%), das “posições para amamentar” (73,96%), da “pega do bebé”(71,88%), dos hábitos e comportamentos promotores do sono aleitamento

materno”(68%), da “extração e conservação do leite”(68%), da “frequência das mamadas” (67,71%), dos “sinais de fome do bebê” (56,25%), do “tratamento do ingurgitamento” mamário (53,13%) e da “prevenção de fissuras nos mamilos” (57,29%) (tabela 17).

Tabela 17 - Temas que as mulheres se sentiam mais informadas quando decidiram amamentar.

Temas	Nº de repostas	Porcentagem
Vantagens da amamentação	95	98,96%
Dificuldades mais comuns na amamentação	70	72,92%
Hábitos e comportamentos promotores do aleitamentomaterno (alimentação, hidratação, sono e repouso)	65	67,71%
Frequência das mamadas	63	65,63%
Posições para amamentar	71	73,96%
Pega do bebê	69	71,88%
Sinais de fome do bebê	54	56,25%
Extração e conservação do leite	65	67,71%
Prevenção de fissuras nos mamilos	55	57,29%
Tratamento das fissuras nos mamilos	45	46,88%
Tratamento do ingurgitamento	51	53,13%
Mastite	36	37,50%
Covid e amamentação	34	35,42%
Outros	2	2,08%
Total de participantes que responderam:	96	100%

Relativamente às fontes de informação das mulheres participantes sobre amamentação, verificou-se que os enfermeiro especializados/as dos Centros de Saúde são os/as mais referidos/as (67,02%). No entanto, também procuram informação sobre amamentação junto dos enfermeiro especializados/as das “maternidades/internamento/pós- parto” (42,55%), juntos dos/das enfermeiro /as das consultas externas das maternidades (34,04%) e junto do médico do centro de saúde (32,98%). As conselheiras/os de amamentação foram referidas por (31,91%) (tabela 18).

Tabela 18 – Fontes de informação das participantes sobre a amamentação

Fontes de informação	Nº de respostas	Percentagem
Conselheira/o de amamentação	30	31,91%
Família/Amigos/as	21	22,34%
Centro de Saúde: Enfermeiros/as	63	67,02%
Centro de Saúde: Médico/a	31	32,98%
Maternidade/Cons.Externas/Enfº/a	32	34,04%
Maternidade/cons.Ext/Médico/a	13	13,83%
Maternidade/sala de partos/Enfº/a	16	17,02%
Maternidade/sala de partos/ Médico/a	7	7,45%
Maternidade/Internamento Pós-parto Enfº/a	40	42,55%
Maternidade/Internamento Pós-parto Médico/a	3	3,19%
Total de respostas:	94	97,92%

Quanto às dificuldades sentidas pelas participantes durante a amamentação 35,79% das referiram que “não sentiram dificuldades durante a amamentação”, 27,37% “sentiram insegurança/medo de não ser capaz”, 23,16% referiram “falta de apoio/acompanhamento na amamentação”, 21,05% salientaram “falta de capacidade/treino para amamentar” e 14,74% “falta de informação/conhecimentos”, 15,79% das participantes apontaram o facto de existirem “informações discordantes /divergentes” e 4,21% das participantes referem a “falta de reforço e motivação”. Nesta questão, houve uma participante que não respondeu (tabela 19).

Tabela 19 – Problemas sentidos pelas participantes durante a amamentação

Temas	Nº de repostas	Percentagem
Falta de informação/conhecimentos	14	14,74%
Informações discordantes/divergentes	15	15,79%
Falta de capacidade/treino para amamentar	20	21,05%
Falta de apoio/acompanhamento na amamentação	22	23,16%
Falta de reforço/motivação	4	4,21%
Insegurança/medo de não ser capaz	26	27,37%
Outros	15	15,79%
Não senti qualquer problema	34	35,79%
Total de respostas:	95	

Relativamente às dificuldades vivenciadas pelas participantes durante na amamentação, foi referenciado “saber se tinham leite suficiente” (38,54%), “saber se o bebê ficou bem alimentado ou com fome” (36,46%), “saber se o bebê estava afazer boa pega (34,38%)” e “acordar o bebê para amamentar” (27,08%) (tabela 20).

Tabela 20 - Dificuldades vivenciadas pelas participantes durante a amamentação

Dificuldades vivenciadas durante a amamentação	Nº de repostas	Porcentagem
Saber o horário de amamentação adequado ao bebê	14	14,58%
Acordar o bebê para amamentar	26	27,08%
Ser capaz de colocar o bebê na mama	12	12,50%
Saber se o bebê está a fazer uma boa pega	33	34,38%
Saber se tinha leite suficiente	37	38,54%
Saber se o meu leite era "fraco" ou "forte"	12	12,50%
Saber se o bebê ficou bem alimentado ou com fome	35	36,46%
Saber as posições e as posturas para amamentar	11	11,46%
Ser capaz de extrair o leite excedentário	16	16,67%
Ser capaz de adotar as posturas corretas para amamentar	11	11,46%
Saber o que fazer para prevenir o ingurgitamento	13	13,54%
Saber prevenir fissuras	21	21,88%
Saber o que fazer quando tinha dor nos mamilos	20	20,83%
Saber o que fazer para prevenir ou tratar uma mastite	16	16,67%
Outras	3	3,13%
Não tive problemas na amamentação	19	19,79%
Total de participantes que responderam: (questão de resposta múltipla)	96	

Quanto às fases em que as mulheres participantes sentiram maiores dificuldades na amamentação foi referido o “primeiro mês de vida do bebê”(36,46%), “durante o internamento na maternidade”(35,42%) e na “primeira vez que amamentaram” (31,25%) (tabela 21).

Tabela 21 - Fases em que as participantes referiram maiores dificuldades na amamentação

	Nº de repostas	Percentagem
Na 1ª vez que amamentei	30	31,25%
Durante o internamento na maternidade	34	35,42%
Quando regressei a casa	21	21,88%
No 1º mês do bebé	35	36,46%
Quando retomei o trabalho	17	17,71%
Durante todo o processo de amamentação	5	5,21%
Durante os primeiros 15 dias do bebé	17	17,71%
Não se aplica	16	16,67%
Sempre	1	1,04%
Nunca	1	1,04%
Total de participantes que responderam: (questão de resposta múltipla)	96	

Para a resolução das dificuldades sentidas na amamentação, 51,10% das participantes, recorreram às equipas de “enfermagem nos Centros de Saúde”, 16,60% procurou respostas através da “internet/blogues e redes sociais”; 26,00% através de “conselheiros/as na amamentação”; 19,10% solicitaram ajuda ao marido/companheiro/a e 18,10% solicitaram ajuda de familiar/amigo/colega (tabela 22)

Tabela 22 – Resolução das dificuldades sentidas na amamentação

	Nº de repostas	Percentagem
Solicitei ajuda ao marido/companheiro/a	18	19,10%
Solicitei ajuda de familiar/amigo/colega	17	18,10%
Procurei informação na internet/blogues/ redes sociais	25	16,60%
Procurei informações em sites de Instituições de Saúde	12	12,77%
Solicitei ajuda no C. de Saúde (enfermagem)	48	51,10%
Solicitei ajuda no C. de Saúde (médico)	10	10,60%
Solicitei ajuda na maternidade (email, telf)	10	11,00%
Telefonei para a saúde 24	0	0,00%
Solicitei ajuda no cantinho de amamentação	7	7,00%
Solicitei ajuda a conselheiro de amamentação	24	26,00%
Solicitei ajuda de farmacêutico/a	4	4,00%
Outras	7	7,00%
Não se aplica	1	1,00%
Total de respostas:	94	97,92%

No que concerne às razões pelas quais persistiram as dificuldades em resolver os problemas relacionados com a amamentação, 53% das participantes que responderam a esta questão (88 respostas), referem “não se aplica”, ou seja presume-se que resolveram os seus problemas inerentes à amamentação. No entanto, 17% manifestam não verificarem o seu problema solucionado por “falta de apoio de enfermeiros especializados na maternidade”, 13,6% por “falta de apoio de enfermeiro especializados nos Centros de Saúde”, 11,4% por “informação discordante/divergente” e ainda 10,2% por “falta de informação” (tabela 23).

Tabela 23 - Razões pelas quais persistiram as dificuldades em resolver os problemas relacionados com a amamentação

	Nº de repostas	Percentagem
Falta de informação	9	10,23%
Informação discordante/divergente	10	11,36%
Falta de apoio do marido/companheiro/a	1	1,14%
Falta de apoio de familiares/amigos	3	3,41%
Falta de apoio dos enfermeiros C.Saúde	12	13,64%
Falta de apoio Médico no C.Saúde	5	5,68%
Falta de apoio Enfermeiros na Maternidade	15	17,05%
Falta de apoio médicos na Maternidade	5	5,68%
Outros	6	6,82%
Não se aplica	47	53,41%
Total de respostas:	88	

Como se pode verificar na tabela 24, segundo as mulheres participantes, quem a acompanhou em todo o processo de amamentação foram maioritariamente os maridos/companheiros/as, (88,42%), o enfermeiro especializado do Centro de Saúde (43,16%) e outro familiar (mãe, sogra, irmã, ...) (40,00%).

Tabela 24 - Quem a acompanhou as participantes em todo o processo de amamentação

	Nº de repostas	Percentagem
Marido/companheiro/a	84	88,42%
Outro familiar (mãe, sogra, irmã...)	38	40,00%
Amigo/colega	11	11,58%
Enfermeiro C.Saúde	41	43,16%
Médico/a C.Saúde	16	16,84%
Enfermeiro/a Maternidade	11	11,58%
Médico/a Maternidade	5	5,26%
Conselheiro de amamentação	16	16,84%
Outros	2	2,11%
Não se aplica	95	
Total de respostas:	88	

Para uma avaliação da forma como se sentiram acompanhadas em todo o processo de amamentação usamos uma escala de 0 a 10, solicitando que as mulheres se posicionassem no número que melhor correspondia à sua situação.

De acordo com a tabela 25 podemos verificar que 69,47% das participantes se pontuou entre 7 e 10, sendo 24,21% no nível 8 em relação ao acompanhamento, 18,95% no 7, 13,68% no 10 e 12,63% no 9.

Tabela 25 - Classificação (escala de 0-10), do acompanhamento no processo de amamentação

Classificação do acompanhamento no processo de amamentação	Nº de repostas	Percentagem
0	1	1,05%
1	2	2,11%
2	4	4,21%
3	2	2,11%
4	2	2,11%
5	11	11,58%
6	7	7,37%
7	18	18,95%
8	23	24,21%
9	12	12,63%
10	13	13,68%
Total de respostas:	95	

No que diz respeito à amamentação durante a pandemia por Covid-19, a maioria das participantes (78%) referiram que esta não interferiu neste processo (tabela 26).

