escola superior de enfermagem de coimbra

X MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Amamentação Prolongada: fatores influenciadores

Sara Filipa Amaral Soares

Coimbra, janeiro de 2023

escola superior de enfermagem de coimbra

X MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Amamentação Prolongada: fatores influenciadores

Sara Filipa Amaral Soares

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

Co-orientadora: Professora Doutora Ana Maria Poço dos Santos, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

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

Coimbra, janeiro de 2023

Para a Laura

AGRADECIMENTOS

À coordenadora deste Mestrado, pelo apoio e paciência demonstrada ao longo destes dois anos, bem como a toda a equipa da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC);

Às professoras orientadoras deste trabalho, pela orientação, disponibilidade e apoio demonstrados ao longo da realização do mesmo;

Às enfermeiras tutoras e restantes enfermeiros que comigo se cruzaram neste percurso. O vosso exemplo e ensinamentos foram sem dúvida a semente para crescer uma verdadeira Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) no futuro!

A todas as colegas deste Mestrado, pois sem cada uma de vós, o percurso realizado não teria sido certamente igual (ainda que parte dele nos quadradinhos do *Zoom*);

A todas as Mães que participaram neste estudo, pois sem o seu contributo este trabalho não seria possível;

A toda a equipa de Enfermagem da Medicina D pela compreensão e disponibilidade para trocas! Sem isso, este percurso teria sido impossível desenvolver;

À minha família, pelo apoio, compreensão e paciência;

Aos meus pais, pelo amor, presença, proteção, exemplo e, nesta fase da minha vida em particular, por tudo!

Ao meu marido e companheiro de vida, pela paciência (principalmente nos momentos de mau humor), pelo incentivo constante, pela resiliência em dois confinamentos com a nossa filha (eu sei que não foi fácil!), pela ajuda nas questões informáticas, e acima de tudo, pela compreensão da ausência durante este período!

Por último - mas a mais importante - à minha filha, pela experiência única que partilhámos de amamentação prolongada e que impulsionou este estudo! Foste a razão que mais me fragilizou (pelas ausências necessárias), mas ao mesmo tempo a que mais forças me deu para continuar (obrigada pelos beijinhos e abraços que só tu sabes dar)!

A TODOS, O MEU MUITO OBRIGADA!

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AM – Aleitamento materno

APPT – Ameaça de parto pré-termo

ARS – Administração Regional de Saúde

BO – Bloco Operatório

bpm – batimentos por minuto

CAJ – Consulta de Atendimento Jovem

CAM – Conselheira de Amamentação

CCU – Cancro do colo do útero

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPN – Diagnóstico Pré-natal

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

HPV – Vírus do papiloma humano

ICM – *International Confederation of Midwives*

IHAB – Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés

IMG – Interrupção médica da gravidez

IMTP – Indução médica do trabalho de parto

IST – Infeções Sexualmente Transmissíveis

ITP – Início de trabalho de parto

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

LA – Leite adaptado

LM – Leite materno

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PF – Planeamento familiar

PNVGBR – Programa Nacional de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco

PPP – Preparação para o Parto e Parentalidade

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

RCT – Registo cardiotocográfico

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-nascido

SP – Sala de Partos

SU – Serviço de Urgência

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TDUCC – Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

TP – Trabalho de parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UICISA:E – Unidade de Investigação e Ciências da Saúde: Enfermagem

UIP – Unidade de Intervenção Precoce

UMMF – Unidade de Medicina Materno Fetal

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde Familiar

VIH – Vírus da Imunodeficiência humana

RESUMO

Enquadramento: O presente Relatório de Estágio espelha o trabalho desenvolvido ao longo do 2º ano do X Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, integrando duas partes. Na primeira parte será realizada uma reflexão sobre as aprendizagens desenvolvidas na componente de estágio; na segunda parte apresentar-se-á o percurso efetuado e os resultados obtidos na componente investigativa.

Objetivos: Refletir sobre as competências comuns e específicas desenvolvidas como futura EEESMO, na componente de estágio (parte I). A componente investigativa (parte II) terá como objetivo conhecer os fatores influenciadores para uma amamentação prolongada e as características das mães que a praticam.

Metodologia: Trata-se de um estudo de nível I do tipo descritivo-exploratório, onde foi analisada uma amostra de 294 mulheres que se encontrassem a amamentar, ou tivessem amamentado, por 2 ou mais anos, excluindo mulheres com desmame precoce, gravidez gemelar, bebés prematuros ou com patologias associadas ao nascimento. Os dados foram recolhidos através de um questionário recorrendo à plataforma *Google Forms*, no período de 1 de abril a 31 de maio de 2022, após parecer favorável da UICISA:E., utilizando o programa *SPSS* para a análise dos dados.

Resultados: Evidenciou-se que as mães que amamentam de forma prolongada têm entre 30 e 39 anos, são maioritariamente casadas, coabitando com o(a) companheiro(a) e detêm nível de escolaridade superior. Os fatores mais referidos como facilitadores da manutenção da amamentação foram: conhecimentos sobre os benefícios da amamentação, a motivação pessoal e o apoio do(a) companheiro(a). Por outro lado, fatores como: o cansaço, desejo de parar de amamentar, idade suficiente do bebé ou recusa do bebé e uma nova gravidez, foram os mais referenciados para a suspensão.

Conclusão: A componente de estágio foi profícua, promovendo o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMO. A componente investigativa, demonstrou o importante trabalho a desenvolver pelos EEESMO relativamente à promoção, proteção e incentivo à amamentação, nomeadamente concebendo, planeando e implementando intervenções de educação para a saúde, onde a atualização contínua dos profissionais seja uma realidade, promovendo a literacia da mulher/casal e o envolvimento do pai/convivente significativo.

Palavras-chave: amamentação, amamentação prolongada

ABSTRACT

Background: The present work reflects on the findings developed during the second year of the Master degree in Maternal and Obstetric Health Nursing which has been split in two parts. The first will reflect on the findings acquired during the internship component and the second will present the methodology that led to the final results of the investigation component.

Objectives: Reflect on the common and specific skills developed as a future midwife during the internship component (part I). Afterwards, the investigative component (part II) will aim to know the influencing factors for prolonged breastfeeding and the characteristics of the mothers who practice it.

Methodology: This is a level I, descriptive-exploratory study, in which a sample of 294 women who were breastfeeding or who had breastfed for 2 or more years were analyzed. The exclusion factors were women with early weaning, twin pregnancies, premature babies or with birth pathologies. Data were collected through a questionnaire using the Google Forms platform, from the 1st of April until the 31st of May 2022, after a favorable opinion from UICISA:E., using the SPSS program for data analysis.

Results: It was shown that mothers who breastfeed for longer are between 30 and 39 years of age, mostly are married, living with their partner and having a higher education level. The factors most mentioned as facilitators of breastfeeding maintenance were: knowledge about the benefits of breastfeeding, personal motivation and support from the partner. Conversely, factors such as: tiredness, desire to stop breastfeeding, babies age or refusal of the baby and a new pregnancy, were the most referenced for the suspension.

Conclusion: The internship component was widely enriched, promoting the development of the common and specific skills of the midwife. The investigation component demonstrated the important work to be carried out by the midwives regarding the promotion, protection and encouragement of breastfeeding, namely conceiving, planning and implementing health education interventions, where the continuous updating of professionals is paramount, promoting women's/couple literacy as well as making the partner having an active role during parenthood.

Keywords: breastfeeding, prolonged breastfeeding

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Tanscultural *Sunrise* – Madeleine Leininger..... 78

Figura 2 – Nuvem de Palavras “Amamentar para si é/foi...”..... 95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Duração da Experiência de Amamentação Prolongada Anterior 87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Experiências Mínimas Exigidas VS Experiências Realizadas 42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica das Mães 84

Tabela 2 – Constituição do Agregado Familiar e Número De Filhos 85

Tabela 3 – Situação Profissional das Participantes 85

Tabela 4 – Experiência Familiar de Amamentação 86

Tabela 5 – Incentivo do Companheiro(a) na Amamentação 86

Tabela 6 – Experiência Anterior de Amamentação Prolongada 86

Tabela 7 – Fonte de Conhecimentos sobre Amamentação 88

Tabela 8 – Tipo de Parto, Contacto Pele-A-Pele e Amamentação na 1ª Hora de Vida.. 88

Tabela 9 – Decisão de Amamentar 89

Tabela 10 – Gozo da Licença de Parentalidade e Modalidade Escolhida 89

Tabela 11 – Regresso ao Trabalho (Mãe) e Horário de Amamentação 90

Tabela 12 – Caracterização da Experiência de Amamentação mais Prolongada 92

Tabela 13 – Fatores Facilitadores da Experiência de Amamentação Prolongada 93

Tabela 14 – Fatores que Influenciaram a Suspensão da Experiência de Amamentação Prolongada 94

Tabela 15 – Valorização do Tema “Amamentação” 94

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 21

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO 23

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO 25

1.1. CONTEXTO HOSPITALAR: MATERNIDADE 25

1.1.1. Consulta Externa 27

1.1.2. Serviço de Urgência e Unidade de Medicina Materno Fetal 29

1.1.3. Sala de Partos 30

1.1.4. Puerpério 30

1.2. CONTEXTO DE COMUNIDADE: CENTRO DE SAÚDE 31

1.2.1. Unidade de Cuidados na Comunidade 31

1.2.2. Unidade de Saúde Familiar 33

2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 35

3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA 41

PARTE II - COMPONENTE INVESTIGATIVA – Amamentação Prolongada: fatores influenciadores 65

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 67

2. TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER 75

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO 79

3.1. TIPO DE ESTUDO 79

3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA 80

3.3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS 80

3.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 82

4. RESULTADOS..... 83

4.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS..... 83

4.1.1. Caracterização sociodemográfica e socioprofissional 83

4.1.2. Experiência Pessoal de Amamentação..... 85

4.1.3. Opinião das Mães sobre Amamentação..... 94

4.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... 95

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DO EEESMO 103

CONCLUSÃO..... 107

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 111

ANEXOS

ANEXO I – Lei da Parentalidade 7/2009

ANEXO II – Parecer UICISA:E

APÊNDICES

APÊNDICE I – Folheto Sexualidade e Contraceção no pós-parto

APÊNDICE II – Projeto de melhoria “Cantinho da Amamentação: um trunfo para o sucesso”

APÊNDICE III – Trabalho “HPV: que intervenção como EEESMO’s?”

APÊNDICE IV - Sessões do Programa de Preparação para o parto e parentalidade

APÊNDICE V – Sessão “Amamentação: conhecer para promover”

APÊNDICE VI - Sessão “Sexualidade e Afetos: o que mudou com a parentalidade”

APÊNDICE VII– Sessão “IST’s: conhecer para prevenir”

APÊNDICE VIII – Instrumento de recolha de dados

INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório Final de Estágio, com vista à obtenção do grau de Mestre, surge no final do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e integra a unidade curricular de Estágio com Relatório.

A apresentação deste relatório deverá incorporar "a síntese crítica da organização, estruturação, e actividades que compuseram o processo formativo em causa, integrando, necessariamente, numa componente de investigação" (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2021, p. 2).

Neste sentido, o documento encontra-se estruturado em duas partes: a primeira parte onde será desenvolvida a componente de estágio e a segunda parte onde será abordada toda a componente investigativa.

A componente de estágio surge como uma importante ferramenta no desenvolvimento de competências como EEESMO, visto que, como referido pela OE (2018), é possível desenvolvê-las em diversos contextos, devendo a formação adequar-se aos desafios recentes que se colocam no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Deste modo, far-se-á uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos clínicos, tendo por base as competências específicas do EEESMO e as competências comuns do enfermeiro especialista.

Na componente investigativa procurar-se-á dar resposta a uma problemática que tenha emergido no decorrer da componente de estágio, visando o desenvolvimento de competências no domínio da investigação em enfermagem, procurando simultaneamente produzir evidência científica promotora de melhores práticas.

Deste modo, no decorrer dos estágios constatou-se que o abandono da amamentação se relaciona, segundo as puérperas, numa fase inicial, com a falta de apoio de familiares e, até, dos profissionais de saúde; mais tarde, pelo regresso ao trabalho e pela falta de apoio das entidades patronais. Neste sentido, e sendo igualmente uma área de interesse pessoal, considerou-se pertinente investigar a problemática "Amamentação Prolongada: fatores influenciadores", tendo sido elaborada a seguinte questão de investigação: "Quais os fatores passíveis de influenciar a manutenção da amamentação para além dos 2 anos de

idade?”, com o objetivo de identificar os fatores que influenciam a manutenção da amamentação por 2 anos ou mais, e caracterizar as mães que a praticam.

Tendo em consideração a questão de investigação e os objetivos propostos, foram delineadas as linhas metodológicas, através do desenvolvimento de um estudo de caráter descritivo e exploratório, sendo os resultados apresentados sob a forma de gráficos e tabelas.

Sendo a amamentação uma prática muito influenciada por questões psicológicas, sociais e culturais, considerou-se que a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madeleine Leininger seria a que melhor ajudaria a compreender o fenómeno em estudo.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

"A competência para agir em situações de grande complexidade, variabilidade, imprevisibilidade implica uma mistura integrada de ciência, técnica e arte, caracterizada por uma criatividade e uma sensibilidade de artista."

(Queirós, 2015)

A realização da componente de estágio é aquela que proporciona maiores oportunidades ao enfermeiro para cumprir os objetivos de aprendizagem e desenvolver as competências exigidas na sua área de especialidade (OE, 2021, p. 2), visto que como definido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO) (OE, 2021), aprimorar continuamente a sua prática exige ao profissional o desenvolvimento de conhecimentos e competências, diferenciando-se o EEESMO pela sua formação e experiência.

Neste sentido, após um ano repleto de aprendizagens, é chegado o momento de as explanar contextualizando os locais de estágio que as proporcionaram, analisando e refletindo acerca das atividades desenvolvidas à luz das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEESMO.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Com vista a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEESMO, os estágios decorreram em dois contextos principais: contexto hospitalar (Maternidade) e contexto de comunidade (Centro de Saúde), com uma duração total de 35 semanas.

Estes estágios foram desenvolvidos sob orientação pedagógica de professores especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, e orientação tutorial de EEESMO a exercer funções nos diferentes contextos de estágio.

1.1. CONTEXTO HOSPITALAR: MATERNIDADE

A Maternidade onde decorreram os estágios integra a Rede de Referenciação Materno-Infantil constituindo, simultaneamente, hospital de apoio perinatal para os centros de saúde da área geográfica correspondente, e hospital de apoio perinatal diferenciado, integrando o Grupo III da Rede, sendo considerado Hospital de Apoio Perinatal Altamente Diferenciado.