Tabela 26 - Existência de influência da pandemia por Covid-19 na amamentação

Influência da pandemia por Covid-19 na amamentação	Nº de respostas	Porcentagem
Sim	20	21,74%
Não	72	78,26%
Total de respostas:	92	95,83%

Das 76 respostas obtidas sobre a forma como a pandemia por Covid-19 influenciou a amamentação, para as participantes que sentiram que a pandemia por Covid-19 as influenciou na amamentação, a maior percentagem 22,37%, referem que houve maior restrição no acesso aos profissionais do centro de saúde; 19,74% mencionam que “influenciou na participação de cursos de preparação para o parto e parentalidade” e 13,16% referem “falta de apoio dos profissionais de saúde na maternidade” (tabela 27).

Tabela 27 - Influência da pandemia por Covid-19 na amamentação

Influência da pandemia por Covid-19 na amamentação	Nº de repostas	Porcentagem
Não teve influência	51	67,11%
Influenciou o acesso à informação	8	10,53%
Restringiu o acesso aos profissionais do C. Saúde	17	22,37%
Falta de apoio dos profissionais de saúde na Maternidade	10	13,16%
Medo de amamentar/risco de Covid-19	3	3,95%
Influenciou na participação de cursos de preparação para o parto e parentalidade	15	19,74%
Influenciou no acesso aos cantinhos de amamentação	8	10,53%
Influenciou no acesso a conselheiras de amamentação	3	3,95%
Outros	2	2,63%
Total de respostas:	76	

No que concerne ao momento em que as participantes sentiram influência da pandemia por covid-19 no processo de amamentação, (fases em que as participantes sentiram que

a pandemia influenciou o acesso à informação nomeadamente nos ensinos no período pré-natal e logo após o momento do nascimento do bebé e pós- parto), foram, maioritariamente “após a alta da maternidade” (65,52%), “durante a gravidez” (51,72%) e “no internamento pós-parto” (44,83%) (tabela 28).

Tabela 28 - No caso de influência da pandemia por covid-19 no processo de amamentação, em que momento sentiu a necessidade de assistência dos profissionais de saúde

	Nº de repostas	Percentagem
Durante a gravidez	15	51,72%
Na sala de partos	6	20,69%
No internamento do pós – parto	13	44,83%
Após a alta da maternidade	19	65,52%
No início da atividade profissional	3	10,34%
Sempre	1	3,45%
Após alta da maternidade	2	6,90%
Total de respostas:	29	

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Desenvolvemos um estudo de natureza quantitativa no âmbito do X Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica da ESEnfC, com os objetivos: Identificar os problemas na amamentação referidos pelas mulheres nos primeiros 6 meses após o parto; Conhecer as estratégias utilizadas pelas mulheres para a resolução dos problemas identificados e propor intervenções de enfermagem que contribuam para a resolução dos problemas sobre a amamentação apresentados pelas mulheres.

Assim após a colheita e análise dos dados efetuada nos capítulos anteriores, iniciamos agora a discussão dos resultados “Quando os resultados apontam para a mesma direção, a discussão é mais simples de ser conduzida. Se há marcadas discrepâncias entre os achados, essas discrepâncias são registadas e comentadas na tentativa de esclarecer os possíveis motivos das diferenças” (Pereira, 2013, p.537).

A amostra deste estudo foi constituída por 96 mulheres que foram mães entre setembro de 2020 e setembro de 2021 e apresentavam o seguinte perfil epidemiológico: uma média de idades de 34 anos, formação académica superior (licenciatura e mestrado, 37,50% e 34,38%, respetivamente), sendo a maioria casadas ou a viverem em união de facto (87,50%) e empregadas por tempo completo (90,63%), a maioria (58,33%) a viverem em cidades. Segundo Ferreira (2012), as mulheres que residem na cidade possuem maior motivação para a amamentação, podendo assim estar mais capacitadas para resolver as dificuldades que possam surgir, especialmente no primeiro mês de vida. Estes resultados também são convergentes com o referido por Nelas, Ferreira e Duarte (2008), Ferreira, Nelas e Duarte (2011), Ferreira (2012) e Pedro (2012) que também observaram uma predominância do aleitamento materno em mulheres mais velhas, com maior grau de escolaridade, maioritariamente casadas e empregadas.

Relativamente ao contexto do “Parto e Amamentação”, verificámos que a maioria das mulheres, apresentaram um parto vaginal com períneotomia (27,50%), que, a maioria das mulheres (60,42%) amamentaram pela primeira vez, sendo que 82,29% amamentaram na primeira hora de vida. Das mulheres que não amamentaram na primeira hora de vida, 12% referem-se a partos por cesarianas emergentes (com necessidade anestesia geral) sendo mencionado a pandemia covid-19, como tendo tido influência na mesma) e 26,09%

destas mulheres apontam que não lhes foi dada oportunidade para amamentar pelos profissionais. Estes resultados convergem com os referidos por Ferreira (2012) que observou uma predominância de mães, a amamentarem os seus filhos, durante os primeiros 30 minutos de vida e a presença de aleitamento materno exclusivo. Os autores Junges, Ressel, Budó, Hoffmann e Shenem (2010) e D'artibale & Bercini (2014), reforçam a importância da amamentação logo após o nascimento, alegando a aproximação do binómio mãe e filho que proporciona sentimentos e significados favoráveis à vinculação e ao início da amamentação.

Acerca do tipo de aleitamento praticado pelas mulheres, as participantes no estudo durante a permanência na maternidade, foi de 65,63% de leite materno exclusivo (amamentação, LM por copo ou por LM por tetina). De salientar também que as participantes alimentaram os seus filhos pelo menos até aos 6 meses de vida do bebé, (31,18%) e 2,15% prolongam o AM até aos 24 meses, contudo, pela análise dos dados parece-nos ter sido utilizado LF em diferentes momentos da vida do bebé de forma ocasional, pois constata-se, que depois da alta até à primeira semana, a necessidade de recurso ao LF é superior aos meses seguintes (13,29%). Já no segundo mês de vida (9,79%) do bebé e no regresso ao trabalho (9,79%) da mulher, analisa-se que há também um aumento em relação à introdução de LF, em comparação com os restantes meses. São no primeiro dia de vida e no 6º mês de vida do bebé, que se verifica menor taxa de introdução de LF, com 15%, em ambos os momentos. Estes resultados estão de acordo com o estudo de Levy e Bértolo (2012) que aponta para uma alta incidência do aleitamento materno, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno, contudo, esse mesmo estudo, demonstra que quase metade das mães, abandonam o AME precocemente, no primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte das mães não conseguem cumprir o seu projeto de amamentar, desistindo muito precocemente da amamentação. Por todas estas razões, é substancial que em Portugal se continuem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno, tendo neste âmbito o EEESMO um papel fundamental.

Quando houve necessidade de recomendação de LF, segundo o estudo, predominantemente as fases de maior incidência até aos 6 meses de vida para a sua introdução foram: o primeiro dia do bebé (5,59%), os primeiros dias de vida (20,28%); ao mês de vida do bebé (8,39%) e entre o terceiro mês de vida do bebé (9,09%) e o sexto mês (5,59%).

Estes resultados confluem para o que referem Marques, Cunha, Aragón e Peixoto (2008),

que verificaram que as mulheres tinham maiores dificuldades na amamentação desde o primeiro dia até ao 30º dia de amamentação. A acrescentar, Frota e Marcopito (2004) no seu estudo, verificaram que a ocorrência mais elevada de dificuldades durante esse período de amamentação ocorreu em mulheres adolescentes, sobretudo ao 7º dia de vida do seu bebé. Ou seja, os estudos convergem no mesmo sentido verificando-se que as mulheres apresentam maiores dificuldades na amamentação no primeiro, no 7º dia e no primeiro mês. Ou seja, são nos primeiros dias de vida que prevalecem as maiores dificuldades na amamentação, segundo a convergência dos resultados.

Os resultados obtidos permitem-nos ainda referir que o LF foi iniciado maioritariamente (54,90%) por perda ponderal do bebé e 49,02% devido a considerarem que o bebé tem fome. Estes resultados corroboram com a literatura existente. Marques et al. (2008), constataram, também, a presença de uma elevada percentagem de mães que afirmaram possuir “pouco leite” ou mesmo “sem leite”. Como tal, os mesmos autores são da opinião de que é essencial que as orientações durante a gravidez e no decorrer da amamentação sejam no âmbito de auxiliar as mães no ganho de auto-estima e a terem confiança de que o seu próprio leite é capaz de garantir saúde e bem-estar ao seu bebé.

Acerca da decisão de amamentar, 84,04% das mulheres não se sentiram influenciadas por ninguém, na sua tomada de decisão, e 84,38% referiu possuir a informação necessária para a mesma tomada de decisão. Neste âmbito, Silva (2012), faz referência, nos seus estudos, que a decisão de amamentar consiste numa decisão pessoal, uma vez que a mesma está sujeita a influências resultantes da socialização de cada mulher. Se uma mulher cresceu num ambiente aleitante, ou seja, o AM era praticado de forma natural, se foi amamentada, se viu outras mulheres a amamentar os seus filhos e reúne experiências positivas relacionadas com a amamentação, é provável que repercuta essas experiências na sua decisão.

No estudo realizado, as participantes referem como principais fontes de informação sobre a amamentação os enfermeiros especializados/as dos Centros de Saúde (67,02%) e os enfermeiros especializados/as das “maternidades/internamento/pós- parto” (42,55%). Também no estudo de Marques et al. (2008), os enfermeiros especializados assumem um papel fundamental na informação sobre amamentação. Nesse estudo refere-se ao facto da maioria das mães, independente de possuírem dificuldades ou não com a amamentação, obtiveram informação sobre a amamentação nas consultas de vigilância pré-natal, o que comprova a importância do papel dos profissionais de saúde nesta área, tornando as mulheres mais capacitadas no pré-parto por forma a sentirem-se mais

informadas e aptas no momento de amamentar estando em concordância com os resultados divulgados.

Relativamente aos temas que as participantes identificaram maior conhecimento foi: “vantagem da amamentação” (98,96%), “dificuldades mais comuns na amamentação” (72,92%), “posições para amamentar” (73,96%), “pega do bebê” (71,88%), hábitos e comportamentos promotores do sono, aleitamento materno” (67,71%), “extração e conservação do leite” (67,71%), “frequência das mamadas” (65,63%), “sinais de fome do bebê” (56,25%), tratamento do ingurgitamento” mamário (53%) e demonstraram estar informadas sobre a “prevenção de fissuras nos mamilos” (57,29%). Estes resultados vêm de encontro com o descrito pelo estudo de Almeida (2011), com grávidas no terceiro trimestre de gravidez, num Centro de Preparação para o Parto em Portugal, pôde verificar-se que as grávidas possuíam muito bons conhecimentos (80% das participantes) nomeadamente ao nível das vantagens da amamentação, da técnica de amamentação da anatomia da mama e da fisiologia da amamentação.