Esta Maternidade é parte integrante de um Centro Hospitalar da zona Centro de Portugal, partilhando por isso da sua missão, visão, valores e princípios (CHUC, 2021):

> Como missão, propõe-se a prestar cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação aos doentes da sua área de influência e outros de proveniência nacional e internacional; formar profissionais de saúde; e contribuir para a produção de conhecimento, em articulação com as partes interessadas (p. 18).
>
> No que se refere à visão, esta pretende ser uma referência a nível nacional e internacional, na vanguarda em termos científicos, tecnológicos e organizativos, que contribui para a sociedade através da inovação e da excelência da prestação de cuidados de saúde, onde os profissionais com talento desejam trabalhar e crescer (p. 19).

> Os seus valores pautam-se pelo respeito pela dignidade da pessoa, pelos princípios bioéticos e de deontologia profissional e humanismo; e a equidade, no acesso dos doentes aos cuidados de saúde e no seu tratamento (p. 20).
>
> Os princípios desta instituição são a prática multidisciplinar e multiprofissional centrada no doente proporcionando uma abordagem diagnóstica e terapêutica integrada; a sustentabilidade, a eficácia e a eficiência; a orientação para resultados e a sua avaliação; a valorização de práticas ecologicamente sustentáveis; a transparência, o rigor e a responsabilidade social; a cultura do mérito, da competência técnica e científica e o espírito de equipa; a legalidade, a transparência e a proporcionalidade (pp. 20-21).

Além disso, nesta Maternidade, a filosofia de cuidados tem por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis, pelo que em todas as suas unidades, a transição para a parentalidade é um foco de atenção central para os EEESMO, não só apoiando a preparação, mas também a vivência positiva desta transição, fomentando um adequado desenvolvimento de competências parentais (Meleis, 2010 citada por Fernandes, 2018).

Nesta Maternidade encontram-se em funcionamento e/ou desenvolvimento vários projetos, sendo alguns específicos de cada serviço.

Transversalmente a toda a Maternidade encontram-se ativos dois projetos centrais: a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés (IHAB) e o programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP).

Em 1991 foi lançado um programa mundial de promoção do aleitamento materno (AM) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), intitulado IHAB, visando a proteção, promoção e apoio ao AM. Para obter essa classificação, as instituições necessitam cumprir dez medidas:

1. Ter uma política de promoção do AM escrita, afixada, a transmitir regularmente 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 AM.

4. Ajudar as mães a iniciarem o AM 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 (RN) nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno (LM), a não ser que seja segundo indicação médica.

7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.

8. Dar de mamar sempre que o bebé o queira.

9. Não dar tetinas nem chupetas às crianças amamentadas ao peito, até que esteja bem estabelecida a amamentação.

10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao AM, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

A Maternidade onde decorreu o estágio integra assim a IHAB desde 2007, tendo sido sujeita a três reavaliações desde então (UNICEF, 2018).

No que se refere ao programa de PPP, anteriormente à pandemia este decorria de forma presencial, incluindo sessões teóricas (com vários temas relacionados com o parto e a parentalidade) e sessões práticas onde se ensinava, instruía e treinava as grávidas/casais acerca de exercícios e estratégias para alívio da dor (como a utilização da bola de pilates, a respiração, entre outras) e acerca do período expulsivo. No período em que decorreu o estágio, face ao contexto pandémico, as sessões decorriam via zoom, focando essencialmente temas teóricos, podendo as grávidas inscrever-se através do e-mail facultado na consulta de vigilância da gravidez, cerca das 28 semanas de gestação.

A Maternidade onde decorreram os estágios permitiu desenvolver competências como EEESMO, ao integrar equipas multidisciplinares nos serviços de Urgência (SU), Sala de Partos (SP), internamento (Unidade de Medicina Materno Fetal (UMMF) e Puerpério) e consulta externa. No contexto pandémico, esta foi a maternidade de referência Covid-19.

Em todos os serviços, a metodologia de cuidados de enfermagem era o método individual de trabalho.

1.1.1. Consulta Externa

A consulta externa integra o bloco de consultas de ginecologia e de vigilância de gravidez de baixo risco e risco, a Unidade de Intervenção Precoce (UIP) e o Diagnóstico Pré-Natal

(DPN), promovendo um atendimento multidisciplinar (enfermeiros, obstetras, psicólogos, nutricionistas, pediatras, assistentes sociais, entre outros).

As consultas de vigilância da gravidez que se destinam a grávidas de baixo risco seguem as orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS) publicadas no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) (2015) no que se refere às intervenções a realizar, e na Norma n.º 023/2011 (atualizada em 2013), no que diz respeito aos rastreios ecográficos.

Estas consultas destinam-se ainda a grávidas de risco com patologias como hipertensão, diabetes, trombofilias, patologia de tiróide, entre outras.

Na UIP são acompanhadas as mulheres grávidas/casais com risco psicossocial, adolescentes, toxicodependentes ou grávidas com algum tipo de infeção (vírus da imunodeficiência humana (VIH), Hepatite B ou C, toxoplasmose, citomegalovírus, entre outros), contactando a grávida/casal, em todas as consultas, com uma equipa mais alargada, como obstetra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, conforme protocolo interno da Maternidade.

O DPN é não só o espaço físico onde são realizadas as ecografias obstétricas, mas também o local onde é efetuado o acompanhamento de grávidas com risco genético identificado na gravidez atual. Nesta consulta são também realizados procedimentos invasivos como a biopsia das vilosidades coriónicas, a cordocentese e a amniocentese; e realizada a decisão de interrupção médica da gravidez (IMG) (se aplicável).

As consultas de ginecologia oferecem às mulheres uma panóplia de especialidades, nomeadamente na área da patologia cervico-vulvar, mama, ginecologia endócrina, urológica, oncológica, menopausa, ginecologia do neurodesenvolvimento (onde acompanha mulheres com algum grau de deficiência), entre outras.

Além destas, existe ainda oferta de consultas de planeamento familiar (PF) e preconcecionais, consultas de apoio na decisão e realização da interrupção voluntária da gravidez (IVG), consultas de pediatria, colheita de análises sanguíneas e algumas intervenções de âmbito ambulatório (como as conizações).

Na consulta externa desta Maternidade existem quatro EEESMO em funções: duas no bloco central, uma na UIP e uma no DPN, tendo o estágio decorrido durante três semanas, entre 18 de outubro e 5 de novembro de 2021.

1.1.2. Serviço de Urgência e Unidade de Medicina Materno Fetal

O SU desta Maternidade oferece às mulheres grávidas ou puérperas, cuidados especializados na assistência a todas as situações de urgência (como por exemplo, perdas hemáticas, perda de líquido amniótico (LA), início de trabalho de parto (ITP), dificuldades na amamentação (por exemplo mastistes), lóquios fétidos, entre outras).

A triagem é realizada através do sistema informático, tendo por base a triagem de Manchester, atribuindo à grávida/puérpera uma pulseira com a cor correspondente ao seu grau de urgência, podendo variar do branco (não urgente) ao vermelho (emergente).

Após avaliação pelo enfermeiro e pelo obstetra, a mulher poderá ser encaminhada para o domicílio ou para o internamento (na UMMF, se patologia da gravidez ou ITP; na SP, se grávida em trabalho de parto (TP); ou no Puerpério, se existir necessidade de cuidados pós-parto, como a presença de infeção).

A UMMF oferece às mulheres grávidas/casais cuidados especializados e multidisciplinares (enfermeiros, obstetras, pediatras, assistentes sociais, psicólogos) na assistência a situações de patologia da gravidez, ameaças de parto pré-termo (APPT), indução médica do trabalho de parto (IMTP) e ITP espontâneo.

No que se refere às patologias da gravidez, as mais frequentes são os distúrbios hipertensivos, as infeções urinárias e renais, e a isoimunização Rh.

Os procedimentos mais comuns realizados pelos EEESMO na UMMF são a colocação, análise e interpretação dos registos cardiotocográficos (RCT), a auscultação fetal, o ensino, instrução e treino de técnicas não farmacológicas de alívio da dor e a avaliação de sinais vitais (nomeadamente nas grávidas hipertensas).

Por este motivo, contempla não só o internamento de mulheres grávidas em ITP ou com patologia da gravidez, mas também a componente de sala de observação, onde estas podem ficar em vigilância durante um período máximo de 24 horas.

Todos os enfermeiros desta equipa são EEESMO podendo exercer funções nos diferentes serviços (SU, UMMF, SP), conforme a distribuição semanal realizada pela enfermeira gestora.

Na UMMF encontra-se em funcionamento o programa MAE (Motivar, Apoiar e Estimular), tendo por objetivo a articulação entre a UMMF e a Unidade de Cuidados

Intensivos Neonatais (UCIN), em situações de grávidas com APPT. Este programa visa integrar os pais no trabalho desenvolvido na UCIN, através de uma visita guiada ao serviço, tendo os enfermeiros um papel preponderante nesta ligação. Também os obstetras e pediatras colaboram neste processo conhecendo e adequando com a grávida/casal as expetativas a ter face à sua idade gestacional, promovendo assim uma decisão informada e partilhada entre os pais e a equipa multidisciplinar.

O estágio na UMMF teve a duração de 4 semanas, decorrendo entre 15 de novembro e 10 de dezembro de 2021, tendo sido possível realizar três turnos no SU durante este período.

1.1.3. Sala de Partos

A SP desta Maternidade inclui no seu espaço físico: 4 quartos, uma sala de apoio aos cuidados prestados ao RN e o Bloco Operatório (BO) de Obstetrícia. Noutro piso funciona a sua unidade Covid, onde existe um quarto, um BO e uma sala de cuidados ao RN.

A SP oferece às mulheres grávidas/casais cuidados especializados na assistência ao TP, procurando seguir as orientações da OMS (2018), no que respeita a oferecer uma experiência positiva de parto, podendo as grávidas ser provenientes do SU ou da UMMF.

Na SP cada enfermeiro fica responsável por acompanhar uma ou duas parturientes, conforme não só a evolução do TP da parturiente, mas também se se encontra a assumir o cargo de coordenação. O enfermeiro coordenador é responsável por gerir os três serviços acima mencionados (SU, UMMF e SP) no seu turno.

No BO encontram-se dois enfermeiros por turno (nem todos são EEESMO), colaborando não só no procedimento da técnica analgésica (epidural) na SP, mas também integrando a equipa cirúrgica das cesarianas e curetagens no BO.

O estágio na SP teve a duração de 16 semanas, decorrendo entre 3 de janeiro e 29 de abril de 2022.

1.1.4. Puerpério

O serviço de Puerpério oferece cuidados diferenciados no período pós-parto às mulheres/casais.

Previamente à pandemia, este serviço funcionava em dois pisos distintos da Maternidade. Contudo, tendo sido esta a maternidade de referência Covid, houve necessidade de adaptar os circuitos, impondo que um dos pisos fosse reservado a grávidas a aguardar resultado do teste (quando este era negativo eram transferidas para a UMMF ou para a SP, consoante a evolução do TP) e a grávidas ou puérperas que testaram positivo para a Covid-19.

Os cuidados prestados neste serviço incluem a tríade mãe-pai-RN, sendo os principais focos de atenção na mãe: o amamentar, a ferida cirúrgica (episiorrafia/ laceração/sutura abdominal – caso exista), a dor, a perda sanguínea e a involução uterina; e no RN: o mamar, a eliminação intestinal e urinária, a monitorização do peso, a vacinação (hepatite B) e a vigilância de possíveis complicações como a icterícia.

O contexto pandémico condicionou significativamente o envolvimento do pai em todo o processo, contudo gradualmente foi possível reverter a situação.

A equipa de enfermagem do Puerpério engloba EEESMO e enfermeiros generalistas.

O estágio no serviço de Puerpério teve a duração de 3 semanas, decorrendo no período de 2 a 20 de maio de 2022.

1.2. CONTEXTO DE COMUNIDADE: CENTRO DE SAÚDE

O Centro de Saúde onde decorreram os estágios de comunidade, pertence à Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro - Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Mondego.

No seu edifício integra diferentes Unidades de Saúde Familiar (USF), a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

O estágio decorreu 5 semanas na UCC, entre 23 de Maio e 24 de Junho de 2022, e 4 semanas numa das USF, entre 27 de Junho e 22 de Julho de 2022.

1.2.1. Unidade de Cuidados na Comunidade

A UCC onde decorreu o estágio tem por missão, de acordo com o Art.º 11, Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em

situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

No que diz respeito à visão, pretende a melhoria contínua da qualidade e eficiência dos serviços prestados, aspirando ser uma referência na área dos cuidados de saúde primários, a nível regional, revelado pela satisfação dos utentes e profissionais.

Neste sentido, define como valores estruturantes o respeito pelo Direito Humano a uma saúde prestada com Honestidade e Qualidade, o Respeito pela individualidade, a Igualdade de Direitos, o Direito à Saúde em tempo útil, a Responsabilidade e Confiança entre os seus elementos e a Comunidade, a Responsabilidade Partilhada na tomada de decisões, o Espírito de Equipa, a Dedicação, a Disponibilidade e a Transparência.

A carteira básica de serviços desta UCC integra projetos e programas de saúde/social da sua área de abrangência que acompanham o ciclo vital desde o nascimento até ao fim de vida, trabalhando em articulação com as USF deste Centro de Saúde.

Na área de Saúde Materna e Obstétrica, no período em que decorreu o estágio, encontravam-se em desenvolvimento os seguintes programas/projetos:

- Programa de PPP "Momentos Únicos", incluindo sessões práticas e teóricas (cerca de dez sessões com temas na área da preparação para o parto e parentalidade), decorrendo de forma presencial e/ou online, conforme preferência da grávida;
- "Quem quer ser pai?", programa composto por 4 sessões, dirigido apenas aos pais (homens), com o objetivo de desenvolver competências parentais;
- Grupo de apoio ao AM "Pingos de Amor", via online, dirigido a grávidas e puérperas, sendo o tema de cada sessão trazido pelas participantes, com base numa dúvida ou comentário das mesmas;
- Cantinho da Amamentação, o qual funcionava por marcação, sempre que houvesse necessidade de acompanhamento/apoio/esclarecimento de dúvidas numa situação específica relativa à amamentação;
- Programa "Cheguei!", consistindo em sessões de formação parental, de caráter pontual, com temas diversos, em regime presencial e/ou online;
- Curso presencial para pais e mães de Massagem Infantil;
- Programa de Recuperação Pós-parto, a decorrer via presencial e/ou online.

Além destes, a carteira de serviços inclui ainda programas na área de Saúde Infantil e Pediátrica (Consulta de Atendimento a Jovens (CAJ), Bebés, crianças e jovens em segurança – Semi-Reta, entre outros), na área da Saúde Escolar (AnimadaMente, +Contigo, entre outros), na área da saúde do Adulto/Idoso (consulta de cessação tabágica, envelhecimento ativo – Anos de Vida Q(ualidade), Casa segura para idosos – CSI, entre outros), na área da saúde mental e psiquiátrica (consulta de enfermagem de saúde mental, apoio a famílias cuidadoras, entre outros), e ainda a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, que presta cuidados ao domicílio, com vaga para 10 camas.

Em termos de recursos humanos, a UCC integra cinco enfermeiros (dos quais, uma EEESMO), três médicas, uma assistente social, uma psicóloga, uma nutricionista, e uma professora da ESEnfC, que desenvolve um projeto na área da saúde mental, quer com os utentes quer com os profissionais, em colaboração com a equipa.

1.2.2. Unidade de Saúde Familiar

A USF onde decorreu o estágio iniciou a sua atividade a 1 de dezembro de 2015 e tem por missão a melhoria dos níveis de saúde dos seus utentes, prestando cuidados personalizados com qualidade, segurança, eficiência e efetividade.

No que diz respeito à visão, e segundo o BiCSP - SNS (2022) desta unidade, o seu nome "transmite a ideia de vida, ritmo, fiabilidade, dinamismo: o que ambicionamos!".

Neste sentido, define como valores estruturantes a Ética, a Competência, a Deontologia, a Articulação, a Cooperação, a Dedicação e a Ambição.

Esta USF oferece aos seus utentes consultas de vigilância de saúde infantil/juvenil, PF/preconcecional e saúde materna (vigilância de grávidas e revisão pós-parto), rastreio de doença oncológica, e outras consultas relacionadas com problemas de saúde (tais como diabetes, hipertensão e consulta de hipocoagulação), vacinação, tratamentos e administração de terapêutica, consulta aberta (para situações de urgência) e visitas domiciliárias.

Na área da saúde materna são realizadas as consultas de vigilância da gravidez e de revisão pós-parto, tendo por base não só as orientações do PNVGBR (DGS, 2015), mas também recorrendo ao "Guia da Gravidez", elaborado pela EEESMO desta USF, facilitando os ensinos e a transmissão de informações relevantes.

As consultas de PF englobam a decisão e seleção do método contracetivo a utilizar e a realização de citologia para rastreio de cancro do colo do útero (CCU), conforme recomendado no Programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar (2008).

No período em que decorreu o estágio, devido ao contexto pandémico, não se encontrava a ser realizada a visita domiciliária pós-parto.

De acordo com os dados do último relatório de atividades desta USF, referente a 2019, foram realizadas 895 consultas de saúde materna e 1239 consultas de PF. Outros dados relevantes nesta área referem-se à melhoria dos resultados obtidos na "proporção de mulheres com rastreio do colo do útero". Relativamente à "proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de vigilância de enfermagem na gravidez e com a revisão do puerpério" (65,91%) esta apresentou uma diminuição face à última monitorização, encontrando-se justificado pelo facto de a população alvo recorrer fortemente a serviços privados para a prestação destes cuidados.

No que se refere aos cuidados ao RN é realizado o diagnóstico precoce entre o 3º e o 6º dia de vida, conforme as orientações do Programa Nacional de Rastreio Neonatal, e a monitorização ponderal com periodicidade semanal ou de acordo com a evolução de cada RN.

Posteriormente, são mantidas as consultas de vigilância de saúde infantil, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) e cumprido o respetivo Programa Nacional de Vacinação (2020).

Englobadas na saúde do adulto encontram-se ainda as consultas de vigilância de saúde da mulher, nomeadamente o climatério.

Em termos de recursos humanos, esta USF integra seis enfermeiros (dos quais, uma EEESMO), seis médicas, e cinco assistentes técnicas.

2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (2015),

> Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (p. 99).

Neste sentido, segundo o Regulamento n.º 140/2019, os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são: a) responsabilidade profissional, ética e legal; b) melhoria contínua da qualidade; c) gestão dos cuidados; d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais (p. 4745).

De seguida serão explanadas as atividades realizadas no sentido de desenvolver as competências referidas.

No domínio da *responsabilidade profissional, ética e legal*, toda a minha prática foi guiada não só pelo Código Deontológico do Enfermeiro (2005), pela Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (2000), pelos PQCEESMO (2021), como também outros documentos estruturantes.

Este domínio foi transversal a todos os contextos de estágio, procurando fomentar o respeito pelo direito à privacidade, assegurar o respeito pela escolha e autodeterminação da mulher/casal, nomeadamente através do incentivo ao Plano de Parto, e ainda, respeitando continuamente os seus valores, costumes, crenças e práticas específicas.

Neste âmbito, emerge-me uma reflexão. Durante os estágios, confrontei-me em diversas situações com grávidas/parturientes/puérperas estrangeiras, o que dificultou a comunicação e os ensinos a realizar. Recursos como o tradutor do telemóvel, auxiliaram o nosso trabalho, contudo, estas experiências permitiram compreender que a

multiculturalidade é uma realidade cada vez mais presente, obrigando os EEESMO a mobilizar conhecimentos. Deste modo, é-nos exigida uma resposta mais efetiva face a estas mulheres/casais, conhecendo as suas crenças e valores, pois essas têm influência nos cuidados prestados, sendo por isso um desafio emergente (DGS, 2015).

Ainda neste âmbito despoletaram-se, pelo menos, mais duas reflexões: o respeito pela intimidade da mulher e o respeito pela autonomia na decisão.

No que se refere à intimidade da mulher, o nosso âmbito de cuidados invade constantemente a privacidade desta nos mais diversos contextos, como por exemplo, a exposição necessária nas consultas de vigilância de saúde, não só da gravidez mas também no PF e climatério, aquando da observação ginecológica; a exposição constante durante o TP, desde a avaliação da progressão do TP até ao momento do parto propriamente dito; no período pós-parto, não só durante a avaliação da ferida cirúrgica, lóquios e mama, mas também aquando da amamentação; entre outros.

Nesse sentido, ao longo dos diferentes estágios tentei salvaguardar a privacidade e intimidade da mulher, procurando restringir a presença de pessoas desnecessárias aos procedimentos, nomeadamente, promovendo o meu próprio afastamento quando, após o meu juízo clínico, constatava que a minha própria presença não seria uma mais valia. Por outras palavras, houve momentos (particularmente no estágio da SP, aquando da avaliação da evolução do TP) em que me questionei e ponderei o que mais pesava naquele momento: a minha oportunidade de aprendizagem ou a privacidade da mulher? Por este motivo, em determinadas situações, a minha decisão foi afastar-me, regressando posteriormente para prestar o apoio e esclarecimentos necessários à grávida/parturiente/puérpera.

Relativamente ao respeito pela autonomia na tomada de decisão, confrontei-me durante o estágio de puerpério com uma situação que me fez refletir como futura EEESMO: um casal que recusou a vacinação do RN, mesmo depois de explicados os benefícios e os riscos da sua não realização.

Segundo a OE (2011), a vacinação em Portugal não é obrigatória, com exceção das vacinas da difteria e do tétano, contudo, “todos os indivíduos (ou os seus representantes legais) que rejeitam a vacinação com todas ou algumas vacinas, devem assumir uma declaração da recusa, que deve ficar arquivada no serviço de vacinação” (p. 3).

Esta situação fez-me refletir, pois era um caso particular desde o pré-parto, visto que o casal tinha recusado a pesquisa de Streptococcus B; posteriormente, no internamento do puerpério, confrontaram-me com uma marca que o bebé tinha na perna (da administração da vitamina K), a qual, segundo eles, foi administrada sem o seu consentimento; estavam renitentes à administração de LA, entre outras coisas. Contudo, o bebé desenvolveu um quadro de irritabilidade intensa, com hipertermia, ocasionando uma situação complexa de gerir, porque por um lado tendo a mãe um Streptococcus B desconhecido, que aumentava o risco infecioso do bebé; por outro, o bebé mamava mas mantinha-se irritado. Neste sentido, foi negociado entre as pediatras e os pais a administração de LA, após o qual o bebé acalmou, a temperatura estabilizou e a própria mãe ficou mais tranquila. Como futura EEESMO verifiquei que situações como esta podem ser cada vez mais frequentes, pelo acesso à informação que os pais têm atualmente, necessitando os profissionais de demonstrar conhecimentos e segurança nas informações e cuidados prestados, mantendo o respeito pela autonomia dos casais nas decisões.

A melhoria contínua da qualidade visa alcançar a excelência, sendo um processo dinâmico e constante de reconhecer fatores que intervêm na prática de enfermagem, exigindo aos profissionais a construção e aplicação de instrumentos que facilitem a avaliação da qualidade dos cuidados prestados (Mota, Melleiro e Tronchin, 2007).

Neste sentido, no domínio da *melhoria contínua da qualidade*, no decorrer dos estágios, procurei conhecer a filosofia das instituições, nomeadamente os seus projetos de melhoria contínua (em desenvolvimento e/ou em funcionamento), com vista a identificar oportunidades de melhoria e fomentar a implementação de programas de melhoria contínua dos cuidados. Desse modo, foram concebidas, planeadas e implementadas, em todos os campos de estágio, sugestões de melhoria, tais como: a construção de um separador sobre "Sexualidade e Contraceção no pós-parto" (Consulta Externa) (Apêndice I) para integrar o livro de informações existente (cada separador era entregue consoante a idade gestacional da grávida); organização da pasta de protocolos da UMMF; colaboração na implementação de um projeto previamente existente realizado por enfermeiras da SP no âmbito dos posicionamentos facilitadores do TP, no qual se recorreu a ferramentas de gestão como a análise SWOT e o modelo de mudança de Kotter; a apresentação de um projeto de melhoria para o Cantinho de Amamentação no Puerpério, conforme o diagnóstico de mamar/amamentar comprometido à data da alta, com sugestão

de teleconsulta (Apêndice II); realização de um vídeo para utilização nas sessões práticas das 37 semanas (UCC); e a elaboração de um trabalho sobre o Vírus do Papiloma Humano (HPV) e CCU, contribuindo para a contextualização teórica de um projeto em desenvolvimento na USF (Apêndice III).

O envolvimento do pai/família nos cuidados com vista a assegurar a sua satisfação foi igualmente uma preocupação constante, visto que o contexto pandémico que nos acompanhou neste percurso, exigiu uma contínua reorganização, resiliência e mudança. Foi um contexto muito desafiador, pois vivenciámos uma prática totalmente diferente daquela que conhecíamos anteriormente.

À exceção do estágio na consulta externa (em que ainda não era permitido o acompanhamento da grávida) foi, sempre que possível e respeitando as normas instituídas, promovida a presença do acompanhante, respeitando a identidade cultural e as necessidades dos intervenientes, visto que os homens no processo de transição para a parentalidade também manifestam carências psicológicas, emocionais e físicas próprias, sendo por isso essencial incluí-los nos cuidados (PNVGBR, 2015).

A gestão de cuidados na Enfermagem refere-se à articulação entre as dimensões de gestão e assistência, ou seja, a dimensão da gestão tem por objetivo a organização do trabalho e dos recursos humanos, sendo a liderança um ponto central; e a dimensão da assistência refere-se às necessidades de cuidados do doente (Mororó et al., 2017).

Assim, no domínio da *gestão dos cuidados*, procurei implementar métodos de organização de trabalho adequados, respeitando as orientações específicas de cada serviço, nomeadamente promovendo o descanso e repouso das grávidas, parturientes e puérperas, nos diferentes contextos de estágio; acompanhei as enfermeiras tutoras quando estas eram coordenadoras de turno, permitindo conhecer o trabalho realizado na coordenação de uma equipa; e procurei utilizar os recursos de forma eficiente, promovendo assim a qualidade.

Neste âmbito, considero também que a minha personalidade e forma de estar foram uma mais valia na gestão de conflitos, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática, a qual foi transversal a todos os estágios. Estas características também facilitaram a minha colaboração nas decisões tomadas em equipa, pois assertivamente apresentava as minhas

sugestões, como por exemplo na decisão do método contracetivo mais aconselhado após uma situação de IVG com que contactei.

A motivação e a competência técnica e de desenvolvimento pessoal são fundamentais para que o EEESMO se encontre confiante, seguro e satisfeito para enfrentar os desafios que lhe são colocados, baseando-se num constante desenvolvimento de conhecimentos e competências (OE, 2021).

Deste modo, no que se refere ao domínio do *desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, revelei conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem, sendo a procura de atualização e suporte para a prática, transversal e constante em todos os campos de estágio, nomeadamente nas situações novas com que me ia confrontando.

Estas pesquisas foram partilhadas com as equipas permitindo a reflexão e discussão de todos os intervenientes, procurando assim atuar como dinamizadora na incorporação de novos conhecimentos na prática de cuidados, com vista a obter ganhos em saúde. Foram exemplo destas, a pesquisa sobre as transfusões fetais in útero, os posicionamentos facilitadores do TP ou até aquando da análise e interpretação dos RCT intraparto.

Neste ponto emerge-me outra reflexão. A atualização constante de conhecimentos, bem como a prática baseada em evidências, além de essencial para melhorar os resultados em saúde, é uma necessidade emergente, visto que diminui custos e aumenta a satisfação dos clientes e profissionais, tal como referido nos PQCEESMO (OE, 2021).

Deste modo, os EEESMO devem procurar possuir conhecimentos sempre atualizados, pois cada vez mais nos deparamos com mulheres/casais informados que questionam os cuidados prestados. Neste sentido, considero essencial que não só os EEESMO devam investir na sua formação contínua, como também as próprias instituições de cuidados fomentem essa atualização, o que infelizmente, nem sempre é uma realidade.

Na minha opinião, e tendo em conta as experiências decorrentes dos estágios, a amamentação é uma das áreas em que os profissionais de saúde, em particular os EEESMO, devem investir, permitindo dissipar dúvidas e contradições tantas vezes percetíveis nos discursos dos casais, colocando em risco a manutenção da amamentação.

Facilmente se compreende que todos os domínios anteriormente referidos se articulam entre si, já que a melhoria contínua da qualidade sendo um foco central em toda a nossa atuação (uma vez que é sinónimo de melhoria dos cuidados prestados), só pode ser conseguida através do investimento constante em aprendizagem profissional e prática baseada em evidência, conduzindo assim a uma gestão mais cuidada das pessoas e alvos de cuidados, sustentando toda a atuação numa conduta profissional, ética e legal.

Deste modo, o enfermeiro especialista só será completo se no domínio do seu exercício profissional, incorporar além das competências específicas da sua área de especialidade, as competências acima apresentadas.

Neste sentido, o próximo capítulo irá espelhar as atividades realizadas com o objetivo de desenvolver as competências específicas do EEESMO.