Quanto ao acesso ao conhecimento/informação, as participantes referiram que foi maioritariamente facultado por os/as enfermeiros/as dos centros de saúde (67,02%) e enfermeiro especializados da maternidade, especificamente no internamento pós-parto (42,55%). Estes resultados, também corroboram com a pesquisa analisada, que descreve como refere Catarino (2007), após a realização de um estudo em Portugal a 160 puérpera, onde refere que 60% destas concorda totalmente com o fato de ser importante que as dúvidas sejam esclarecidas pela equipa de enfermagem

Da amostra estudada, verificou-se que 35,79% das mulheres não sentiram problemas com a amamentação. Contudo 27,37% sentiram “insegurança/medo de não ser capaz” e 23,16% “falta de apoio/ acompanhamento na amamentação. Estes resultados corroboram com os apresentados pelo que apresentamos na revisão da literatura onde Murray et al., (2000) defendem que, a amamentação pode ser uma experiência extremamente gratificante para a mãe e para o bebê, com benefícios para a saúde física e mental de ambos, sendo que, amamentar é uma arte que se aprende. Os mesmos autores referem que algumas mães amamentam com facilidade, não se confrontando com problemas, mas outras encontram muitas dificuldades e contrariedades que impedem o sucesso da amamentação. É neste encontro íntimo e profundo entre mãe e filho, que ambos, com as suas características próprias, vão-se conhecendo ou reconhecendo.

De encontro aos resultados obtidos relativos às participantes que referiram sentir

problemas com a amamentação, nomeadamente como supra-citado nos resultados com insegurança/medo de não ser capaz” e “falta de apoio/ acompanhamento na amamentação, Rocci & Fernandes (2014) num estudo realizado acerca das dificuldades na amamentação, mencionam que a cultura interfere fortemente nas crenças maternas e a influência de outras pessoas (avós , vizinhas), podem levar as mães a acreditarem que não são capazes de produzir leite em quantidade suficiente, ou seja, a sentirem- se inseguras, mesmo quando são orientadas. Assim, o acompanhamento das mães pela equipa de apoio nos primeiros seis meses como incentivo ao AME é uma estratégia fundamental.

Quanto às dificuldades que as participantes vivenciaram na amamentação, observou- se maioritariamente “saber se tinham leite suficiente” (38,54%), “saber se o bebé ficou bem alimentado ou com fome” (36,46%), “saber se o bebé estava a fazer boa pega (34,38%)”. Estes resultados revelam a necessidade de educação para a gestão eficaz da amamentação, realizada por profissionais de saúde nas primeiras semanas pós-parto, o que, segundo Alves (2011) assumindo-se como uma estratégia potenciadora do sucesso da taxa de amamentação.

As fases em que as participantes no estudo sentiram maiores dificuldades na amamentação foram no “primeiro mês de vida do bebé” (36,5%), “durante o internamento na maternidade” (35,4%) e na “primeira vez que amamentaram” (31,3%). Para a resolução das dificuldades sentidas na amamentação 51% das participantes, recorreram às equipas de “enfermagem nos Centros de Saúde”. Os estudos referenciados por Marques, Cunha, Aragón e Peixoto (2008) vão ao encontro dos resultados encontrados no estudo efetuado, cujo objetivo foi verificar os fatores relacionados com as dificuldades no aleitamento materno, onde observou que 41,7% das mulheres relataram ter encontrado algum tipo de dificuldade durante a amamentação, desde o primeiro dia até ao 30º dia de amamentação.

No que concerne às razões que levaram à manutenção da dificuldade em resolver os problemas com a amamentação, 53% das participantes referem que “não se aplica”, ou seja, presume-se que resolveram os seus problemas numa primeira fase. No entanto, 17% referiram não verificarem o seu problema solucionado, por “falta de apoio de enfermeiros na maternidade”.

Segundo as participantes, quem acompanhou todo o processo de amamentação foram maioritariamente os maridos/companheiros/as (88,4%), seguido do/a enfermeiro do

centro de saúde (43, 2%). Os resultados atingidos direcionam-se para o que foi encontrado pelos estudos efetuados pelos autores Pinto, Martins, Campana, Quintamilha, Zani & Bernardy (2018) que referem ser essencial também para além dos profissionais de saúde, o apoio daqueles que rodeiam a mulher, sendo o pai do bebé a pessoa que habitualmente tem maior peso e onde se espera que ofereça segurança e estabilidade, para que a mãe forme uma influência positiva e vínculo com o bebé, estando ele na posição ideal para assistência. Refere-se ainda que 24,2% das participantes referem ter sido muito bem acompanhadas no processo de amamentação. Estes achados vão ao encontro com o descrito por Levy e Bértolo (2012) que referem que o estabelecimento da lactação tem sido apontado como o segundo ponto de viragem, sendo decisivas as práticas hospitalares ligadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto para um aleitamento materno com sucesso. Segundo os mesmos autores, eventos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período do pós-parto imediato e durante a estadia da mãe e do bebé no hospital podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno.

No que diz respeito à influência da pandemia por Covid-19 na amamentação, 21,74% das participantes referiram que a pandemia por Covid-19 “teve influência” na amamentação. Por outro lado, 22% das participantes consideraram que esta pandemia trouxe alterações assistenciais por sentirem que o seu acesso aos profissionais dos centros de saúde foi restringido. De acrescentar que 20% das participantes referiram também sentir restrições no acesso aos cursos de preparação para o parto e parentalidade. As participantes referiram ainda um maior défice relativo à assistência dos profissionais de saúde, maioritariamente “após a alta da maternidade” (59%), “durante a gravidez” (52%) e “no internamento pós-parto” (41%). Segundo Santos et al. (2021) implementar estratégias para fazer face às complicações enfrentadas pelas mães em tempos de pandemia, no que concerne a amamentação, é tarefa dos enfermeiros especialistas e devem estar na frente dos processos de educação para a saúde, com orientações precisas e imparciais, desenvolvendo um trabalho essencial na decisão de amamentar por parte da mãe e orientações relacionadas ao contexto covid.

Assim os resultados direcionam-se para o relatado por Santos et al. (2021) que menciona que ações educativas e preventivas relacionadas com as complicações mamárias, são questões necessárias e adequadas para sustentar o processo de amamentar fisiológico, perante o momento de pandemia que estamos a vivenciar e trazer relações de confiança, compromisso e vínculo com o profissional de saúde, a mãe e a rede sócio afetiva.

7. INTERVENÇÕES DO EEESMO

A análise dos resultados permite constatar que a pandemia por Covid-19 não foi referida pelas participantes como tendo influência na amamentação. Contudo, foi referido que a pandemia conduziu a alterações assistenciais, limitando o acesso das participantes aos profissionais dos centros de saúde, nomeadamente aos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade. A pandemia pode ainda ter tido impacto na baixa assistência dos profissionais de saúde, maioritariamente “após a alta da maternidade”, “durante a gravidez” e “no internamento pós-parto”, o que condicionou o acesso das participantes (durante a gravidez e no pós-parto), à educação para a saúde e à assistência direta em situações de saúde / doença e, por isso, pode ter influenciado a área da amamentação, apesar de não identificado pelas participantes.

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde, ERS (2020), desde o início da pandemia, verificou-se uma redução do número de consultas médicas presenciais, com diminuição de 33%, 73% e 66% nos meses de março, abril e maio, respetivamente. Nos mesmos meses, também o número de consultas de enfermagem presenciais, que tiveram ligeiros aumentos em janeiro e fevereiro, foi substancialmente inferior nos meses de março, abril e maio, face aos períodos homólogos do ano anterior. A ERS (2020) refere ainda que em junho de 2020, o tema que dominou os pedidos de informação foram os “Direitos dos Utentes”, destacando-se: (1) direito ao acompanhamento de utentes grávidas; (2) restrições de visitas hospitalares; e (3) impossibilidade de acompanhamento durante prestação de cuidados. Estes dados revelam a dificuldade de acesso causada pela pandemia COVID-19 aos serviços de saúde.

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

A falta de recursos humanos nos serviços de saúde em Portugal justifica a dificuldade

no acompanhamento com maior qualidade. A enfermagem não é exceção. As políticas em saúde terão de mudar para que exista excelência no cuidar e por forma, a que os enfermeiros especializados consigam assumir os seus papéis com as condições necessárias e dignas.

Os EEESMO devem proporcionar benefícios essenciais para a população, na qual se centram, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, garantindo a continuidade de cuidados. Deve assim, contribuir igualmente para o progresso da profissão através do conhecimento em Enfermagem e da prática baseada na evidência. Da sua experiência clínica e do seu conhecimento, EEESMO deverá ajudar a encontrar soluções para problemas complexos a todos os níveis, quer ao nível dos cuidados, quer ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos, bem como fazer cumprir os programas de saúde nacionais e internacionais preconizados, por forma, a obtermos ganhos em saúde efetivos.

Em forma de conclusão, o EEESMO deve exercer a sua profissão atuando no melhor interesse e benefício dos cidadãos, neste caso específico, centrado nas mulheres, respeitando o seu direito a cuidados efetivos, seguros e de qualidade.

O *United Nations Population Fund* e a *International Confederation of Midwives*, no seu relatório de 2006 sobre “Orientações políticas e programas para países que pretendam melhorar os serviços de obstetrícia, sobretudo na comunidade”, apontam o EEESMO como o profissional de eleição para produzir cuidados de saúde na comunidade, prescrevendo intervenções necessárias e indispensáveis para salvar a vida das mães e das crianças (Campbell, Graham, 2006; Berniset al, 2005) e ainda como profissionais de saúde reconhecidos na comunidade.

Em suma, em Portugal, à semelhança dos demais países ocidentais, os enfermeiros especialistas são o maior grupo profissional da área da saúde e, como tal, são os profissionais de saúde que mais decisões tomam e atos praticam. Esta premissa é sustentada pela entidade reguladora da profissão, no nosso país, a Ordem dos Enfermeiros. Acresce ainda que, dada a natureza dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros especializados são também os profissionais de saúde com maior contacto e proximidade com as pessoas a quem prestam cuidados. Neste sentido, depreende-se o potencial que os enfermeiros especializados podem (e deveriam) ter e assumir na

definição de políticas de saúde. Num cenário ideal, seriam os cidadãos quem deveria assumir a centralidade dos processos de decisão e a liderança.

Face aos resultados apresentados e enquanto futura enfermeira EESMO entendemos ser necessário um trabalho em rede, envolvendo as maternidades e os centros de saúde, com recurso a tecnologias que permitam uma assistência à distância de um modo continuado - por videochamada, linha telefónica, entre outros – associado a consultas de EEESMO – de preferência conselheiras da amamentação por marcação e em SOS, sempre que possível nos centros de saúde. Para tal, seria importante a criação de uma página Web (por exemplo o domínio: amamentar.net), onde seriam disponibilizadas informações sobre os problemas e dificuldades mais frequentes, bem como orientações para outras fontes de informação fidedigna sempre que necessário. Este projeto permite não só uma resposta rápida aquando da necessidade, como também a redução de necessidade de deslocação a serviços de urgência, facilitando: um acesso mais fácil a cuidados de saúde; mais económico não só para as mulheres / famílias, mas também para o serviço nacional de saúde; e mais sustentável porque reduz a deslocação a serviços de saúde

CONCLUSÃO

Ao apresentarmos a conclusão pretendemos que esta seja um ponto de reflexão sobre todo o percurso desenvolvido, quer na componente clínica, quer na componente de investigação, realçando ainda os resultados obtidos.