3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

As competências específicas do EEESMO, de acordo com o Regulamento n.º 391/2019, são: a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional; b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (p. 13561).

Na componente de estágio, além do desenvolvimento das competências acima mencionadas, procurou dar-se resposta às experiências mínimas legalmente exigidas, referidas no ponto 5.1 – B do Anexo II da Lei nº 25/2014, de 2 de maio (p. 2587-2588), as quais foram atingidas ou mesmo superadas, conforme demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 – Experiências mínimas exigidas VS experiências realizadas

Experiências mínimas exigidas	Experiências realizadas
Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais	438 exames*
Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes	103 parturientes
Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos	38 partos realizados + 22 partos colaborados
Participação ativa em partos de apresentação pélvica. Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação	1 parto pélvico
Prática de episiotomia e iniciação à sutura. A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos. A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável	23 experiências de sutura
Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco	103 grávidas
Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais	103 parturientes 117 RN normais
Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes	12 RN
Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia	5 Ginecologia 96 Obstetrícia

* Inclui: manobras de Leopold, auscultação fetal, RCT, toque vaginal

De seguida serão referidas as atividades realizadas para o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO.

Com vista a desenvolver a competência *"Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional"*, colaborei no planeamento e implementação de projetos e intervenções de educação sexual e de regulação da fecundidade (critério 1.1.2) no estágio da UCC, nomeadamente nas CAJ, onde foi possível não só informar e orientar os jovens em matéria de PF e métodos contracetivos (critério 1.1.4) (seguindo as orientações do Consenso sobre Contraceção, 2020), como também facultá-los (critério 1.1.6).

Uma reflexão que gostaria de deixar é que fiquei agradavelmente surpreendida com a adesão dos jovens à CAJ, pelo que considero que esta é uma área em que se deveria

investir, uma vez que os jovens podem recorrer a esta consulta mesmo que não pertençam ao ficheiro deste centro de saúde, tal como previsto no Artigo 5º da Lei n.º 120/99 de 11 de agosto. Na minha opinião, este facto promove a sua adesão, pois evita o desconforto associado a recorrer a um local que eles e/ou os seus familiares frequentam habitualmente.

Na área das Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST) foi possível conceber, planear e implementar intervenções de proteção da saúde e prevenção de IST (critério 1.2.2), não só aquando das CAJ, mas também através da ação desenvolvida com um grupo de jovens durante o estágio na UCC, como será aprofundado mais adiante neste capítulo.

No que se refere à colaboração em consultas preconcecionais, quer na USF quer na Consulta Externa da Maternidade, estas experiências foram escassas, o que me leva a refletir na importância da divulgação e adesão das mulheres a estas consultas, devendo este ser um foco de atenção para os EEESMO, visto que, só acompanhando uma gravidez desde o preconcecional ao pós-parto, se alcançam melhores resultados em saúde (DGS, 2015).

Ainda assim, as consultas preconcecionais em funcionamento seguiram as orientações da Circular Normativa 02/DSMIA (DGS, 2016), nomeadamente na consulta externa, onde contactei com a situação de uma mulher com epilepsia, onde esta foi informada acerca dos riscos de uma gravidez concomitante com a sua doença crónica e dos efeitos da sua medicação habitual no feto.

Relativamente às consultas de PF, foram experiências desenvolvidas quer na consulta externa da Maternidade quer na USF, as quais seguiam os objetivos e atividades referidos no Programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar (2008), tendo sido possível colaborar na retirada e colocação de dispositivos intrauterinos e implantes subcutâneos.

À semelhança das consultas preconcecionais, também no âmbito do PF o número de experiências foi reduzido, provavelmente justificado pelo facto de a população alvo recorrer com frequência a consultas no setor privado, nomeadamente na especialidade de Ginecologia. Ainda assim, foi possível colaborar na implementação de intervenções de rastreio e diagnóstico da situação de saúde da mulher (critério 1.2.1), tal como a citologia cervical para rastreio do CCU, reflexão que será aprofundada mais à frente neste relatório.

Durante os estágios que abrangeram o período preconcecional, não foi possível contactar com situações de infertilidade ou disfunções sexuais. Considero que esta situação pode

estar relacionada não só com o facto de as consultas de infertilidade serem realizadas noutro pólo deste Hospital, mas também pela procura de serviços privados nesta área.

Como EEESMO é fundamental compreender que, mesmo nos casais aparentemente sem condicionantes, a probabilidade mensal de conseguir uma gravidez de forma natural é de cerca de 25% em mulheres até aos 30 anos, reduzindo para 5 a 10% aos 40 anos e sendo menor que 1% a partir dos 45 anos, atribuindo uma taxa média de 15% de infertilidade em casais em idade reprodutiva (Barros citado por Neto & Pedro, 2017).

Neste sentido, e considerando o adiamento da gravidez por parte dos casais, como referido no PNVGBR (DGS, 2015), surgindo por esse motivo um número crescente de casos de infertilidade no nosso país, entendo a importância que uma experiência mais alargada nesta área teria tido no meu percurso. Ainda assim, considero uma mais valia ter tido a experiência de contactar com as questões da infertilidade e das técnicas de procriação medicamente assistida durante o meu percurso como enfermeira generalista, o que me estimulou ainda mais para a pesquisa e aprofundamento de conhecimentos nesta área, durante este Mestrado.

Com vista a desenvolver a competência *"Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal"* foi possível vivenciar experiências em diferentes contextos: consulta externa, UMMF, SU, USF e UCC.

Segundo dados do Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez (2018), em Portugal foram realizadas em 2017, 14.899 interrupções da gravidez por opção da mulher até às 10 semanas de gestação, totalizando 96,17% de todas as IVG realizadas, recorrendo em 70,2% dos casos a procedimento medicamentoso.

As consultas de IVG na Maternidade seguiam as orientações da Circular Normativa n.º 9/SR de 21/06/2017 da DGS.

Colaborar nesta consulta permitiu-me contactar com mulheres que tomaram a decisão de IVG por motivos distintos (como económicos, saúde, ou até mulheres que realizavam o procedimento pela quinta vez consecutiva), despertando-me a importância de orientar estas mulheres para apoio psicológico: por um lado pela ambivalência na decisão, mas também pelo facto de, por vezes, se encontrarem a realizar o procedimento sem

conhecimento dos familiares, como foi o exemplo de uma jovem estudante que ia completar o processo de IVG em casa dos pais, desconhecendo eles a situação.

Neste sentido, uma reflexão que gostaria de partilhar é o facto de, se o acesso a consultas de PF e métodos contracetivos é gratuito em Portugal, tal como previsto na Orientação 010/2015 da DGS, inquietou-me ainda contactar com mulheres que realizam a IVG quase como método contracetivo, pois faz-me sentir que, em algum momento do processo, todos falhámos. Por este motivo, considero um campo de ação central como futura EEESMO a aposta na literacia em saúde e na promoção de ações junto das camadas mais jovens, pois apesar do acesso à informação ser facilitado através das redes sociais e internet, nem sempre a informação disponível é a mais fidedigna.

Outra experiência a referir neste âmbito foi a colaboração na informação e orientação da mulher na contraceção pós-aborto (critério 2.1.2), promovendo igualmente uma decisão esclarecida no âmbito da IVG (critério 2.1.4), tendo prestado o meu contributo numa situação em que não sendo possível a mulher recorrer a contraceção hormonal, e não pretendendo ter mais filhos, propus, em decisão de equipa, a laqueação de trompas.

Nas consultas de vigilância da gravidez foi possível acompanhar grávidas de baixo risco e risco, permitindo conceber e implementar intervenções de promoção da saúde pré-natal (critério 2.1.1), informar e orientar as grávidas/casais acerca de estilos de vida saudáveis durante a gravidez (critério 2.1.5), acerca de sinais e sintomas de risco (critério 2.2.1), informando e orientando sobre medidas de alívio dos desconfortos da gravidez (critério 2.3.1), com vista a potenciar uma gravidez saudável (critério 2.2.8), não só na consulta externa mas também na USF.

Nestas consultas foi também possível conceber e implementar cuidados a grávidas com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, como hipertensão, diabetes, infeções, patologia de tiróide, entre outras, cooperando com outros profissionais, como obstetras e nutricionistas, nomeadamente na grávida com diagnóstico de diabetes gestacional (realizando ensinos sobre avaliação de glicemia capilar e ajustando o plano alimentar) (critérios 2.3.3 e 2.3.4).

Em algumas situações foi também possível identificar desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que se encontravam além da minha área de atuação (critério 2.2.5), tais como a identificação de proteinúria associada a edemas e/ou hipertensão ou alterações na interpretação do RCT na consulta externa.

No que diz respeito às consultas de DPN, estas têm como objetivo diagnosticar um defeito congénito, incluindo todos os passos relacionados com a deteção da malformação, ou seja, prevenção, rastreio, diagnóstico, prognóstico, terapêutica e *follow-up* (Tavares, Rendeiro & Basto, 2017), encontrando-se legisladas no Despacho n.º 5411/97 (2ª série). A passagem pelo DPN, ainda que essencialmente num papel de espetadora, permitiu-me compreender a fragilidade que a mulher/casal apresenta nestas situações, necessitando o EEESMO de transmitir apoio e segurança, muitas vezes desmitificando falsas culpas face a situações de malformações fetais, por exemplo. Além disso, foi possível observar alguns procedimentos invasivos, como a amniocentese.

Além do contexto de consulta, foi possível também conceber, planear e implementar intervenções a grávidas com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o estágio no internamento da UMMF, nomeadamente na área dos distúrbios hipertensivos, diabetes gestacional e em situações de isoimunização Rh.

Sendo a experiência de isoimunização Rh uma situação nova para mim, procurei aprofundar conhecimentos nesta área. Esta pesquisa permitiu compreender que o fator subjacente à doença hemolítica fetal tem por base a hemólise dos eritrócitos fetais Rh + cobertos pelos anticorpos maternos IgG anti-D, os quais são destruídos no espaço extravascular, sendo a anemia daí resultante compensada com o aumento da produção de eritropoietina, o que intensifica a eritropoiese fetal. Contudo, o facto de o feto libertar a bilirrubina não conjugada através da placenta, protege-o da ação prejudicial desta no cérebro fetal, pelo que na vida intrauterina, o quadro de doença fetal é dominado pela anemia (Pinto, 2017). Com vista a corrigir a anemia fetal, pode ser realizada transfusão intrauterina, sendo esta a "principal opção terapêutica nos casos de anemia fetal grave associada a aloimunização Rh, entre as 18 e as 35 semanas de gestação" (Sousa, Neves, Amaral & Loureiro, 2013, p. 190). Deste modo, a transfusão pode ser executada por via peritoneal (colocação de eritrócitos na cavidade peritoneal, sendo a absorção feita pelo sistema linfático fetal posteriormente); ou através de transfusão intravascular (por cordocentese, por acesso à porção intrahepática da veia umbilical ou por cardiocentese) (Sousa et al., 2013). Na situação com que contactei, a transfusão foi realizada por via intravascular, tendo sido necessário realizar o procedimento mais do que uma vez.

Em suma, todas as experiências referidas permitiram acompanhar grávidas com diferentes idades gestacionais e patologias associadas, obrigando-me a mobilizar

conhecimentos e adequar os ensinos e informações transmitidas, revestindo-se de primordial importância para o meu percurso.

Outro aspeto a ter em consideração como EEESMO é o facto de a gravidez constituir um período propício à educação para a saúde, não só acerca da gravidez, mas também noutras áreas. Isto porque no nosso país é frequente a procura dos serviços de saúde acontecer apenas quando a doença já se encontra instalada. Neste sentido, as consultas realizadas no período da gravidez são essenciais para incentivar a adesão a rastreios, vacinação, hábitos de vida saudáveis, entre outros, mesmo após este período.

Deste modo, na UCC, antes da grávida iniciar as sessões do programa de PPP realizava-se uma consulta online, onde além de conhecer os antecedentes pessoais da grávida e a história da gravidez atual, era disponibilizada à grávida informação acerca dos recursos existentes na comunidade (critério 2.1.6), visto que podiam ser encaminhadas pela respetiva USF ou manifestar o seu interesse neste programa, via email.

Neste contexto, uma das experiências mais enriquecedoras e marcantes para o meu futuro como EEESMO foi a colaboração no programa de PPP da UCC, visto que estes programas são ferramentas indispensáveis como fonte de conhecimentos e de mudança de mentalidades (DGS, 2020), não só no aumento da confiança das mulheres/casais face aos seus novos papéis, mas também na promoção de competências parentais para uma vivência mais positiva da gravidez, parto e pós-parto (DGS, 2015).

Neste sentido, durante o estágio foi possível conceber, planear e implementar várias sessões no âmbito do programa de PPP (critério 2.1.8), as quais decorreram em modalidade mista (presencial e *online*, simultaneamente), subordinadas aos temas "Trabalho de Parto", "Plano de Parto", "Dor de Trabalho de Parto: estratégias para alívio da dor" e as sessões práticas, onde se instruíam os exercícios da musculatura pélvica (Apêndice IV). Além destas sessões, cerca das 37 semanas, era realizada uma sessão presencial com a grávida e com o companheiro, no sentido de esclarecer dúvidas, validar conhecimentos e simular o período expulsivo. Nesta sessão era também promovida, aconselhada e apoiada a decisão da mulher no que se refere à elaboração do plano de parto (critério 2.1.10), visto que tendo por base o princípio bioético da autonomia, desde 1996 é recomendada pela OMS a elaboração do plano de parto, com o objetivo de empoderar as mulheres, minimizando receios através das informações transmitidas,

auxiliando-as a refletir acerca das suas preferências, fomentando assim a satisfação num momento tão importante da sua vida (Santos et al., 2019).

Para o desenvolvimento das sessões do programa de PPP, considero que foi essencial a minha procura constante de metodologias dinâmicas, tentando quebrar a distância por vezes sentida com quem estava *online*. Posso afirmar que foi uma experiência muito enriquecedora e interessante, não só pelos conhecimentos que revi e consolidei, mas essencialmente pelo *feedback* que obtinha dos participantes.

Uma reflexão que gostaria de deixar neste ponto é a importância dos programas de PPP não só na promoção de uma transição saudável para a parentalidade, mas fundamentalmente por ser um campo de intervenção autónomo dos EEESMO, onde podemos ter uma ação transformadora junto dos casais que acompanhamos. Considero que, face a esta vantagem dos programas de PPP, os EEESMO deveriam procurar investir não só em mais formação nesta área, mas também promover a conceção e implementação de mais programas, pois foi evidente que a oferta existente é ainda assim escassa.

Durante os estágios foi também possível colaborar com o programa de apoio ao AM da UCC, concebendo, planeando e implementando algumas sessões (critério 2.1.9). Esta experiência foi enriquecedora, visto que, como cada sessão partia de uma questão/situação colocada pelas grávidas/puérperas, estimulou a mobilização e atualização constante de conhecimentos para procurar dar resposta às dúvidas colocadas.

Ainda neste contexto, concebi, planeei e implementei uma sessão para profissionais de saúde (conselheiros de amamentação) do ACES Baixo Mondego (Apêndice V), durante o estágio na UCC, onde abordei as recomendações recentes da OMS sobre amamentação, nomeadamente focando documentos estruturantes nos cuidados pré-natais (OMS, 2016), acerca dos cuidados para uma experiência de parto positiva (OMS, 2018) e cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva (OMS, 2022).

Mais uma vez foi percetível a necessidade de investir em formação nesta área, visto que poucos participantes conheciam os documentos partilhados, reforçando que a pandemia condicionou significativamente o incentivo à amamentação na prática clínica.

Também a competência de monitorização e avaliação do bem-estar materno-fetal, utilizando os meios clínicos e técnicos apropriados, tais como manobras de Leopold, RCT, auscultação fetal (critério 2.2.2 e 2.2.6), foi passível de desenvolver em todos os contextos clínicos.

As manobras de Leopold englobam um conjunto de técnicas manuais que permitem identificar o número de fetos e diferenciar as suas partes, verificar a apresentação, posição e atitude fetais e, ainda, o grau de descida da apresentação (Sequeira, Henriques, Seabra, Pousa, Sousa & Sobral, 2020). Além disso, colaboram na auscultação fetal, tendo em conta a localização do dorso do feto, que é o ponto de auscultação máxima.

A prática da auscultação fetal foi essencialmente desenvolvida na UMMF (quando as grávidas tinham idade gestacional < 28 semanas), na USF aquando da consulta de vigilância de saúde materna, e na UCC aquando da simulação do período expulsivo.

O RCT consiste num exame complementar não invasivo que visa a avaliação do bem-estar fetal (Sequeira, Seabra, Sousa, Brandão & Pousa, 2020), sendo analisado com base nas características de um RCT normal, ou seja, linha de base 110-160 bpm, variabilidade entre os 5-25 bpm, sem desacelerações repetitivas (FIGO, 2015).

A competência de colocação, análise e interpretação de RCT foi possível desenvolver em diferentes contextos, como a consulta externa (realizado a todas as grávidas após as 37 semanas), o SU (quando por exemplo a grávida recorria a este serviço por diminuição dos movimentos fetais), a UMMF (em grávidas internadas com patologia associada após as 28 semanas, em ITP ou nas IMTP), e a SP (monitorização contínua durante o TP).

Se a exposição apresentada até ao momento associou a gravidez, maioritariamente, a desfechos positivos, é importante agora considerar que existem circunstâncias desviantes, como são exemplo as situações de abortamento.

Abortamento define-se como uma interrupção da gravidez antes do feto atingir a viabilidade, podendo ser espontâneo, de repetição ou provocado (Cunningham et al., 2016).

Durante os estágios foi possível acompanhar situações de abortamento do 1º e 2º trimestres da gravidez.

As situações de abortamento do 1º trimestre relacionaram-se essencialmente com IVG que ocorreram por via medicamentosa até às 10 semanas (conforme o Artigo 1º da Lei n.º 16/2007 de 17 de abril) que, não tendo esvaziado o conteúdo uterino na totalidade, necessitaram de intervenção cirúrgica (curetagem) com internamento na UMMF; e ainda uma situação com complicações pós-aborto por retenção de restos ovulares, no SU.

Os abortamentos do 2º trimestre encontraram-se associados a malformações fetais com necessidade de IMG até às 24 semanas, conforme o Artigo n.º 1º da Lei n.º 89/97, de 30 de julho, no DPN e na UMMF, e ainda situações de APPT, na UMMF.

Todas estas experiências permitiram monitorizar trabalhos de abortamento (critério 2.2.9), concebendo, planeando e implementando intervenções com vista a potenciar a saúde da mulher durante esta fase e/ou no pós-aborto (critério 2.2.10) e ainda cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto (critério 2.3.7), como foi exemplo a situação experienciada no SU referida anteriormente.

De igual forma, uma situação de APPT em que foi permitida a presença do companheiro e da mãe da grávida, em simultâneo, visto esta ser muito jovem e sentir dificuldade em lidar com a situação, permitiu dar resposta ao critério 2.3.8.

No decorrer desta temática, gostaria de partilhar uma reflexão. De acordo com os PQCEESMO (OE, 2021), o luto perinatal é um dos focos de atenção do EEESMO. Nesse sentido, é relevante ter em conta as conclusões da pesquisa realizada por Morgado (2020), quando refere que o EEESMO deve facilitar o processo de luto através de escuta ativa, assistir na decisão sobre medidas facilitadoras do luto, analisar com a parturiente a relação entre o apoio da família e o luto, ensinar sobre o luto e sobre momentos críticos. Teixeira et al. (2021) acrescentam que a perda de um filho é um evento devastador pois envolve três momentos diferentes: "o passado onde houve a idealização do sonho, a desilusão e a tristeza que parecem ser infinitos pelo presente momento e a dúvida sobre o futuro" (p. 9). Um aspeto a salientar neste âmbito é que promover privacidade neste momento não deve ser sinónimo de abandono, devendo o EEESMO gerir a sua presença junto da mulher e/ou casal, considerando que cada indivíduo experiencia a perda de forma diferente (Siassakos et al., 2017 citados por Morgado, 2020).

Neste sentido, como futura EEESMO ressalto a importância do suporte e apoio emocional na perda e na conjugalidade, pois durante o estágio fui confrontada com situações de perda perinatal, quer na UMMF quer na SP. Das experiências vivenciadas posso afirmar que mais do que a expulsão fetal e os cuidados ao feto, me marcou a humanidade e transparência enorme que os EEESMO demonstraram, falando sobre tudo sem preconceitos ou receios, permitindo ao casal manifestar as suas emoções.

Deste modo, torna-se premente a necessidade de formação dos EEESMO nesta área, pois o apoio no luto perinatal não deve ser um cuidado meramente espontâneo, sendo essencial ter ferramentas para trabalhar com estes casais face a uma perda tão significativa.

No âmbito da competência *"Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto"* foram realizadas diversas intervenções com vista ao seu desenvolvimento.

O TP consiste num conjunto de fenómenos fisiológicos que, de forma induzida ou espontânea, provocam o apagamento cervical, a dilatação do colo uterino, a progressão do feto no canal de parto e a sua expulsão para o exterior. Este processo ocorre em 4 estádios: apagamento e dilatação do colo (1º estádio), período expulsivo (2º estádio), dequitadura (3º estádio) e puerpério imediato (duas horas após o parto) (4º estádio) (Fatia e Tinoco, 2016). Varela et al. (2020) acrescentam que o 1º estádio compreende duas fases: a latente (desde o início das contrações uterinas irregulares até ao apagamento completo do colo e dilatação superior a 3cm) e a ativa (aumento da intensidade, duração e frequência das contrações, sendo estas mais regulares, provocando uma rápida dilatação do colo, e a descida e rotação do feto ao longo da pelve até à dilatação completa).

Na fase latente, que decorria essencialmente na UMMF, foram concebidas, planeadas e implementadas intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher, procurando facilitar sempre a presença do convivente significativo (critério 3.1.3), nomeadamente na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor, através do ensino, instrução e treino de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, tais como banho quente, bola de pilates, massagem, respiração, entre outras (critério 3.1.6).

Ressalto a dificuldade sentida em desenvolver intervenções no âmbito das medidas não farmacológicas junto das grávidas com IMTP, visto que os níveis de dor eram mais difíceis de controlar, nomeadamente porque muitas destas grávidas já se encontravam em processo de indução há alguns dias, o que reduzia ainda mais a sua tolerância à dor.

Na minha opinião, este é um foco central da nossa atuação enquanto EEESMO, ou seja, a promoção da literacia e empoderamento das mulheres face às IMTP. Isto porque, muitas vezes, eram realizadas antes das 41 semanas, sem patologia materna ou fetal associada, contrariamente ao referido na Orientação 002/2015 da DGS.

No que se refere à utilização de estratégias farmacológicas na fase latente foi também relevante verificar os efeitos secundários dos fármacos utilizados (como era exemplo a Petidina) quer na grávida (referindo vómitos, tonturas e sonolência) quer no bebé (o qual apresentava um RCT com variabilidade reduzida após a administração da medicação), para assim ficar mais desperta quando as utilizar como futura EEESMO.

Na fase ativa do TP, já na SP, uma das intervenções centrais era o alívio da dor, maioritariamente, através do recurso à analgesia epidural.

A "*Walking epidural* (..), também conhecida como "caminhar com epidural", é uma técnica anestésica em que a grávida pode mover-se livremente durante a dilatação e participar muito mais ativamente no nascimento do bebé, possibilitando maior autonomia e satisfação maternas" (Sequeira, Freitas, Seabra & Correia, 2020, p. 107). Claramente, este tipo de analgesia requer uma maior vigilância, não só dos sinais vitais da mãe (pelo risco de hipotensão), mas também uma avaliação frequente da sensibilidade dos membros inferiores. Ainda assim, facilita todo o restante trabalho que se pode desenvolver com a parturiente/casal, no sentido de promover a evolução do TP, como foi possível experienciar no meu estágio, permitindo que a parturiente utilizasse estratégias como a bola de pilates e a deambulação. Infelizmente foi possível constatar que esta técnica é ainda pouco utilizada, muitas vezes por inexperiência ou renitência das equipas médicas. Ainda assim, considero que o nosso papel como EEESMO é essencial comprovando os benefícios práticos da utilização da mesma, favorecendo uma evolução mais rápida do TP, para assim incentivar a uma implementação mais efetiva.

A possibilidade de promover posições facilitadoras do TP foi igualmente uma experiência enriquecedora.

A movimentação durante o TP estimula as contrações uterinas, melhora o fluxo útero-placentar, reduz o tempo de TP e a intensidade da dor (Paiva, Sthal, Paulino & Leite, 2018; Sousa et al., 2018), uma vez que "reduz a compressão dos grandes vasos sanguíneos maternos, melhora o ângulo de encaixe e a eficiência das contrações uterinas" (Paiva et al., 2018, p. 6), visto que "em posições verticais, a força da gravidade acrescenta 10-35mmHg de pressão sobre a apresentação fetal" (Torres, Vinagre, Godinho, Casal & Pereira, 2018, p. 277).

Sem dúvida que uma mais valia neste campo são as recentes camas existentes na SP, pois permitem que a parturiente se coloque em posições distintas da litotómica, promovendo

conforto e alívio da dor, e facilitando a evolução do TP. Além disso, neste âmbito é de salientar também o trabalho desenvolvido pelos EEESMO deste serviço fomentando a mudança, apesar da (ainda) notória resistência de algumas equipas médicas. Na minha perspetiva, cabe aos EEESMO mudar o paradigma, demonstrando através da prática baseada na evidência, os benefícios da adoção de posições facilitadoras no TP, seguindo as recomendações 25, 34 e 35 da OMS (2018).

Deste modo, e dada a relevância desta temática, o grupo de estudantes em estágio na SP, propôs-se a colaborar na implementação de um projeto previamente elaborado pelas enfermeiras do serviço nesta área, que por constrangimentos associados ao contexto pandémico, ainda não se encontrava implementado.

Outra experiência que permitiu consolidar conhecimentos foi a análise e interpretação dos traçados de RCT durante o TP, dando continuidade ao desenvolvimento desta competência que já tinha sido iniciada na consulta externa e na UMMF.

Deste modo, foi possível detetar alterações que suscitavam situações de alarme (por ex. aumento da frequência cardíaca fetal associada ao aumento da temperatura materna; padrão sinusoidal ou pré-sinusoidal associado a líquido amniótico meconial; entre outras), através da troca de ideias com os EEESMO presentes em cada turno, tendo por base a classificação da FIGO (2015), anteriormente referida, dando resposta aos critérios 3.2.2 e 3.2.3. Ainda neste âmbito, outra experiência enriquecedora foi a colaboração na colocação de um dispositivo interno para monitorização do bem-estar fetal, pois como afirmam Graça e Santo (2017), “as situações de hipoxia do miocárdio traduzem-se por alterações do ECG” (p. 252), sendo durante o TP monitorizada “através da colocação de um elétrodo espiral modificado no escalpe do feto após rotura de membranas (...) para detetar as alterações do segmento ST que possam ser identificadoras de hipóxia fetal intraparto” (p. 252).

Outra experiência a mencionar é a amniotomia, a qual consiste na rotura artificial de membranas durante o TP, tendo como objetivos, de acordo com Sequeira et al. (2020), “aumentar a dinâmica uterina, promover a diminuição do tempo de trabalho de parto, permitir a visualização das características do liquido amniótico, quando há suspeita de sofrimento fetal, e permitir a monitorização interna fetal” (p. 81), estando contraindicada quando a apresentação fetal não se encontra insinuada, no TP pré-termo, em mulheres com VIH positivo, placenta prévia ou vasa prévia. Esta técnica revestiu-se de alguma

dificuldade no início, principalmente pelo receio das possíveis complicações, como o prolapso do cordão umbilical, contudo com o decorrer do estágio foi-se tornando mais confortável, e, ao ser realizada, permitiu despistar alterações da coloração do líquido amniótico e contribuir para a evolução do TP (quando se verificava TP estacionário), como recomendado pela Orientação 001/2015 da DGS.

O parto é o culminar de um processo fisiológico e voluntário que permite ao feto descer no canal de parto, sendo este empurrado pelas contrações uterinas e pelos músculos abdominais, realizando movimentos passivos que procuram moldar os diâmetros fetais aos diâmetros pélvicos (Rezende & Montenegro, 2010 citados por Barbosa, 2018).

Neste estágio realizei 38 partos eutócicos (um deles, uma IMG de 23 semanas, em apresentação pélvica) e colaborei em 22 partos distócicos (ventosa e fórceps), tendo dado resposta aos critérios 3.2.1, 3.2.4, 3.2.6, podendo afirmar que a experiência de partejar superou todas as minhas expetativas. Apesar do peso da responsabilidade que é assistir o nascimento de um bebé, é sem dúvida um momento que se reveste de muitas emoções e, em que reunimos todos os esforços para que seja um momento positivo.

O processo de parto sofreu significativas alterações ao longo dos anos, carecendo este aspeto de reflexão. Anteriormente assistido por parteiras, em ambiente familiar e íntimo, viu-se transferido para o âmbito hospitalar na segunda metade do século XX, devido aos avanços científicos que procuraram controlar complicações e condições de risco para a mãe e para o bebé (Medeiros, Figueiredo, Correa & Barbieri, 2019), reduzindo fortemente as taxas de mortalidade materno-infantis. Contudo, o contexto pandémico que se vivia no período em que decorreram os estágios, apresentou implicações a este nível.