No que se refere á componente clínica apraz-nos referir que, enquanto futura EEESMO, tive inúmeras oportunidades para desenvolver as minhas competências a diversos níveis, nomeadamente, pude exercer uma prática profissional ética e legal, nas diferentes áreas da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Na prática de cuidados garanti sempre o respeito pelos direitos humanos e pela profissão.

Este desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, nomeadamente as específicas de EEESMO, foi possível ao longo dos estágios, onde cuidei “a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional”, particularmente nos estágios de vigilância da gravidez, que decorreram na UCSP de Cantanhede e nas consultas externas da maternidade Bissaya Barreto. Tive a oportunidade de “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” do UMMF da MDM através da realização de consultas de vigilância de gravidez e realização de aulas de preparação para a parentalidade na UCSP de Cantanhede. De modo a dar suporte a eventuais dúvidas ou problemas na amamentação, aos quais as mulheres necessitem de recorrer ao EEESMO, desenvolvi o projeto de um cantinho de amamentação.

Realço também o desenvolvimento de competências no âmbito do cuidado à mulher em trabalho de parto, inseridas na família e comunidade, onde pude garantir a atuação de acordo com o plano de parto estabelecido pela mulher garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. Participei e tomei consciência da importância de um ambiente seguro para que sucesso do trabalho de parto e parto na saúde da mulher e do recém-nascido.

O puerpério também foi alvo da minha atenção, onde cuidei a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, concebendo, planeando, implementando e

avaliando intervenções de promoção e apoio à adaptação pós- parto. Neste âmbito, com a realização de sessões de demonstração, treino e incentivo à realização de massagem ao bebê para os pais durante o internamento; a conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, entre outras, pude constatar a relevância que o EEESMO tem na formação e instrução da mulher, família e comunidade, como medida de promoção de saúde de uma forma global, nas diversas vertentes.

No estágio de ginecologia tive a oportunidade de desenvolver, com maior amplitude, a competência específica do EEESMO “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério”, dado que concebi, planeei, implementei e avaliei “medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama”. Neste estágio pude desenvolver competências no âmbito da capacitação das mulheres e conviventes significativos num momento de transição, abordando estratégias para ultrapassarem a nova fase das suas vidas, através de suporte emocional, como escuta ativa, dinâmicas de grupo, estratégias para recuperar a auto-estima e/ou encaminhamento para outros profissionais.

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica foi também uma unidade de competência que considero que trabalhei e adquiri, com o estágio de ginecologia na MBB, onde informei e orientei a mulher sobre saúde ginecológica, sobre os recursos da comunidade onde pode recorrer neste âmbito, permitindo à mulher que exerça decisões esclarecidas. Através da realização de rodas de conversa com algumas das mulheres que se encontravam internadas e de sessões de educação para a saúde adequadas aos contextos, considero que os enfermeiros/as EEESMO têm um papel essencial na promoção da saúde e prevenção da doença do foro ginecológico.

No que diz respeito a cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade, foi-me possibilitado desenvolver esta competência no estágio de vigilância da gravidez na UCSP de Cantanhede onde cuidei também de mulheres jovens, adolescentes —aconselhei sobre o programa nacional de vacinação e informei sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.

Os diversos momentos de aprendizagem vivenciados ao longo dos estágios permitiram-me a partilha de informações e experiências com os diferentes profissionais, nomeadamente enfermeiros EEESMO, constituindo esta partilha uma mais-valia no

enriquecimento do meu percurso de desenvolvimento pessoal, profissional e acadêmico. Tive a oportunidade de participar e comprovar que o cuidar em enfermagem, com as competências acrescidas de enfermeiro especialista, comuns e específicas de EEESMO, nos diferentes contextos do cuidar, requerem rigor e competência técnica, integração de conhecimentos, estabelecimento de prioridades e perícia profissional.

No que se refere à componente de investigação, desenvolvemos um estudo empírico (estudo quantitativo não experimental, retrospectivo, descritivo e exploratório) para o qual definimos os seguintes objetivos: “identificar os problemas na amamentação referidos pelas mulheres nos primeiros 6 meses após o parto”; “conhecer as estratégias utilizadas pelas mulheres para a resolução dos problemas identificados”; “propor intervenções de enfermagem que contribuam para a resolução dos problemas sobre a amamentação apresentados pelas mulheres.”. A colheita de dados foi realizada num período marcado pela pandemia por COVID-19, pelo que se contextualizou os dados obtidos no âmbito do acesso à saúde durante a pandemia.

Participaram 96 mulheres que obedeciam aos critérios de inclusão estabelecidos, com uma média de idade de 34 anos, maioritariamente com formação académica superior, casadas ou a viverem em união de facto e empregadas por tempo completo.

A maioria amamentou pela primeira vez e cerca de 82% fizeram-no na primeira hora de vida. O principal motivo apontado para a não amamentação na primeira hora de vida foi o parto por cesariana emergente, sendo mencionado a pandemia covid-19 como tendo influência na mesma. 65,63% das participantes amamentaram de forma exclusiva durante a permanência na maternidade, e 31,18% das participantes amamentaram até aos 6 meses de vida do bebé.

Até aos 6 meses de vida do bebé, 53,13% das participantes recorreram ao leite de fórmula, sendo, em 25,87% dos casos, introduzido na maternidade. Os principais motivos apontados para a introdução de LF foram a perda de peso do bebé, a consideração de que o bebé tinha fome e problemas com os mamilos (dores/fissuras, etc.).

As participantes referem que sentiram mais dificuldades na amamentação no “primeiro mês de vida do bebé”, “durante o internamento na maternidade” e na “primeira vez que amamentaram”. Como principais dificuldades vivenciadas durante a amamentação a “saber se tinham leite suficiente”, “saber se o bebé ficou bem alimentado ou com fome”, “saber se o bebé estava a fazer boa pega” e “acordar o bebé para amamentar”. Apontam

como principais problemas sentidos durante a amamentação a “insegurança/medo de não ser capaz”, a “falta de apoio/ acompanhamento na amamentação”, a “falta de capacidade/treino para amamentar”, a “falta de informação/conhecimentos” e a “existência de informações discordantes /divergentes”. Parece-nos poder concluir que as dificuldades sentidas e vivenciadas remetem para a falta de conhecimentos no reconhecimento, por um lado, do estado de saciedade do bebé, e, por outro, das adequadas competências pessoais da mulher para amamentar.

No que se refere às estratégias utilizadas pelas mulheres para a resolução dos problemas identificados, constatou-se que as participantes recorreram a profissionais de saúde para a sua resolução. Apontam o marido e/ou companheiro/a como o principal acompanhante de todo o processo de amamentação. De forma a obter informações sobre amamentação, as participantes recorreram maioritariamente às “equipas enfermagem nos Centros de Saúde” e, na sua globalidade, resolvem satisfatoriamente os seus problemas. Contudo, em algumas situações, referem “falta de apoio pelos enfermeiros especialistas nos Centros de Saúde” e “falta de apoio de enfermeiro especialistas na maternidade”, uma vez que, em casos de urgência, as mulheres recorrem à urgência das maternidades onde tiveram os filhos.

Assim, parece-nos poder concluir que os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros especializados, surgem como essenciais na resolução de problemas associados à amamentação. Tendo o companheiro um papel primordial no acompanhamento da amamentação, surge como um elo fundamental a incluir nos cuidados e no desenvolvimento de estratégias para o sucesso da amamentação.

Reconhece-se como limitação do estudo, este não ser generalizável para a população, devido à sua natureza. Contudo, os resultados obtidos alertam para as dificuldades enfrentadas pelas mulheres durante o processo de amamentação e a importância das intervenções dos EEESMO.

Propõe-se como intervenções de enfermagem específicas de EEESMO a realização de um projeto audiovisual em rede, constituído entre maternidades e centros de saúde das áreas de residência onde, em cada fase da vida (neste caso gravidez e pós-parto), seja assegurado o acompanhamento à distância quer por videochamada, quer com carácter informativo, consultas de enfermagem por marcação e em SOS. A falta de recursos humanos nos serviços de saúde em Portugal justifica a dificuldade no acompanhamento com maior qualidade, e neste ponto, a enfermagem não é exceção.

Em forma de conclusão, o EESMO deve exercer a sua profissão atuando no melhor interesse e benefício dos cidadãos, neste caso centrado nas mulheres, respeitando o seu direito a cuidados efetivos, seguros e de qualidade.

Perante o exposto, consideramos que os objetivos propostos inicialmente para esta investigação foram cumpridos, surgindo contributos importantes para a reflexão sobre a prática dos enfermeiros EESMO. De um modo geral, estes têm a oportunidade de, nas diferentes áreas de atuação, transmitir conhecimento, estimular e orientar a mulher, nomeadamente a puérpera, a tomar decisões livres e esclarecidas sobre a amamentação.

Gostaríamos de referir algumas limitações deste estudo. A primeira refere-se à falta de experiência da investigadora em estudos de natureza quantitativa. Salienta-se a inexperiência e ainda falta de destreza da investigadora, que, contudo, desenvolveu todo o processo de forma transparente. Também as limitações de tempo condicionaram a elaboração do trabalho de investigação desejado, e os ajustes necessários condicionados tanto pela pandemia à data, como condicionantes externas não controláveis pela investigadora, reduziram o tempo efetivo de trabalho e, conseqüentemente, a qualidade do trabalho final.

Ao terminar esta investigação, fica o sentimento de que muito fica por explorar relativamente à amamentação. Sugere-se, por isso, a realização de investigações futuras, destacando-se: comparar as dificuldades na amamentação entre população de mulheres em fases de pandemia e não pandemia; comparar a assistência em saúde, percecionada pelas mulheres na fase pandémica e não pandémica.