Em 2021, segundo os dados no PORDATA ocorreram em Portugal 78.890 partos, não sendo conhecido o número de partos ocorridos em estabelecimentos de saúde; contudo em 2020, quando se iniciou a pandemia, 34 partos ocorreram fora das instituições de saúde, o que nos deve fazer refletir face às restrições que foram colocadas durante a pandemia, nomeadamente a ausência do pai, essencial para o apoio à parturiente/puérpera e para a promoção de uma parentalidade saudável, conduzindo a que algumas mulheres/casais optassem por um parto em casa (acompanhado por EEESMO).

O parto domiciliar é entendido como uma opção válida e segura, considerando que as mulheres devem ter o direito de tomar decisões informadas sobre a possibilidade de ter um filho em casa apoiadas por parteiras. Contudo, face à falta de legislação existente em

alguns países, é sugerido que nos países desenvolvidos se fortaleça a capacidade e habilidade dos profissionais, para permitir um parto domiciliar seguro como um serviço disponível (*International Confederation of Midwives* (ICM), 2017).

Na minha perspetiva, e tal como referido na recomendação da OE (2012), mais do que incentivar o parto em casa, devemos procurar nas instituições de saúde promover o parto humanizado e o mais fisiológico possível, onde as mulheres possam apresentar e ver cumprido o seu plano de parto.

É por isso relevante compreender que os modelos de cuidados liderados por parteiras apresentam benefícios para as mulheres e RN, nomeadamente diminuindo a necessidade de analgesia epidural, episiotomias e partos instrumentados, aumentando os partos vaginais espontâneos e as taxas de amamentação (ICM, 2014).

Das experiências vivenciadas foi possível comprovar que cada parto decorre de uma forma singular, e que as intervenções devem ser reduzidas ao mínimo, como recomendado pela OMS (2018), pois constatei que, muitas vezes, partos induzidos acabaram em partos instrumentados, sendo mais frequente do que seria desejável.

Por tudo isto, considero essencial que no futuro se promova cada vez mais a intervenção autónoma dos EEESMO, nomeadamente vigiando a gravidez e TP de baixo risco, conforme previsto no Artigo 39º, da Lei 9/2009, evitando intervenções desnecessárias e favorecendo assim experiências positivas de parto.

Além disso, num momento em que se projeta a nova maternidade de Coimbra, considero essencial que os seus decisores incluam uma Unidade de Cuidados na Maternidade, como preconizado no documento do *Midwifery Unit Standards* (tradução portuguesa, 2020), permitindo um atendimento exclusivo por EEESMO, no rácio de 1:1, promovendo o parto natural.

Outra das experiências exigidas como EEESMO é a prática de suturas.

A episiotomia consiste numa incisão cirúrgica do períneo, com o objetivo de ampliar a abertura vaginal durante o parto (Mascarenhas & Rua, 2020). Conforme recomendado pela OMS (2018), a episiotomia não deve ser uma prática de rotina, o que foi uma realidade no meu estágio. Graça (2010) citada por Mascarenhas e Rua (2020) corrobora esta ideia referindo que a episiotomia deve ser realizada sempre que necessário, encurtando o 2º estádio do TP, quando haja motivos fetais (como por ex. sofrimento fetal

agudo) ou para facilitar intervenções obstétricas (como nos partos instrumentados, parto pélvico ou situações de distócia de ombros). Outra realidade passível é a ocorrência de lacerações perineais, sendo estas classificadas em 4 graus: se afetam apenas a pele perineal (1º grau); se envolvem a pele e os músculos perineais (2º grau); se se prolongam para o esfíncter anal externo ou externo e interno (3º grau); ou se atingem também a mucosa anal (4º grau) (RCOG citada por Mascarenhas, 2020).

Durante o estágio tive oportunidade de suturar episiotomias e lacerações de 1º e 2º graus, dando resposta ao critério 3.3.4. Inicialmente foi uma prática pouco confortável para mim, mas com pesquisa, treino e orientação das enfermeiras tutoras foram-se dissipando as dificuldades. Ainda assim, considero que a episiotomia deve ser um procedimento de recurso, tendo em conta as consequências físicas e psicológicas para a mulher, muitas vezes apresentando incontinência fecal e urinária no período pós-parto.

Na SP foram ainda concebidas, planeadas e implementadas intervenções com vista à vinculação mãe/pai/RN/conviventes significativos (critério 3.1.4), procurando integrar o pai em todo o processo, visto que mesmo quando o parto ocorria por cesariana, havia sempre a preocupação de levar o RN ao pai depois de prestados os cuidados promotores da adaptação à vida extrauterina, fomentando desde logo uma transição saudável para a parentalidade.

Também a promoção, proteção e apoio ao AM (critério 3.1.5) foi cumprida através da promoção de intervenções como o contacto pele-a-pele e a amamentação na 1ª hora de vida, integrando a filosofia de cuidados da IHAB desta maternidade.

No período que mediava a expulsão do bebé e a dequitadura, foi possível ainda desenvolver competências no âmbito da colheita de células estaminais, quer por opção dos pais (através de kit individual do casal para criopreservação), quer para fins investigativos (os laboratórios disponibilizavam kits às maternidades, no sentido de colher células para investigação, após consentimento informado dos pais).

A 3ª fase do TP (dequitadura) decorre desde a saída do feto até à expulsão completa da placenta (Sequeira, Prata, Correia, Henriques & Monteiro, 2020), sendo as principais complicações associadas a esta fase: a retenção de fragmentos placentares, a hemorragia pós-parto, a atonia uterina, a placentação anormal, a placenta retida, a inversão uterina e a coagulopatia (Prada & Rafael, 2016). Durante o estágio foi possível conceber, planear e implementar intervenções à puérpera em situação de retenção placentar, nomeadamente

com necessidade de dequitadura manual interna (cooperando com outros profissionais nesse procedimento), dando resposta ao critério 3.3.3 e 3.3.5 e em situação de atonia uterina, seguindo os protocolos de atuação internos do serviço.

No que se refere ao RN, a adaptação à vida extrauterina é um período crítico, visto que necessita adaptar-se às mudanças fisiológicas (estabelecimento e manutenção da respiração, mudanças circulatórias, regulação da temperatura, ingestão, retenção e digestão de nutrientes, eliminação e controlo de peso, entre outros) e comportamentais (autorregulação do humor e autocontrolo do sono) que se iniciam logo após o parto (Rua, Carvalho, Santos & Amaral, 2020).

Durante o estágio na SP prestei cuidados a vários RN, assegurando a avaliação imediata e implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina (critério 3.2.7), como o exame físico, promoção do contacto pele-a-pele, entre outras. Houve ainda oportunidade de colaborar em situações de reanimação do RN (critério 3.2.8), nomeadamente em bebés nascidos com mecónio, bebés prematuros e bebés nascidos após cesariana de emergência por descolamento prematuro de placenta normalmente inserida. Estas situações permitiram compreender os cuidados e as intervenções a realizar nestas situações, seguindo as orientações do fluxograma de reanimação do RN (Oliveira et al., 2016), sendo essencial para o meu percurso.

Durante o exame físico ao RN identifiquei algumas alterações morfológicas e funcionais, referenciando para o pediatra, tais como situações de hipospadia e sindactilia (critério 3.2.10), cooperando igualmente com outros profissionais no tratamento do RN com alterações morfológicas, como a gastrosquisis (critério 3.2.9).

Em conclusão, procurei sempre atuar de acordo com o plano de parto estabelecido pelas grávidas, quer na UMMF quer na SP (critério 3.1.1), procurando conceber, planear e implementar as intervenções mais adequadas à evolução do TP (critério 3.2.5) e às patologias associadas e/ou concomitantes com a gravidez (critério 3.3.2), tendo acompanhado grávidas e parturientes de baixo risco e de risco, tendo sido as patologias mais frequentes a diabetes gestacional e os distúrbios hipertensivos.

Durante todo o estágio foram seguidas as orientações da OMS (2018) com vista a promover uma experiência positiva de parto, desde a UMMF até à SP, como preconizado também nos PQCEESMO (OE, 2021), procurando garantir continuamente um ambiente

seguro durante o TP e parto (critério 3.1.2), fomentando uma atenção respeitosa e uma comunicação efetiva durante todo o processo.

Além disso, pode referir-se que os cuidados na SP, ainda que de modo informal, se encontravam organizados segundo as orientações da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros (2015), estando patente nas situações de tomada de decisão.

Com vista a desenvolver a competência *"Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal"*, foram essenciais os estágios decorridos na consulta externa, na SP, no Puerpério, na USF e na UCC.

Durante o estágio de puerpério foi possível conceber, planear e implementar intervenções a puérperas de baixo risco e de risco, nomeadamente com patologias associadas. Além de patologias como a hipertensão e a diabetes gestacional, contactei com puérperas portadoras de patologias mais raras que me incitaram à pesquisa, tais como a Doença de Von Willebrand e o Síndrome de Alport, dando assim resposta aos critérios 4.3.5 e 4.3.9.

Também no que se refere ao RN foi possível não só informar, orientar e apoiar a mãe nos cuidados ao bebé (critério 4.2.1), mas também sobre crescimento, desenvolvimento, e sinais e sintomas de alarme no RN (critério 4.1.2), quer no internamento do puerpério quer nas consultas de vigilância de saúde do RN na USF. Nestas consultas além do reforço de informação relevante, procurava conhecer-se o regime de alimentação do RN, incentivando sempre o AM.

Outra experiência relevante foi a colaboração na implementação de programas de saúde infantil, nomeadamente através dos rastreios realizados ao RN, tais como o diagnóstico precoce, seguindo as orientações do Programa Nacional de Rastreio Neonatal, o rastreio de cardiopatias congénitas realizado às 48 horas de vida (através da monitorização das saturações de oxigénio periféricas na mão e no pé do RN) e ainda a vacinação, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (2020).

No serviço de puerpério foi possível identificar um bebé com hipertermia, o que permitiu cooperar com outros profissionais no tratamento deste RN (critério 4.3.10). Outra experiência relevante foi o contacto com uma puérpera em pós-parto gemelar, tendo sido essencial conceber, planear e implementar cuidados com vista a uma transição saudável,

uma vez que um dos RN ainda se encontrava na UCIN, procurando fomentar a vinculação e a adaptação à parentalidade.

Assim se demonstra que, transversalmente aos diferentes contextos de estágio, a promoção do papel parental e a transição saudável para a parentalidade foram uma preocupação constante, nomeadamente informando e orientando sobre os recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do RN (critério 4.1.1). Dando ainda resposta a esta competência concebi, planeei e implementei intervenções de apoio à adaptação ao pós-parto (critério 4.1.5), procurando potenciar a saúde da mulher neste período (critério 4.2.5), nomeadamente através da colaboração no programa de Recuperação pós-parto em funcionamento na UCC, dando resposta ao critério 4.3.2, sendo estas sessões, segundo a OE (2019), fundamentais para o bem-estar da puérpera, permitindo manter o equilíbrio mental, visto que a atividade física acarreta vantagens no seu aspeto físico e emocional, proporcionando sentimentos de confiança e satisfação com a sua aparência. Além disso, o exercício físico fortalece e tonifica os músculos abdominais, incrementa energia, concorrendo como fator protetor da depressão pós-parto, visto que otimiza o sono e diminui o stress.

Outra área central na recuperação pós-parto é a sexualidade.

No decorrer dos estágios foi possível constatar que a sexualidade continua a ser um tema pouco abordado pelos profissionais de saúde junto das puérperas/casais. Contudo, considerando um estudo realizado por Brtnicka, Weiss e Zverina (2009) citados por Rodrigues (2018) que demonstrou que cerca de 87% dos casais manifesta ter problemas na função sexual após o parto, facilmente se compreende que os profissionais devem abordar não só o momento certo para o retorno da vida sexual, mas também a relevância do afeto, do toque, do olhar e do diálogo entre o casal, dissipando as perceções de sexualidade associada apenas ao ato coital (Brasil , 2016 citado por Sousa, 2019).

Com vista a alterar este cenário e dar resposta ao critério 4.1.3, durante o estágio no puerpério procurei integrar esta temática nos ensinos realizados no momento da alta; e posteriormente concebi, planeei e implementei uma sessão intitulada “Sexualidade e Afetos: o que mudou com a parentalidade” (Apêndice VI) dirigido a casais a frequentar o Programa Mais Pais Mais Bebés da ESEnfC, a qual foi replicada no programa de PPP da UCC.

Foi percetível no discurso dos participantes que esta temática não tinha sido abordada nem na alta hospitalar nem posteriormente, à exceção do método contracetivo a iniciar, por parte do médico.

Neste âmbito, considero fundamental que os profissionais valorizem mais esta temática, procurando uma assistência integral à saúde da mulher/casal no processo gravídico-puerperal, proporcionando uma vivência saudável da maternidade/paternidade, promovendo relações conjugais e familiares saudáveis, procurando a manutenção do bem-estar sexual numa fase tão sensível para a vida dos casais, tendo os EEESMO um papel fundamental nesta área.

Outro tema central no período pós-parto é, sem dúvida, a amamentação.

Posso afirmar que os estágios foram exímios nas experiências vivenciadas, através da conceção, planeamento e implementação de intervenções de promoção, proteção e apoio ao AM (critério 4.1.4), desde logo com o incentivo à amamentação na SP, fomentando-a na 1ª hora de vida como recomendado pela IHAB, mantendo esse foco de atenção no puerpério e nas consultas de vigilância de saúde infantil.

Contudo, nem sempre as informações transmitidas pelos profissionais são coerentes, como foi possível perceber nas consultas de vigilância de saúde infantil na USF, através de testemunhos de vários pais/casais.

Além disto, as altas pós-parto são cada vez mais precoces (maioritariamente antes de ocorrer a "subida de leite", o que reduz o tempo para ensinos e identificação de dificuldades/problemas) e a falta de suporte existente nos cuidados de saúde primários é também uma realidade, visto que muitas famílias não têm médico e/ou enfermeiro de família atribuído, por ex. Acrescentando a tudo isto o contexto pandémico que muitas vezes desmotivou os utentes a procurar cuidados de saúde, emergiu-me no decorrer do estágio de puerpério, a seguinte questão: "poderá a existência de uma consulta de Cantinho de Amamentação favorecer a manutenção da amamentação?". Nesse sentido, apresentei um projeto de melhoria que visava um apoio após a alta, através de uma consulta de Cantinho de Amamentação, presencial ou *online*, conforme o foco no momento da alta de Amamentar/Mamar comprometido.

Por outro lado, as experiências permitiram ainda a conceção, planeamento, implementação e avaliação das medidas corretivas no processo de AM (critério 4.3.3), nomeadamente pelo trabalho desenvolvido no Cantinho de Amamentação da UCC, onde

recorreram várias puérperas na fase da "subida de leite", com vista à resolução das suas dificuldades e alívio da tensão mamária. Nestas consultas foi possível aplicar técnicas como calor e massagem, ensinar acerca da drenagem manual da mama para alívio de sintomas, entre outras. Além disso, foi também possível colaborar no Grupo de Apoio ao AM, como já referido anteriormente.

A participação e colaboração em todas estas sessões fez-me despoletar, mais uma vez, a reflexão acerca da importância do nosso papel como EEESMO, na promoção da amamentação pois, como mencionado anteriormente, foi percetível no discurso das puérperas/casais a discrepância de opiniões dadas pelos diferentes profissionais, colocando muitas vezes em risco a manutenção da amamentação.

Neste sentido, considero essencial a atualização contínua de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde em geral, e dos EEESMO em particular, com vista à uniformização da informação transmitida, baseando-se na evidência científica mais recente, para assim incentivar e fomentar a manutenção da amamentação, conforme as orientações da OMS.

Para o desenvolvimento da competência "*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério*", as experiências foram escassas, apesar de na consulta externa existir uma consulta dirigida ao climatério, e na USF se encontrarem incluídas nas consultas de saúde da mulher.

Ainda assim, a experiência mais relevante a referir neste âmbito foi a possibilidade de implementar intervenções de rastreio de promoção da saúde durante o climatério (critério 5.1.1), através da realização da citologia cervical, aproveitando este momento para informar e orientar a mulher acerca das alterações associadas a este período (critério 5.1.3).

Segundo o Parecer n.º 65/2011 do Conselho de Enfermagem da OE são "os enfermeiros que pela natureza da especificidade da sua preparação técnico-científica, estão melhor habilitados para assumir a responsabilidade pela realização da citologia como uma intervenção inserida no plano de cuidados de cada Mulher" (p. 3).

Contudo, ainda em poucas instituições esta intervenção é realizada pelos enfermeiros, o que me faz refletir sobre a necessidade de empoderamento e demonstração de valor social em que os EEESMO precisam investir, otimizando também a adesão aos rastreios.

Considero que teria sido importante a colaboração em maior número de consultas e/ou ações de educação para a saúde no âmbito do climatério, contudo no tempo em decorreram os estágios, as experiências não se proporcionaram.

Com vista a desenvolver a competência *"Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica"*, apesar das experiências também terem sido reduzidas, durante o estágio na consulta externa foi possível colaborar em consultas de patologia ginecológica, nomeadamente permitindo implementar intervenções na mulher com afeções do colo do útero (critério 6.3.3), e também cooperar em aspirações de quistos da mama, nas consultas de patologia mamária (critério 6.2.4).

Considero igualmente que teria sido relevante um maior número de experiências para o desenvolvimento desta competência, contudo, mais uma vez, estas foram escassas. Neste sentido, e na minha perspetiva, teria sido vantajosa a realização de um estágio num serviço de internamento de Ginecologia.

Ainda assim, uma opinião que considero transversal a todos os estágios, refletindo-a nesta competência em particular, relaciona-se com o facto de o contexto pandémico ter limitado o acesso e a procura de cuidados de saúde, pelo que muitas situações foram já diagnosticadas numa fase mais avançada. Este aspeto reforça a importância de como EEESMO investirmos e atuarmos mais na prevenção primária, reduzindo a situação de doença e os custos com cuidados de manutenção.

Para desenvolver a competência *"Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade"*, considero que o estágio decorrido na UCC foi essencial.

Através das CAJ foi possível diagnosticar e monitorizar a saúde das mulheres em idade fértil (critério 7.1.3), conhecendo antecedentes pessoais e hábitos de vida (como alimentação, tabaco, álcool, drogas, sexuais) das jovens, permitindo em cada uma delas adequar a promoção da educação para a saúde às necessidades dos jovens, nomeadamente em matéria de saúde sexual e reprodutiva, emergindo aqui a perceção da necessidade em abordar o tema das IST junto desta população (critério 7.1.4).

Nesse sentido, foi concebida, planeada e implementada uma atividade com um grupo de cerca de 12 jovens, onde se explorou o tema das IST (critério 7.2.1). Para esta atividade, tendo em consideração a população-alvo, evitaram-se os métodos expositivos, planeando uma sessão onde, através de um jogo de tabuleiro, foi possível debater, desmistificar e transmitir conhecimentos às participantes (Apêndice VII). No final, foi entregue um panfleto que sistematizava os pontos chave abordados, tais como identificação, sinais e sintomas, e prevenção de IST. Esta atividade além da partilha de conhecimentos, teve por objetivo promover o empoderamento destas jovens, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva (critério 7.1.7), tendo sido dinamizada em parceria com duas colegas da licenciatura da ESEnfC, que se encontravam a realizar ensino clínico nesta UCC.

Visando o desenvolvimento desta competência foi ainda aplicado e promovido o Programa Nacional de Vacinação (2020) (critério 7.2.5), não só nas grávidas através da promoção (na consulta externa) e administração (na USF) da vacina contra a tosse convulsa, mas também nos jovens através da administração da vacina contra o HPV.

De igual forma, no âmbito da prevenção do HPV, cooperei num projeto que se encontrava em desenvolvimento na USF (critério 7.3.2), através da colaboração no enquadramento teórico do mesmo, onde foram abordados conceitos como fatores de risco para desenvolver CCU, sinais e sintomas e formas de prevenção (vacinação e rastreios).

Com esta descrição, procurou espelhar-se não só a forma como foram desenvolvidas as competências na componente de estágio e as dificuldades sentidas neste percurso, mas também a evidência científica que as suportou, considerando que foram desenvolvidas e atingidas todas as competências previstas e acima mencionadas, tendo sido um percurso muito profícuo de saberes e partilhas, sendo este relatório um reflexo redutor face às experiências vivenciadas.

Em conclusão, posso assim referir que o último ano apesar de rico, foi também desafiador por toda a necessária gestão de tempo, emoções e tarefas, associada a um contexto pandémico que tanto nos ensinou sobre resiliência e adaptação.

Com vista à consecução do número de horas exigidas ao exercício desta especialidade em alguns países da Europa, realizei ainda um estágio complementar ao mestrado, com

duração de 4 semanas, entre 24 de outubro e 20 de novembro de 2022, num centro de enfermagem de apoio à parentalidade. Neste estágio foi possível consolidar algumas das competências anteriormente mencionadas, nomeadamente no âmbito da promoção, apoio e incentivo ao AM, através da aprendizagem de estratégias como a relactação.

Este estágio complementar permitiu, mais uma vez, constatar a importância do apoio dos profissionais no período pós-parto. Contudo, o facto de este centro prestar serviços de cariz privado, despoletou uma nova reflexão. Os serviços multidisciplinares aqui prestados tais como o apoio na amamentação, a avaliação por fisioterapeuta pélvica e/ou pediátrica, aconselhamento nutricional, apoio psicológico, entre outros, são essenciais no período pós-parto, pelo que, na minha opinião, deveriam ser oferecidos no setor público, de forma gratuita e universal, visto que, infelizmente nem todas as mulheres/casais têm poder económico para suportar o custo destes serviços, apesar de serem fundamentais na sua adaptação à parentalidade.

O tema do trabalho de investigação que de seguida se apresenta, poderia incidir sobre uma de inúmeras temáticas que suscitaram a minha curiosidade ao longo dos estágios. Contudo, como foi percetível, a amamentação, sendo desde sempre uma área de interesse pessoal, após as experiências vivenciadas, despoletou em mim o interesse em conhecer os fatores que influenciam a manutenção da amamentação após os 2 anos de idade, conforme as orientações da OMS.

Neste sentido, no decorrer dos estágios, fui tentando conhecer os motivos que tinham favorecido ou dificultado as experiências de amamentação prolongada das multíparas, tendo sido unânime nos seus discursos que, a falta de apoio dos profissionais, numa fase inicial do processo, teria favorecido o desmame, caso não tivessem conhecimentos que contrariassem essa situação.

Identificando assim, um foco de atenção essencial nos cuidados prestados pelos EEESMO, o trabalho de investigação que se segue irá incidir nos fatores influenciadores para uma experiência de amamentação prolongada.

PARTE II - COMPONENTE INVESTIGATIVA – AMAMENTAÇÃO PROLONGADA: FATORES INFLUENCIADORES

"Aqueles que estão apaixonados pela prática sem a ciência, são iguais ao piloto que navega sem leme ou bússola e nunca tem certeza para onde vai. A prática deve estar sempre baseada em um perfeito conhecimento da teoria."

Leonardo da Vinci

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A amamentação no ser humano não é completamente inata, necessitando ser aprendida para se prolongar com sucesso (Nelas, Ferreira & Duarte, 2011 como referidos por Pinho, 2013), sendo um processo biológico, social e cultural, que não só protege e nutre a criança, mas também promove a vinculação entre a mãe e o bebé, apresentando benefícios para ambos (Ribeiro & Pereira, 2021).

No que diz respeito ao bebé, importa salientar o efeito benéfico do AM a curto prazo sobre as infeções respiratórias (nomeadamente redução de bronquiolites e da incidência de otites médias), patologias gastrointestinais (diminuição de infeções intestinais inespecíficas e risco de doença celíaca, e proteção contra a doença inflamatória intestinal), e uma melhoria significativa na oclusão dentária. Como benefícios a longo prazo, identificam-se o papel essencial do AM a nível metabólico (reduz a incidência de diabetes), a nível cognitivo (estudos parecem demonstrar melhores resultados nos quocientes de inteligência em crianças amamentadas) e até a nível oncológico (pela redução do risco de leucemias) (Abreu, 2020; Andrade et al., 2021; Fernandes & Hofelmann, 2020; Martins & Giugliani, 2012). Também a redução do risco de alergias e da facilidade de adaptação a novos alimentos, aquando da diversificação alimentar, é considerado como benefício do AM (Silva, 2021).

Neste contexto, é essencial considerar que as vantagens da amamentação se prolongam mesmo após cessar o AM (Andrade et al., 2021), sendo que quanto maior a frequência e duração da amamentação, maiores serão os benefícios, visto que é possível prevenir não só a morte de muitas crianças com o AM no segundo ano de vida, bem como muitos casos de obesidade no pré-escolar, se a amamentação for praticada por 2 ou mais anos (Martins & Giugliani, 2012). Por outras palavras, reduz as intercorrências de saúde da criança, o que diminui a procura de serviços de saúde, sendo por isso vista como uma estratégia para a diminuição da morbi-mortalidade infantil e materna (Sá, 2021).

No que se refere aos benefícios para a mãe, a curto prazo: a diminuição do risco de hemorragia pós-parto, promovendo a involução uterina precoce; a diminuição das infeções e da depressão pós-parto, contribuindo para a recuperação do peso prévio à gravidez e promovendo uma melhoria da autoimagem; e a redução da ansiedade e stress.

A longo prazo, reduz o risco da mãe vir a desenvolver diabetes mellitus tipo 2 (4 a 12% por cada ano de amamentação em mães sem história de diabetes gestacional), endometriose (reduz o risco em 8% por cada 3 meses adicionais de amamentação), hipertensão (amamentar por mais de 12 meses está associado a uma redução de 13% do risco) e diminui o risco de alguns cancros, tais como da mama (4,3% por cada ano de amamentação), do ovário (2% menor por cada mês de amamentação) e do endométrio (diminui cerca de 7% para cada acréscimo de 6 meses na duração da amamentação). De igual forma, a amamentação atrasa a evolução de doenças como a esclerose múltipla e a artrite reumatóide, reduzindo o risco de recaídas no período pós-parto (Abreu, 2020; Martins & Giugliani, 2012; Moraes et al., 2020; Ribeiro & Pereira, 2021). Outros autores acrescentam o fator protetor relativamente ao desenvolvimento de osteoporose na menopausa (quanto maior a duração do tempo de AM, menor a perda de massa óssea nessa fase), pois apesar de durante a gravidez poder ocorrer perda óssea, estudos comprovam que "se seguida pela lactação, terá um efeito protetor sobre os ossos e densidade enquanto a duração da lactação e paridade podem modular o seu efeito" (Ribeiro & Pereira, 2021, p. 10).

Benefícios económicos, ambientais e sociais são ainda referidos por outros autores, dado que o investimento familiar na amamentação diminui os custos associados a leites e alimentos industrializados (não só na produção, armazenamento e transporte), promovendo assim um mundo mais saudável, equitativo e sustentável (Ferreira, 2021; Silva, 2021).

O sucesso da amamentação depende de vários fatores além do desejo das mães, devendo ser uma obrigação da sociedade, pois os efeitos nas crianças e nas mães são percetíveis não só na redução dos custos com os cuidados de saúde e nas ausências laborais, mas também nos efeitos ambientais do recurso a LA (Silva, 2021).

Deste modo, é essencial compreender que para que a amamentação tenha sucesso é necessária a conjugação de três fatores: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação (Levy & Bértolo, 2012).

Amamentar ultrapassa o simples ato de oferecer leite, integrando processos de vinculação e interação únicos entre a mãe e o bebé (Capucho et al., 2017 referidos por Verga, 2020). Por esse motivo, a decisão de amamentar é complexa e resulta da conjugação de fatores individuais, estruturais e contextuais (Rollins et al., 2016 referidos por Silva, 2021), sendo uma decisão pessoal que advém da socialização da mulher (Levy & Bértolo, 2012).

Contudo, a amamentação só será prazerosa e satisfatória, se a mulher o fizer por vontade própria (Fisher, 1990 citado por Pinho, 2013). Por este motivo, quanto maior o número de estímulos positivos face à amamentação, mais clara será para a mulher a decisão de amamentar e o sentimento de satisfação oferecido pela amamentação; do mesmo modo, posturas negativas ou apreensivas em relação à amamentação, poderão desencorajar a mulher (Silva et al., 2021).

Assim, a intenção de amamentar concebida no pré-natal é um fator essencial para a duração do AM, sendo as principais motivações os benefícios para a saúde da criança, a autenticidade da amamentação e o reforço vinculativo mãe-bebé (Fernandes e Hofelmann, 2020).

Outros fatores a considerar e que interferem com a tomada de decisão podem ser não modificáveis (como idade, raça, escolaridade, lugar de residência, paridade, peso à nascença e rendimento familiar) ou potencialmente modificáveis (como a inclusão em grupos de apoio aos mais desfavorecidos, suporte de amigos ou comunidade, sistema de saúde e práticas hospitalares com educação para a amamentação) (Levy, 1996 referido por Verga, 2020).