A realização deste relatório proporcionou momentos muito exigentes, na medida em que, nas suas diversas fases de elaboração, requereu um grande esforço e disponibilidade, nomeadamente devido à complexidade do processo de investigação. Ainda assim, foi, na sua generalidade, uma experiência gratificante e de crescimento, não só a nível profissional como também a nível pessoal.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, T. (2011). *O conhecimento das grávidas no 3º Trimestre, de um Centro de Preparação para o Parto, sobre amamentação*. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde, Portugal
- Álvares, M. (2021). *Investigação em Administração e Gestão Educacional: Introdução aos métodos quantitativos e análise SPSS*. Universidade Aberta. Disponível em: [http:// E book Quantitativos \(1\).pdf \(uab.pt\)](http://E_book_Quantitativos_(1).pdf_(uab.pt))
- Alves, S.M.A.L. (2011). *Grupos de apoio "Mãe para Mãe": Percursos e vivências da amamentação e implicações na Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação Universidade do Minho, Instituto de Educação: Área de Especialização em Educação para a Saúde
- Andrade, S. (2021). *Aleitamento materno em tempos da pandemia da COVID-19: revisão integrativa*. *Research Society and Development*. 10 (3). 1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd>
- Araújo, L.E.A.S; Sales, J.R.P; Melo, M.C.P., M.C.; Mendes, R.N, C, & Mistura, C. (2014). *Influências Sociais no processo do aleitar: percepções das mães*. *Revista Espaço para a saúde*, vol. 15 (1), 25-36
- Assis, R. (2009) "A Inserção da Mulher no Mercado de Trabalho". Atas do VI Convibra – Conferência virtual brasileira de Administração. Instituto Superior de Educação Ceres, 1-16
- Associação Portuguesa de Nutrição. (2020). *Acta Portuguesa de Nutrição. A Revista da Associação Portuguesa de Nutrição*. (20), 2-50. Jan-Mar. Porto.
- Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher da Gravidez e Parto (2015). *O Plano de Parto, Ou Plano de Nascimento, Ou Plano de Preferências de Parto*
- Backstrom, B. (2008). *Metodologia das Ciências Sociais, Métodos Quantitativos: Caderno de Apoio*. Universidade Aberta. Lisboa
- Barros, P.P. (2021). *Acesso a cuidados de saúde: As escolhas dos cidadãos*. Nova

- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora
- Bogdan, R. & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em Investigação*. Portugal: Porto Editora
- Carvalhaes, M.A.B.L., & Corrêa, C.R.H. (2003). Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr (Rio J)*, (1): 13-20 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n1/v79n1a01.pdf>
- Castelli, C., Maahs, M., & Almeida, S. (2014). Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e mulheres em relação ao aleitamento materno. *Rev. CEFAC*. 2014 Jul- Ago; 16(4): 1178-1186. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n4/1982-0216-rcefac-16-4-1178.pdf>
- Catarino, M.(2007). *Ideias e Práticas de Mães face à Amamentação* (Tese de Mestrado). Universidade do Algarve, Portugal
- Conselho Nacional de Saúde (2011)- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.
- D'Artibale E. & Bercini L. (2014). O contato e amamentação precoces: significados e vivências. *Texto Contexto Enfm.*, Florianópolis, 2014, Jan-Mar; 23(1): 109-17. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00109.pdf
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Entidade Reguladora da Saúde (2020). *Informação de Monitorização- Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020*. Porto, Portugal
- Enkin, M, E., Keirse M., Neilson J., Crowther C., Duley.L. (2000). *A guide to effective care in Pregnancy and child birth*. 3ªed. Oxford: Oxford University Press
- Ferreira, M.,. Nelas, P., Duarte, J. (2011). Motivação para o Aleitamento Materno: Variáveis Intervenientes. *Millenium*, 40: 23-38
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência

- Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica – Fundamentos, Métodos e Técnicas*: Lisboa. Instituto Piaget
- Frota, D.A.L., & Marcopito, L.F. (2004). Amamentação entre mães adolescentes e não adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev Saúde Pública*; 38(1): 85-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18456.pdf>
- Galvão, D.M. (2006). *Amamentação Bem-sucedida: alguns Factores Determinantes*. Loures: Lusociência
- Giacomini, D. & Mella A. – Reposição Hormonal: vantagens e desvantagens. *Ciências Biológicas e Saúde Londrina*. vol. 27, nº 1 (Jan/Jun) p. 71-91
- Giuliani, E.R.J., & Lamounier, J.A. (2004). Aleitamento Materno: uma contribuição Científica para a prática do profissional de saúde. *Jornal de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria*; pp. S117-S118
- Gouveia, H. M.M. (2012). *Das Beiras para o Centro: A imagem da região Centro Junto dos seus habitantes*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Aveiro, Portugal
- Gladys, E.C.E., Cruz, D.J.B., Doris, H.R.S., Mario, G.V.C. (2007) – La Teoría de las Transiciones y la Salud de la Mujer en el Embarazo y en el Posparto. *Aquichan*. Ano 7, vol.7, nº1 (Abril) p. 8-24
- Guimarães M., Soares, C, Donadi, E, Derchain, S. Andrade, Silva, Hassumi, ...Soares E. (2010). Low Expression of Human Histocompatibility Soluble Leukocyte Antigen-G (HLA-G5) in Invasive Cervical Cancer With and Without Metastasis, Associated With Papilloma Virus (HPV). *Journal of Histochemistry & Cytochemistry*. Vol.58(5): 405–411
- Henderson, J.J., Evans, S.F., Straton, J.A., Priest, S.R., & Hagan, R. (2003). Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*; 30(3): 175-180
- Horta, B.L & Vitoria, C.G. (2013). *Long terms effects of brestfeeding: A systemic review*. Geneva: World Health Organization
- Instituto Nacional de Estatística- INE (2012). *Estatísticas Femininas: Ser Mulher em Portugal*. Lisboa

Instituto Nacional de Estatística (2010). Recuperado de <http://smi.ine.pt/conceito/Detalhes/6998#Historico>

Levy, L & Sousa, S. (2013). Percepção materna sobre o apoio recebido para a amamentação: o olhar na perspectiva da vulnerabilidade programática. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v.34, 1:73-90

Lomônaco C., Tomaz, R.A.F, Ramos, M.T.O. (2015) - O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. Brasil. *Reprodução & Climatério*. Vol. 30, nº2 (jul /out.) p.58-66

Lopes, D.B.M., & Praça, N. S. (2010). Incontinência Urinária Autorreferida no Pós-Parto. *Texto Contexto Enfermagem*, 19 (4), 667-674

Lourenço, C., Silva, J., Castro, J., Veiga, M., & Carvalho, C. (2012). Ventosa Obstétrica: Uma Revisão da Literatura. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE. *Arquivos de Medicina*. 26 (6), 254-263

Lorenzi, D- (2008). Avaliação da qualidade de vida no climatério. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 30 (3): 103-106. doi: 10.1590/ S100-7232008000300001.

Marques, R., Cunha, I., Aragón, M., & Peixoto, V. (2008). Factores relacionados às dificuldades no aleitamento materno entre mães adolescentes. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; *Rev. Para. Med.* V.22: 1.Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0101-59072008000100008&script=sci_arttext

Ministério da Saúde (2015). *Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação complementar*. 2ªed. Brasília, Brasil

Meleis, Afaf [et al.] – Experiencing Transitions: an Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*. Vol.23, nº 1 (Set. 2000), p. 12-28

Melo, D., Costa, M.R., & Ferreira, R.V. (2014). Planejamento Familiar: género e significados. *Textos & Contextos*. 13 (2), 387-397

Mitoulas, S.H & Liabat, S. (2020). Breastfeeding, Human Milk and COVID-19- What Does Evidence Say?. *Frontiers in Pediatrics*.5. doi: 10.3389/fped.2020.613339

Nelas, P., Ferreira, M,P. & Duarte, J. (2008). Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida. *Revista Referência*. II série-nº6:39-56

- Oliveira, A. P. R., Patel, B. N., & Fonseca, M. G. M. (2004). Dificuldades na amamentação entre mulheres atendidas no hospital Inácio Pinto dos Santos – HIPS, Feira de Santana/BA. *Feira de Santana*, 30: 31-46
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto dos Enfermeiros e REPE. Lisboa, Portugal
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Parecer Nº7 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Plano de Parto
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Parecer Nº3 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- OMS (Organização Mundial da Saúde) (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Suíça
- Organização das Nações Unidas (2015). Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável
- Pedro, I.M.S.C. (2012). *Motivação da grávida para a amamentação e a sua relação com variáveis sociodemográficas, obstétricas, autoestima da grávida e envolvimento paterno na gravidez*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Pereira, G., & Ortigão, M.I.R. (2016). Pesquisa Quantitativa em Educação: Algumas Considerações. *Periferia*. 8 (1), 66–79
- Pereira, M. (2006). Aleitamento materno: importância da correção da pega no sucesso da amamentação – Resultados de um estudo experimental. Loures: Lusociência
- Pereira, M.G. (2013). A seção de discussão de um artigo científico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 22(3): 537-538
- Pinho, S. M.A. (2015). *Dificuldades na amamentação no primeiro mês de vida: impacto*

do contexto da amamentação e dos contextos de vida. (Dissertação de mestrado).
Instituto Politécnico de Viseu, Portugal

Pinto, T. (2008). Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade. Revisão das Estratégias no Período Pré-Natal e Após a Alta Arq.Med.,22(2/3):57-68 Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo=sci_artext&pid=S=0871-34132008000200005

Pinto, K., Martins, J., Campana, M, Quintamilha, T., Zani, A. & Bernardy, C. (2018). Dificuldades na amamentação: Sentimentos e percepções paternas: *Journal of Nursing and Health*, 8 (1), 1-12

Rocci, E., Fernandes, R. A. Q. (2014). Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Jan-Fev. 67(1): 22-7. doi: 10.5935/0034-7167.20140002

Santos, R. S., Amaral, R.C.C, Santos E., Carvalho, T.V., Correia, T.L.B.V., & Costa, C. Programa Mãe - Canguru e a relação mãe-bebê: Pesquisa qualitativa na rede pública de Beti. *Psicologia em Estudo*, pp. 475-483

Sanches, M.T.C. (2004). Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J.Pediatr* (Rio J); 80(5 Supl):S155-S162. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a07.pdf>

Silva, S. (2009). Qualidade de Vida e bem-estar psicológico em idosos. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa. Porto, Portugal.

Silva, C. (2012). *Transição para a parentalidade: necessidade de cuidados de enfermagem no pós-parto eutócico* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Portugal.

Sousa, A.S.B (2016) - *Dificuldades no aleitamento materno*. Dissertação de Mestrado Instituto Politécnico de Viseu: Viseu

Souza, A. et al (2009) — Impacto do climatério na qualidade de vida em mulheres atendidas na fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil, Belém

Urbanetto, P.D.G, Gomes, Costa, G. Nobre, C., Xavier, D. (2018). Facilidades e dificuldades encontradas pelas mulheres para amamentar. 10(2): 399-405. DOI:

10.9789/2175-5361.2018.v10i2.399-405

UNICEF (s.d.). *A iniciativa Amiga dos Bebés*. Recuperado de <http://unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>

UNICEF(2018). *Proteting, Promoting and Supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby- Friendly. Hospital Initiative*. World Heald Organization. ISBN: 978-92-4-151-380-7.

Walker, M. (2008). Conquering common breast-feeding probelms. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*; 22(4): 267-274

World Health Organization (2019). *Semana Mundial da Amamentação*. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/08/01/semana-mundial-da-amamentacao-3/>

APÊNDICES

APÊNDICE I:

QUESTIONÁRIO DE COLHEITA DE DADOS

Amamentar em tempos de Pandemia

Estudo sobre "Amamentar em tempos de pandemia: dos problemas identificados às propostas de intervenção de enfermagem".

Exma. Senhora,

O meu nome é Filipa Leite e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Neste âmbito estou a desenvolver uma investigação intitulada "Amamentar em tempos de pandemia: dos problemas identificados às propostas de intervenção de enfermagem", sob a orientação da Professora Doutora Maria Neto da Cruz Leitão e co-orientação da professora Doutora Rosa Maria dos Santos Moreira.

Pretende-se com este estudo identificar os problemas na amamentação, referidos pelas mulheres nos primeiros 6 meses após o nascimento do bebé; conhecer as estratégias utilizadas pelas mulheres para a resolução dos problemas identificados; propor intervenções de enfermagem, que contribuam para a resolução dos problemas sobre a amamentação, apresentados pelas mulheres.

Pretende-se incluir neste estudo mulheres que reúnam os seguintes critérios:

- Parto ocorrido em Portugal entre Setembro de 2020 e Setembro de 2021;
- Saibam ler e escrever em português;
- Tenham realizado o parto em Portugal;
- Ter 18 ou mais anos de idade;
- Parto com um só bebé;
- Pretendam livremente participar no estudo e assinar o consentimento informado.

A sua colaboração consiste em responder a algumas questões durante o preenchimento de um questionário (duração prevista 15 minutos).

A sua participação é fundamental para a elaboração do presente estudo, de modo a podermos contribuir para a obtenção de conhecimento científico que se pode reverter na melhoria da assistência promotora da amamentação.

Salienta-se o carácter anónimo da sua participação, sublinhando que os dados obtidos no seu questionário são confidenciais e não serão utilizados para outro fim que não seja o estudo em causa. Informamos que pode desistir a qualquer momento.

Se pretender colocar alguma questão ou necessitar de algum esclarecimento acerca do estudo não hesite em contactar para: filipaleite@outlook.pt

Agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade para responder ao questionário.

Tendo tomado conhecimento do estudo, declaro que reúno condições para o preenchimento deste questionário e que aceito participar nesta investigação. *

***Obrigatório**

Amamentar em tempos de Pandemia

I- Participação no estudo

1. Tendo tomado conhecimento sobre a informação acerca do estudo, declaro que ***** reúno condições para o preenchimento deste questionário e que aceito participar nesta investigação.

Marcar apenas uma oval.

- Aceito participar
 Não aceito participar

II - Variáveis Sociodemográficas

Preencha por favor as seguintes questões, com a maior veracidade e transparência possíveis.

2. 1
. I
d
a
d
e

3. 2. Escolaridade

Marcar apenas uma oval.

- Ensino Básico (até 4º ano)
 Ensino Secundário (até 9º ano)
 Ensino Secundário (até 12º ano)
 Curso Técnico-Profissional
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento
 Outro

4. 3. Estado Civil

Marcar apenas uma oval.

- Casada/União de facto
- Solteira
- Divorciada
- Viúva/Outro

5. 4. Situação Profissional

Marcar apenas uma oval.

- Desempregada
- Empregada em tempo parcial
- Empregada em tempo completo

6. 5. Qual o local onde Reside?

Marcar apenas uma oval.

- Aldeia
- Vila
- Cidade

III - Parto e Amamentação

Preencha por favor as seguintes questões de forma mais realista possível, tendo em conta as suas vivências ou experiências sentidas.

7. 6. Tipo de parto

(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Parto vaginal sem perineotomia (sem corte vaginal)
- Parto vaginal com perineotomia(com corte vaginal)
- Parto com fórceps
- Parto com ventosa
- Parto por cesariana

8. 7. Foi a primeira vez que amamentou? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

9. 8. Amamentou o seu bebé na primeira hora de vida?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

IV- Amamentação: Adaptação

10. 9. Quais as razões que a levaram a não amamentar na primeira hora de vida do bebé?

(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

Impossibilidade, por razões de saúde

Impossibilidade, devido a uma situação pontual (dores, etc.)

Não ter sido proporcionada essa oportunidade pelos profissionais de saúde

Outras razões

Decisão Própria

Não se aplica

11. 9.1 Se respondeu "outras razões" na pergunta anterior, refira por favor, quais foram essas razões?

12. 10. Quais as razões que a levaram a não amamentar durante o internamento?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Decisão própria
- Impossibilidade por razões de saúde
- Impossibilidade por uma situação pontual (dores, etc)
- Não ter sido proporcionada essa oportunidade pelos profissionais de saúde
- Não se aplica
- Outras razões

13. 10.1 Se respondeu "outras razões" na pergunta anterior, refira por favor, quais foram essas razões?

14. 11. Durante o internamento na maternidade unidade de puérperas, que tipo de aleitamento fez?
(selecione por favor uma resposta única para esta questão)

Marcar apenas uma oval.

- Aleitamento materno exclusivo (só mama ou leite materno por tetina ou copo)
- Aleitamento com leite de fórmula
- Aleitamento misto (mama ou leite materno por tetina ou copo + leite de fórmula)

15. 12. Durante quantos meses alimentou em exclusivo o seu bebé com leite materno (só deu mama ou só ofereceu exclusivamente do seu leite mesmo não sendo diretamente da mama)?
(Meses)

16. 13.2.1 Qual/quais o/os profissional/profissionais que recomendou/recomendaram, respetivamente, o leite de fórmula? E em que fase(s) da vida do bebé?

V - Leite materno/Leite de fórmula

17. 13. Até aos seis meses de vida houve necessidade de oferecer leite de fórmula ao bebé?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

18. 13.1. Se sim, em que fase da vida do bebé?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- 1º dia de vida
- Durante o internamento na maternidade
- Depois da alta e na primeira semana de vida do bebé
- Depois da 2ª semana e até ao 28ª dia de vida do bebé
- No 2º mês de vida do bebé
- No 3º mês de vida do bebé
- No 4º mês de vida do bebé
- No 5º mês de vida do bebé
- Quando regresssei ao trabalho
- No 6ºmês de vida do bebé

19. 13.2. Se sim, foi recomendado por um profissional de saúde?

Marcar apenas uma oval.

- Sempre
 Nunca
 Algumas vezes

20. 13.2.2 Se foi oferecido leite de fórmula ao seu bebé qual foi o motivo da oferta ?

(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Considerar que o bebé tinha fome
 Perda de peso do bebé
 Problemas com os mamilos (dores / fissuras / ...)
 Incentivo do Marido / Companheiro/a
 Incentivo da Família / Amigos
 Querer descansar um pouco
 Outra
 Introdução dos primeiros alimentos

21. 14. Quem a influenciou na sua decisão de amamentar?

(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Não fui influenciada por ninguém / Decisão pessoal
 Enfermeiro/a
 Médico/a
 Enfermeiro/a e Médico/a
 Outros profissionais de saúde
 Marido / Companheiro/a
 Família / Amigos / Colegas
 Outros

22. 15. Quando decidiu amamentar, entende que tinha a informação necessária para tomar a decisão?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

23. 16. Quando decidiu amamentar, entende que se encontrava informada sobre que temas?

(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

Vantagens da amamentação

Dificuldades mais comuns na amamentação

Hábitos e comportamentos maternos promotores do aleitamento materno

(alimentação / hidratação / sono e repouso/ ...)

Frequência das mamadas

Posições para amamentar

Pega do bebé

Sinais de fome do bebé

Extração e conservação do leite

Prevenção de fissuras nos mamilos

Prevenção do ingurgitamento mamário

Tratamento de fissuras nos mamilos

Tratamento do ingurgitamento mamário

Mastite

Covid-19 e amamentação

Outros

24. 16.1 Se respondeu "Outros" na questão anterior, queira por favor referir, quais as temáticas onde considera ter tido maior oferta de conhecimento.

25. 17. Onde obteve a informação sobre amamentação?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Conselheiro/a de amamentação
- Família / Amigos/as
- Centro de saúde / Enfermeiros/as
- Centro de saúde / Médico/a
- Maternidade / Consultas Externas / Enfermeiro/a
- Maternidade / Consultas Externas / Médico/a
- Maternidade / Sala de Partos / Enfermeiro/a
- Maternidade / Sala de Partos / Médico/a
- Maternidade / Internamento de Pós-parto / Enfermeiro/a
- Maternidade / Internamento de Pós-parto / Médico/a

26. 18. Quais os problemas que sentiu durante a amamentação?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Falta de informação / conhecimento
- Informações discordantes / divergentes
- Falta de capacitação / treino para amamentar
- Falta de apoio / acompanhamento na amamentação
- Falta de reforço / motivação
- Insegurança / medo de não ser capaz
- Outros
- Não senti qualquer problema

27. 18.1 Se assinalou "outros" na resposta anterior, mencione por favor alguns exemplos.

28. 19. Quais as dificuldades que vivenciou durante a amamentação?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Saber o horário de amamentação adequado ao bebé
- Acordar o bebé para amamentar
- Ser capaz de colocar o bebé à mama
- Saber se o bebé estava a fazer uma boa pega
- Saber se tinha leite suficiente
- Saber se o meu leite era "fraco" ou "forte"
- Saber se o bebé ficou bem alimentado ou com fome
- Saber as posições e posturas para amamentar
- Ser capaz de adotar as posições e posturas adequadas para amamentar
- Saber o que fazer para prevenir e/ou tratar o ingurgitamento mamário
- Ser capaz de extrair o leite excedentário
- Saber o que fazer para prevenir fissuras
- Saber o que fazer quando tinha dor nos mamilos
- Saber o que fazer para prevenir e/ou tratar uma mastite
- Outra/as
- Não tive problemas na amamentação

29. 19.1 Se assinalou "outra/as" na resposta anterior, descreva qual.

30. 20. Em que fase(s) sentiu maiores dificuldades com a amamentação?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Na primeira vez que amamentei
- Durante o internamento na maternidade
- Quando regresssei a casa
- No 1º mês do bebé
- Quando retomei o trabalho
- Durante todo o processo de amamentação
- Nos primeiros 15 dias do bebé
- Não se aplica

31. 21. Como procurou resolver as dificuldades que vivenciou na amamentação?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Solicitei ajuda ao Marido / Companheiro/a
- Solicitei ajuda de Familiar / Amigo/a / Colegas
- Procurei informação na Internet / Blogues / Redes sociais
- Procurei informação em Sites das Instituições de Saúde
- Solicitei ajuda no Centro de Saúde / Enfermeiro/a (email / telefone / presencial)
- Solicitei ajuda no Centro de Saúde / Médico/a (email / telefone / presencial)
- Solicitei ajuda na Maternidade (email / telefone)
- Telefonei para a Saúde 24
- Solicitei ajuda no Cantinho de Amamentação
- Solicitei ajuda a Conselheiro/a de Amamentação
- Solicitei de ajuda a Farmacêutico/a
- Outra/as
- Não se aplica

32. 21.1 Se respondeu "outra/as" na resposta anterior, que outra/as ajuda/as não mencionada/as neste questionário procurou?

33. 22. Se teve dificuldade em resolver os problemas relacionados com a amamentação, quais foram as razões?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Falta de informação
- Informação discordante / divergente
- Falta de apoio do Marido / Companheiro/a
- Falta de apoio de Familiares / amigos
- Falta de apoio de Enfermeiro/a no Centro de Saúde
- Falta de apoio de Médico/a no Centro de Saúde
- Falta de apoio de Enfermeiro/a na Maternidade
- Falta de apoio de Médico/a na Maternidade
- Insegurança / Vulnerabilidade pessoal
- Outra/as
- Não se aplica

34. 22.1 Se respondeu "outra/as" na questão anterior queira por favor referir qual/quais.

35. 23. Quem a acompanhou em todo o processo de amamentação:
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Marido / Companheiro/a
- Outro familiar (mãe / sogra / irmãs / ...)
- Amigo/a / Colega
- Enfermeiro/a do Centro de Saúde
- Médico/a do Centros de Saúde
- Enfermeiro/a da Maternidade
- Médico/a da Maternidade
- Conselheiro/a de amamentação
- Outro/os

36. 23.1 Se respondeu "outro/os" na questão anterior, queira por favor mencionar quem.

37. 24. Caso tenha amamentado, numa escala de 0 a 10 como se sentiu acompanhada / ajudada durante a amamentação? (tenha como referencia que 0 é ausência de acompanhamento e 10 é acompanhamento excelente)
(Assinale no círculo o número correspondente)

Marcar apenas uma oval.

—

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

—

38. 25. Escolha 3 adjetivos que melhor caracterizam a sua experiência de amamentação:

Amamentação e Covid-19

39. 26. Se amamentou ou tentou amamentar, considera que a pandemia por Covid-19 teve influência na amamentação?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

40. 26. 1 Se considerou que a pandemia por Covid-19 influenciou o seu processo de amamentação, quais foram os motivos?

(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

Não teve influência

Influenciou o acesso à informação

Restringiu no acesso aos profissionais do centro de saúde

Falta de apoio dos profissionais de saúde na maternidade

Medo de amamentar o bebé, por considerar arriscado a eventual contaminação pelo vírus covid-19

Influenciou na participação dos cursos / programas de preparação para o parto e parentalidade

Influenciou no acesso aos cantinhos da amamentação

Influenciou no acesso a conselheiras da amamentação

Outro/os

41. 26.2 Se respondeu "outro/os" na questão anterior, mencione por favor, de que forma influenciou?

42. 27. Caso a Covid-19 tenha influenciado o seu processo de amamentação, qual a fase em que sentiu falta de assistência dos profissionais de saúde?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Durante a gravidez
 Na Sala de Partos
 No Internamento de Pós-parto
 Após a alta da Maternidade
 No início da atividade profissional
 Sempre

I- Participação no estudo

43. Tendo tomado conhecimento sobre a informação acerca do estudo, declaro *
que reúno condições para o preenchimento deste questionário e que aceito participar nesta investigação.

Marcar apenas uma oval.

- Aceito participar *Avançar para a pergunta 44*
 Não aceito participar

II - Variáveis Sociodemográficas

Preencha por favor as seguintes questões, com a maior veracidade e transparência possíveis.

44. 1. Idade

45. 2. Escolaridade

Marcar apenas uma oval.

- Ensino Básico (até 4º ano)
- Ensino Secundário (até 9º ano)
- Ensino Secundário (até 12º ano)
- Curso Técnico-Profissional
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

46. 3. Estado Civil

Marcar apenas uma oval.

- Casada/União de facto
- Solteira
- Divorciada
- Viúva/Outro

47. 4. Situação Profissional

Marcar apenas uma oval.

- Desempregada
- Empregada em tempo parcial
- Empregada em tempo completo

48. 5. Qual o local onde Reside?

Marcar apenas uma oval.

- Aldeia
 Vila
 Cidade

III - Parto e Amamentação

Preencha por favor as seguintes questões de forma mais realista possível, tendo em conta as suas vivências ou experiências sentidas.

49. 6. Tipo de parto

(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Parto vaginal sem perineotomia (sem corte vaginal)
 Parto vaginal com perineotomia(com corte vaginal)
 Parto com fórceps
 Parto com ventosa
 Parto por cesariana

50. 7. Foi a primeira vez que amamentou? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

51. 8. Amamentou o seu bebé na primeira hora de vida?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

IV- Amamentação: Adaptação

52. 9. Quais as razões que a levaram a não amamentar na primeira hora de vida do bebé?

(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Impossibilidade, por razões de saúde
- Impossibilidade, devido a uma situação pontual (dores, etc.)
- Não ter sido proporcionada essa oportunidade pelos profissionais de saúde
- Outras razões
- Decisão Própria
- Não se aplica

53. 9.1 Se respondeu "outras razões" na pergunta anterior, refira por favor, quais foram essas razões?

54. 10. Quais as razões que a levaram a não amamentar durante o internamento?

(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Decisão própria
- Impossibilidade por razões de saúde
- Impossibilidade por uma situação pontual (dores, etc)
- Não ter sido proporcionada essa oportunidade pelos profissionais de saúde
- Não se aplica
- Outras razões

55. 10.1 Se respondeu "outras razões" na pergunta anterior, refira por favor, quais foram essas razões?

56. 11. Durante o internamento na maternidade unidade de puérperas, que tipo de aleitamento fez?

(selecione por favor uma resposta única para esta questão)

Marcar apenas uma oval.

- Aleitamento materno exclusivo (só mama ou leite materno por tetina ou copo)
- Aleitamento com leite de fórmula
- Aleitamento misto (mama ou leite materno por tetina ou copo + leite de fórmula)

57. 12. Durante quantos meses alimentou em exclusivo o seu bebé com leite materno (só deu mama ou só ofereceu exclusivamente do seu leite mesmo não sendo diretamente da mama)?

(Meses)

58. 13.2.1 Qual/quais o/os profissional/profissionais que recomendou/recomendaram, respetivamente, o leite de fórmula? E em que fase(s) da vida do bebé?

V - Leite materno/Leite de fórmula

59. 13. Até aos seis meses de vida houve necessidade de oferecer leite de fórmula ao bebé?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

60. 13.1. Se sim, em que fase da vida do bebé?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

1º dia de vida

Durante o internamento na maternidade

Depois da alta e na primeira semana de vida do bebé

Depois da 2ª semana e até ao 28ª dia de vida do bebé

No 2º mês de vida do bebé

No 3º mês de vida do bebé

No 4º mês de vida do bebé

No 5º mês de vida do bebé

Quando regresssei ao trabalho

No 6ºmês de vida do bebé

61. 13.2. Se sim, foi recomendado por um profissional de saúde?

Marcar apenas uma oval.

Sempre

Nunca

Algumas vezes

62. 13.2.2 Se foi oferecido leite de fórmula ao seu bebé qual foi o motivo da oferta ?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Considerar que o bebé tinha fome
- Perda de peso do bebé
- Problemas com os mamilos (dores / fissuras / ...)
- Incentivo do Marido / Companheiro/a
- Incentivo da Família / Amigos
- Querer descansar um pouco
- Outra
- Introdução dos primeiros alimentos

63. 14. Quem a influenciou na sua decisão de amamentar?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Não fui influenciada por ninguém / Decisão pessoal
- Enfermeiro/a
- Médico/a
- Enfermeiro/a e Médico/a
- Outros profissionais de saúde
- Marido / Companheiro/a
- Família / Amigos / Colegas
- Outros

64. 15. Quando decidiu amamentar, entende que tinha a informação necessária para tomar a decisão?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

65. 16. Quando decidiu amamentar, entende que se encontrava informada sobre que temas?

(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Vantagens da amamentação
- Dificuldades mais comuns na amamentação
- Hábitos e comportamentos maternos promotores do aleitamento materno (alimentação / hidratação / sono e repouso/ ...)
- Frequência das mamadas
- Posições para amamentar
- Pega do bebé
- Sinais de fome do bebé
- Extração e conservação do leite
- Prevenção de fissuras nos mamilos
- Prevenção do ingurgitamento mamário
- Tratamento de fissuras nos mamilos
- Tratamento do ingurgitamento mamário
- Mastite
- Covid-19 e amamentação
- Outros

66. 16.1 Se respondeu "Outros" na questão anterior, queira por favor referir, quais as temáticas onde considera ter tido maior oferta de conhecimento.

67. 17. Onde obteve a informação sobre amamentação?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Conselheiro/a de amamentação
- Família / Amigos/as
- Centro de saúde / Enfermeiros/as
- Centro de saúde / Médico/a
- Maternidade / Consultas Externas / Enfermeiro/a
- Maternidade / Consultas Externas / Médico/a
- Maternidade / Sala de Partos / Enfermeiro/a
- Maternidade / Sala de Partos / Médico/a
- Maternidade / Internamento de Pós-parto / Enfermeiro/a
- Maternidade / Internamento de Pós-parto / Médico/a

68. 18. Quais os problemas que sentiu durante a amamentação?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Falta de informação / conhecimento
- Informações discordantes / divergentes
- Falta de capacitação / treino para amamentar
- Falta de apoio / acompanhamento na amamentação
- Falta de reforço / motivação
- Insegurança / medo de não ser capaz
- Outros
- Não senti qualquer problema

69. 18.1 Se assinalou "outros" na resposta anterior, mencione por favor alguns exemplos.

70. 19. Quais as dificuldades que vivenciou durante a amamentação?

(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Saber o horário de amamentação adequado ao bebé
- Acordar o bebé para amamentar
- Ser capaz de colocar o bebé à mama
- Saber se o bebé estava a fazer uma boa pega
- Saber se tinha leite suficiente
- Saber se o meu leite era "fraco" ou "forte"
- Saber se o bebé ficou bem alimentado ou com fome
- Saber as posições e posturas para amamentar
- Ser capaz de adotar as posições e posturas adequadas para amamentar
- Saber o que fazer para prevenir e/ou tratar o ingurgitamento mamário
- Ser capaz de extrair o leite excedentário
- Saber o que fazer para prevenir fissuras
- Saber o que fazer quando tinha dor nos mamilos
- Saber o que fazer para prevenir e/ou tratar uma mastite
- Outra/as
- Não tive problemas na amamentação

71. 19.1 Se assinalou "outra/as" na resposta anterior, descreva qual.

72. 20. Em que fase(s) sentiu maiores dificuldades com a amamentação?

(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Na primeira vez que amamentei
- Durante o internamento na maternidade
- Quando regresssei a casa
- No 1º mês do bebé
- Quando retomei o trabalho
- Durante todo o processo de amamentação
- Nos primeiros 15 dias do bebé
- Não se aplica

73. 21. Como procurou resolver as dificuldades que vivenciou na amamentação?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Solicitei ajuda ao Marido / Companheiro/a
- Solicitei ajuda de Familiar / Amigo/a / Colegas
- Procurei informação na Internet / Blogues / Redes sociais
- Procurei informação em Sites das Instituições de Saúde
- Solicitei ajuda no Centro de Saúde / Enfermeiro/a (email / telefone / presencial)
- Solicitei ajuda no Centro de Saúde / Médico/a (email / telefone / presencial)
- Solicitei ajuda na Maternidade (email / telefone)
- Telefonei para a Saúde 24
- Solicitei ajuda no Cantinho de Amamentação
- Solicitei ajuda a Conselheiro/a de Amamentação
- Solicitei de ajuda a Farmacêutico/a
- Outra/as
- Não se aplica

74. 21.1 Se respondeu "outra/as" na resposta anterior, que outra/as ajuda/as não mencionada/as neste questionário procurou?

75. 22. Se teve dificuldade em resolver os problemas relacionados com a amamentação, quais foram as razões?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Falta de informação
- Informação discordante / divergente
- Falta de apoio do Marido / Companheiro/a
- Falta de apoio de Familiares / amigos
- Falta de apoio de Enfermeiro/a no Centro de Saúde
- Falta de apoio de Médico/a no Centro de Saúde
- Falta de apoio de Enfermeiro/a na Maternidade
- Falta de apoio de Médico/a na Maternidade
- Insegurança / Vulnerabilidade pessoal
- Outra/as
- Não se aplica

76. 22.1 Se respondeu "outra/as" na questão anterior queira por favor referir qual/quais.

77. 23. Quem a acompanhou em todo o processo de amamentação:
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Marido / Companheiro/a
- Outro familiar (mãe / sogra / irmãs / ...)
- Amigo/a / Colega
- Enfermeiro/a do Centro de Saúde
- Médico/a do Centros de Saúde
- Enfermeiro/a da Maternidade
- Médico/a da Maternidade
- Conselheiro/a de amamentação
- Outro/os

78. 23.1 Se respondeu "outro/os" na questão anterior, queira por favor mencionar quem.

79. 24. Caso tenha amamentado, numa escala de 0 a 10 como se sentiu acompanhada / ajudada durante a amamentação? (tenha como referencia que 0 é ausência de acompanhamento e 10 é acompanhamento excelente)
(Assinale no círculo o número correspondente)

Marcar apenas uma oval.

—

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

—

80. 25. Escolha 3 adjetivos que melhor caracterizam a sua experiência de amamentação:

Avançar para a pergunta 52

Amamentação e Covid-19

81. 26. Se amamentou ou tentou amamentar, considera que a pandemia por Covid-19 teve influência na amamentação?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

82. 26. 1 Se considerou que a pandemia por Covid-19 influenciou o seu processo de amamentação, quais foram os motivos?

(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Marcar tudo o que for aplicável.

Não teve influência

Influenciou o acesso à informação

Restringiu no acesso aos profissionais do centro de saúde

Falta de apoio dos profissionais de saúde na maternidade

Medo de amamentar o bebé, por considerar arriscado a eventual contaminação pelo vírus covid-19

Influenciou na participação dos cursos / programas de preparação para o parto e parentalidade

Influenciou no acesso aos cantinhos da amamentação

Influenciou no acesso a conselheiras da amamentação

Outro/os

83. 26.2 Se respondeu "outro/os" na questão anterior, mencione por favor, de que forma influenciou?

84. 27. Caso a Covid-19 tenha influenciado o seu processo de amamentação, qual a fase em que sentiu falta de assistência dos profissionais de saúde?
(Para esta questão pode assinalar uma ou mais respostas)

Ficheiros enviados:

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE II:

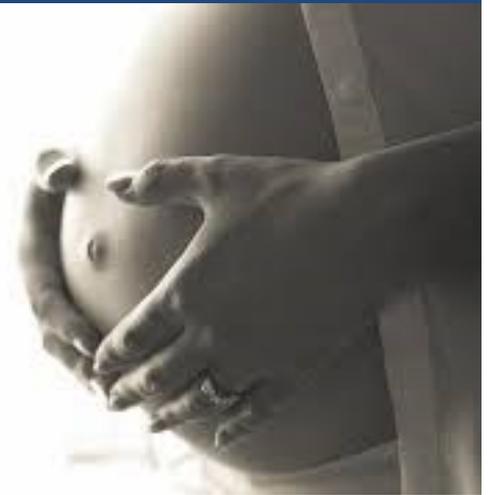
PANFLETO “MASSAGEM DO PERÍNEO”



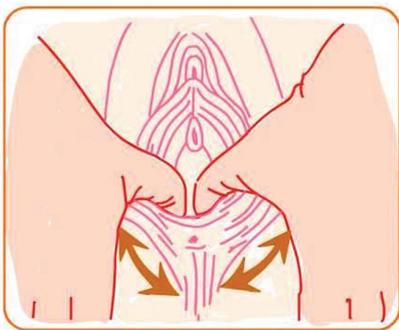
Preparação para o parto

Massagem do períneo

A massagem perineal durante o período pré-natal pode reduzir a probabilidade de trauma perineal (principalmente a episiotomia). (Beckman & Stock, 2013; Walsh, 2012 citado por Marques, M.J.P. (2014). *Manual de Boas Práticas no Parto Normal*. Tese de Mestrado. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus.)



Fonte: <http://engravidadei.com/artigos/10-conselhos-para-gravidez-saudavel>



- Lavar bem as mãos antes e depois da massagem;
- Se Automassagem utilizar um espelho para poder explorar o períneo;
- Começar com um banho quente de 10 min. Ou aplicar compressas quentes na zona perineal para relaxar;
- Automassagem faz-se com o dedo polegar;
- Se massagem pelo companheiro utilizar o dedo indicador;
- Durante a massagem não pressionar sobre a uretra para evitar uma possível infeção urinária;
- Deve fazer a massagem a partir das 34 semana uma vez ao dia
- Colocar os dedos dentro da vagina (3-4 cm);
- Empurrar o períneo até à zona do reto e para os lados da vagina;
- Segurar a zona perineal entre os dedos polegar e os dedos indicador e dedo médio e realizar movimentos de vaivém. Realizar a massagem durante 3-4 minutos;
- Estirar a parte inferior da vagina entre os dedos. Ajudará a experimentar a sensação de pressão da cabeça do feto sobre a zona .

APÊNDICE I:

CONSENTIMENTO INFORMADO:

CONSENTIMENTO INFORMADO

Amamentar em tempos de pandemia: das dificuldades sentidas às intervenções de enfermagem implementadas

Filipa Gabriela Esteves de Oliveira Leite, enfermeira a frequentar o X Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem solicitar a sua colaboração no estudo de investigação, subordinado ao tema "Amamentar em tempos de pandemia: das dificuldades sentidas às intervenções de enfermagem implementadas". Este estudo está integrado na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem e tem como orientadoras a Professora Coordenadora Doutora Maria Neto da Cruz Leitão e a Professora Co-Orientadora Professora Doutora Rosa Maria Santos Moreira.

Pretende-se com este estudo identificar os problemas na amamentação, referidos pelas mulheres nos primeiros 6 meses após o nascimento do bebé; conhecer as estratégias utilizadas pelas mulheres para a resolução dos problemas identificados; propor intervenções de enfermagem, que contribuam para a resolução dos problemas sobre a amamentação, apresentados pelas mulheres.

Agradece-se assim o seu contributo e participação, que são fundamentais não só para a elaboração do presente estudo, mas também por forma, a contribuir para a obtenção de conhecimento científico que se pode reverter na melhoria da assistência promotora da amamentação. Os benefícios obtidos relacionam-se assim, com o melhor conhecimento neste domínio, para melhores práticas na área da saúde materna e obstetrícia.

A sua colaboração consiste em responder a algumas questões durante o preenchimento de um questionário (duração prevista 15 de 20 minutos).

Salienta-se o carácter anónimo e voluntário da sua participação, sublinhando que os dados obtidos no seu questionário são confidenciais e não serão utilizados para outro fim que não seja o estudo em causa, solicitando o seu consentimento. Pode desistir a qualquer momento. Se pretender colocar alguma questão ou necessitar de algum esclarecimento acerca do estudo não hesite em contactar-me, por telefone ou email.

Obrigada, agradeço desde já a sua colaboração.

Filipa Gabriela Esteves de Oliveira Leite
(A Investigadora)

Contactos das professoras orientadoras:

mneto@esenfc.pt ; rosa@esenfc.pt | telef. 239487200

ANEXOS

ANEXO 1

**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA: Unidade de
Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer N^o / **P850_02_2022**

Título do Projecto: Amamentar em tempos de pandemia: das dificuldades sentidas às intervenções de enfermagem implementadas

Identificação dos Proponentes

Nome(s):

Filipa Gabriela Esteves de Oliveira Leite

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de COIMBRA (Estudante do X Mestrado em ESMO)

Investigador Responsável: Filipa Gabriela Esteves de Oliveira Leite

Orientador: Professora Doutora Maria Neto da Cruz Leitão
Co- Orientadora: Professora Doutora Rosa Maria Santos Moreira

Relator: Carla Barbosa

Parecer

A investigadora pretende verificar se a pandemia prejudicou o aleitamento materno levando as progenitoras a desistir desse aleitamento antes dos 6 meses preconizados pela OMS considerando que não adquiriram competências suficientes já que os períodos de internamento pós-parto foram reduzidos e os acessos aos cuidados primários substancialmente reduzidos. Esses factos levaram a que os especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EESMO) não tivessem a possibilidade de fazer um acompanhamento normal/regular.

A investigadora, no final do estudo que realizará, pretende *apresentar intervenções de enfermagem especializadas, face aos problemas apresentados pelas mulheres, contribuindo para uma maternidade (mais) saudável e segura, quiçá contribuindo também para o aumento da natalidade e o desenvolvimento humano.*

São apresentados como objetivos deste estudo, que é um estudo de natureza quantitativa não experimental, retrospectivo, descritivo e exploratório:

- A identificação de problemas na amamentação referidos pelas mulheres nos primeiros 6 meses;
- Conhecer as estratégias utilizadas pelas mulheres para a resolução dos problemas identificados;
- Propor intervenções de enfermagem que contribuam para a resolução dos problemas sobre a amamentação apresentados pelas mulheres.

COMISSÃO DE ÉTICA

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

O estudo será realizado mediante a aplicação de um inquérito que utilizará a metodologia “bola de neve” com recurso a redes sociais.

É assegurada a autodeterminação e confidencialidade. A investigadora utilizará, durante a investigação, dados codificados. Os resultados da investigação serão apenas utilizados na elaboração e divulgação científica. Depois de transcritas e analisadas as respostas o guião será destruído.

Alerta-se a investigadora que no âmbito do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) os dados pseudoanonimizados (codificados) são, para efeitos de aplicação do RGPD, considerados como dados pessoais ficando sujeitos às regras daquele diploma. Dado que nada é referido em sentido contrário concluímos que o questionário é da autoria da investigadora.

Parecer favorável.

Assinado com Assinatura
Digital Qualificada por:
CARLA LILIANA FERREIRA
BARBOSA BAPTISTA
Data: 17-03-2022 09:51:57

O relator: Carla Barbosa

Data: 14/03/2022 A Presidente da Comissão de Ética: Maria Flomena Bokello