Estudos apontam ainda a primiparidade, a maior idade, a escolaridade materna, a experiência prévia de amamentação, não ter hábitos tabágicos e coabitar com o companheiro como fatores que influenciam positivamente a intenção de amamentar (Fernandes & Hofelmann, 2020).

Posteriormente à decisão de amamentar, e com vista a promover o estabelecimento da lactação, são essenciais os cuidados prestados durante a gravidez, TP, parto e pós-parto (Levy & Bértolo, 2012).

O interesse crescente nas medidas de incentivo ao AM, conduziram a OMS e UNICEF em 1991, a desenvolver o programa mundial de promoção do AM designado IHAB, tal como referido na parte I deste Relatório. Esta iniciativa desenvolveu-se em Portugal em 1994 (Verga, 2020), sendo o contacto pele-a-pele após o nascimento e o amamentar na 1ª hora de vida, intervenções privilegiadas e com influência comprovada no estabelecimento da lactação.

Por outro lado, sabe-se que as complicações decorrentes da amamentação, como o ingurgitamento mamário, as fissuras, mamilos doridos, má progressão ponderal do bebé

e o cansaço emocional e físico da mãe, podem contribuir negativamente para o estabelecimento da lactação (Silva, 2021; Verga, 2020).

Por este motivo, o suporte na amamentação reveste-se de especial importância principalmente após a alta da maternidade, reunindo fatores como o apoio familiar, social, de saúde (Levy & Bértolo, 2012) e as condicionantes relacionadas com a situação profissional da mulher (tipo de trabalho, vínculo profissional, ambiente laboral, entre outras) (Silva, 2021), podendo estes ser os grandes facilitadores ou dificultadores na manutenção da amamentação.

Deste modo, é essencial que o apoio surja não só do companheiro, mas de toda a família e rede social através da distribuição de tarefas domésticas, cuidados ao bebé e incentivo ao AM através da partilha de experiências positivas, visto que além da motivação e dos conhecimentos, o apoio é fundamental nesta fase (Silva, 2021).

A falta de suporte de outras mulheres e dos serviços de saúde causam obstáculos à amamentação, sendo uma das dificuldades tardias a insegurança da mãe, visto que a ansiedade e impotência são despoletadas pela falta de apoio apropriado, conduzindo frequentemente ao cansaço e exaustão (King, 2001 referido por Verga, 2020).

O sucesso do AM é assim percecionado por uma amamentação mais prolongada (aliada a um aumento ponderal e a um bom desenvolvimento psicomotor da criança) (Levy e Bértolo, 2002 citados por Pinho, 2013) tendo presentes os conceitos de promoção, proteção e apoio ao AM:

> A promoção refere-se a atividades e normas dependentes de políticas nacionais e recomendações de organismos de saúde com vista a fomentar a sua aceitação e prática a nível local, regional ou internacional (Maia, 2005).
>
> A proteção é a garantia do cumprimento legal dos direitos das mães e crianças à amamentação e às licenças de parentalidade.
>
> O apoio diz respeito ao fornecimento de “informações corretas nos momentos oportunos com uma postura de aconselhamento e requer empenho e mobilização social no sentido de restabelecer padrões de boas práticas nas instituições” (Pinto, 2008 referido por Silva, 2021, p. 25).

Em suma, o insucesso da amamentação não resulta da falta de capacidade, mas sim da carência de confiança, segurança e conhecimentos das mães, promovendo o desmame à

primeira dificuldade (Galvão, 2002 citada por Verga, 2020), sendo por isso essencial o empoderamento das mulheres.

O incentivo à amamentação necessita igualmente de um maior investimento a nível estratégico, concretamente dos órgãos de decisão, de forma a que as políticas públicas possam proporcionar suporte social para que ocorra satisfação no processo de amamentação (Sá, 2021), garantindo o benefício dos seus direitos enquanto mãe e trabalhadora (Silva, 2021).

Em Portugal, no Código do Trabalho, Lei 7/2009 (artigos 33º - 65º), a situação da mulher trabalhadora, desde a gravidez até ao gozo da licença de parentalidade e amamentação, está salvaguardada, conforme se pode consultar no Anexo I.

Ainda assim, a diminuição na prática do AM no final do século XIX foi uma realidade decorrente das crenças sobre amamentação, da inclusão da mulher no mercado de trabalho, da influência de práticas hospitalares contrárias à amamentação por livre demanda, da industrialização de produtos, entre outros (Araujo, 2006 citado por Sá, 2021). Outros autores acrescentam ainda fatores relacionados com a família (famílias nucleares, falta de apoio familiar, influência negativa do companheiro), com a atividade laboral da mulher (não só no regresso ao trabalho, mas também associada a precariedade ou falha no cumprimento da legislação), ou outros como o pudor de amamentar em público, o desconhecimento face à importância do AM, as rotinas rígidas sem fundamentação científica, o recurso facilitado e excessivo aos LA, chupetas ou mamilos de silicone (Galvão, 2002 citada por Verga, 2020; Sousa et al., 2018 referidos por Silva, 2021).

Dados da OMS comprovam que, apesar dos benefícios conhecidos da amamentação, em 2018, apenas 44% das crianças eram amamentadas na primeira hora de vida, e somente 40% eram amamentadas, em exclusivo, até aos 6 meses de idade (Verga, 2020).

Neste sentido, sempre que haja suspensão, total ou parcial, do AM antes dos 6 meses de idade é considerado desmame precoce (Silva, 2021). Por outro lado, se a amamentação se mantém além dos 2 anos de idade, conforme recomendado pela OMS, esta prática é considerada de amamentação prolongada (Martínez-Poblete & Ossa, 2020). Considerando que a literatura consultada não é unânime, esta será a definição adotada neste trabalho.

No que se refere aos fatores que contribuem para o desmame precoce, Torres (2019) citado por Sá (2021), indica:

- Fatores demográficos: tipo de parto, idade materna, presença do pai na estrutura familiar, número de filhos, experiência de amamentação;
- Fatores socioeconómicos: renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho;
- Fatores relacionados à assistência pré-natal: orientação sobre amamentação, desejo de amamentar;
- Fatores associados à assistência pós-natal imediata: bebé junto da mãe 24 horas, apoio dos profissionais de saúde, dificuldades iniciais;
- Fatores associados à assistência pós-natal tardia: stress e ansiedade materna, uso de medicamentos pela mãe e pelo bebé, introdução precoce de alimentos.

Estudos e pesquisas de outros autores acrescentam ainda questões como o recurso a LA e o regresso da mãe ao trabalho, nomeadamente associado à dificuldade em extrair LM; às posturas negativas face ao gozo do horário de amamentação, por parte de colegas e/ou superiores hierárquicos; ao gozo de licenças de maternidade inferiores a seis meses; entre outras (Ferreira, 2021).

Também a conciliação dos diferentes papéis como mãe, esposa e trabalhadora, pode criar sentimentos de incapacidade e desequilíbrio entre ser mãe e funcionária competente, favorecendo o desmame (Silva, 2021).

Neste sentido, alguns autores referem como fatores facilitadores do AM a dispensa para a amamentação, a duração da licença de parentalidade, a flexibilidade de horário e o apoio familiar e/ou social. Por outro lado, motivos como a diminuição da quantidade de leite, a idade suficiente do bebé, a recusa ou não saciedade do bebé, o regresso ao trabalho (Silva, 2021), e a exaustão física e psicológica da mãe podem concorrer para o abandono da amamentação (Silva et al., 2021).

No que se refere a uma amamentação prolongada, estudos mencionados por Cruz, Perez e Prates (2021) referem como fatores promotores:

- ter experiência prévia de amamentação por um período igual ou superior a 2 anos;
- orientações dos profissionais de saúde durante o período pré-natal;
- a existência e disponibilidade de uma rede de apoio;

- o bem-estar físico, mental e espiritual da mulher;
- o conhecimento dos direitos legais na parentalidade e amamentação;
- fortalecimento da díade mãe-bebé, com base nos sentimentos de alegria, realização e prazer da mulher face à amamentação.

Também a presença de um companheiro fixo pode colaborar no prolongamento da amamentação (Andrade et al., 2021).

Em suma, a amamentação é influenciada por questões fisiológicas (leite insuficiente, cansaço, fadiga), clínicas (mastite, ingurgitamento mamário), culturais (crenças e tradições familiares), sociais (pressões do ambiente e das pessoas, redes de apoio) e psicológicas (Cruz et al., 2021), as quais exigem da lactante esforço e dedicação, para que conquiste uma amamentação prolongada satisfatória. Para tal é fundamental, não só o suporte a nível familiar e de saúde, como também a conceção e implementação de políticas públicas que salvaguardem a amamentação, particularmente na mãe trabalhadora (Sá, 2021).

2. TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER

A incorporação de teorias de enfermagem na prática clínica oferece cientificidade ao cuidado, orientando "a atuação do enfermeiro nas áreas de assistência, gerência, pesquisa e no ensino, contribuindo para a aquisição da autonomia da profissão, reconquista social e fortalecimento da enfermagem" (Nascimento, Morais, Amorim & Santos, 2020, pp. 2-3).

Tendo esta premissa e reconhecendo que é "a melhoria do cuidado (...) o principal objetivo de uma grande teoria de enfermagem" (Queirós, Vidinha, & Almeida Filho, 2014, p. 163), devemos ter presente que, nos nossos cuidados, ainda que inconscientemente, aplicamos uma ou mais teorias de enfermagem conjugadas.

A TDUCC foi desenvolvida na década de 50 por Madeleine Leininger que, aquando da sua prática de enfermagem numa unidade psiquiátrica, verificou que a influência que os fatores culturais tinham no comportamento das crianças era central para a prestação de cuidados, ainda que pouco valorizada. Nesse sentido, e compreendendo a importância dos aspetos culturais no cuidar, Leininger desenvolveu o seu doutoramento nessa área (Oriá, Ximenes, & Alves, 2005), formalizando a TDUCC nos anos 80.

Outros autores ajudam a clarificar o nome da teoria, referindo a *diversidade* como a perceção, conhecimento e práticas distintas das diferentes culturas, podendo ainda assim manifestar componentes idênticos entre si (*universalidade*) (Reis, Santos & Paschoal Júnior, 2012).

A TDUCC, também designada de Teoria Transcultural, visa assim oferecer cuidados através de uma abordagem holística tendo em conta a cultura (Queiroz & Pagliuca, 2001), sendo distinta da antropologia médica e outras ciências, por se encontrar centrada "em diferentes culturas, no cuidado cultural, nos fenômenos da saúde e da enfermagem" (Oriá et al., 2005, p. 26).

Neste sentido, Leininger introduziu o conceito do "cuidado culturalmente congruente" sendo aquele que "existe à medida que ocorrem ações e decisões assistenciais, de suporte, de facilitação ou capacitação embasadas cognitivamente no indivíduo, grupo ou

de facilitação ou capacitação embasadas cognitivamente no indivíduo, grupo ou instituição, com a finalidade de promover cuidados de saúde significativos, benéficos e satisfatórios" (Reis et al., 2012, p. 131). Clarificando, o propósito final desta teoria é, segundo Leininger, utilizar os resultados das pesquisas "para proporcionar um cuidado congruente (com os valores, crenças e práticas culturais), seguro e significativo para as pessoas de culturas diversas e similares" (Oriá et al., 2005, p. 27).

Para facilitar a compreensão desta teoria importa definir conceitos como: cultura, cuidados, cuidados culturais, visão de mundo, sistemas de saúde e bem-estar tradicionais.

A *cultura* influencia vários aspetos da vida dos indivíduos, tais como "crenças, comportamentos, percepções, emoções, linguagem, religião, rituais, estrutura familiar, dieta, modo de vestir, imagem corporal, conceitos de tempo e espaço, atitudes diante da doença, da dor e do infortúnio" (Reis et al., 2012, p. 130). Deste modo, permite orientar as decisões e ações do indivíduo de uma forma particular.

O *Cuidado* é, segundo Leininger, o ponto central da enfermagem, sendo para isso essenciais ações que visem assistir, apoiar, facilitar e capacitar. Assistir é "estar presente, apoiar ver, testemunhar, observar, proteger, acompanhar na qualidade de assistente" (p. 634); apoiar é "dar suporte" (p. 634); Facilitar "significa tornar mais fácil" (p. 634); e capacitar consiste em "tornar o cliente hábil para cuidar de si, conscientizá-lo a ter atitudes e decisões para que mantenha ou readquira a saúde" (p. 634). Neste âmbito, facilitar e capacitar implicam o envolvimento do indivíduo na sua própria saúde, possibilitando-lhe uma conduta baseada nas suas experiências (Queiroz & Pagliuca, 2001).

O *cuidado cultural* "busca perceber a diversidade e universalidade do cuidado humano em relação à visão de mundo, estrutura social e outras dimensões e, então, descobrir o modo de prover cuidados culturalmente congruentes para diferentes pessoas, família ou grupo cultural" (p. 632), através de decisões que reúnem a preservação/negociação, acomodação/negociação e a repadronização/reestruturação do cuidado cultural (Queiroz & Pagliuca, 2001).

A *visão de mundo* decorre de "uma estrutura social (religião, educação, cultura) e de um contexto ambiental (um acontecimento, uma experiência, emocional ou física que confere significado às expressões humanas)" (Reis et al., 2012, pp. 132-133).

No que se refere aos *sistemas de saúde* estes relacionam-se com os cuidados e suas práticas, sendo estes diferentes consoante a cultura (Reis et al., 2012), devendo os cuidados de enfermagem englobar os sistemas populares e profissionais, sendo necessário para isso conhecer, respeitar e atuar congruentemente face aos padrões culturais do indivíduo, sem o prejudicar (Queiroz & Pagliuca, 2001).

A figura 1 apresenta o modelo transcultural *Sunrise*, desenvolvido por Leininger, que "retrata as fases do processo de enfermagem, no qual exibe o histórico, o reconhecimento da situação cultural e as ações de cuidado de enfermagem" (Nascimento et al., 2020, p. 3), englobando 4 níveis:

> Nível I: representativo da visão de mundo e sistemas sociais, possibilitando a compreensão dos atributos dos cuidados em três perspectivas: microperspectiva (indivíduos de uma cultura), perspectiva média (fatores mais complexos de uma estrutura específica), macroperspectiva (fenômenos transversais em diversas culturas).
>
> Nível II: proporciona informações sobre os indivíduos, sobre uma família, bem como sobre significados e expressões específicas relacionadas com o cuidado de saúde.
>
> Nível III: proporciona informações sobre s sistemas tradicionais e profissionais, incluindo a enfermagem, que atuam em uma cultura e permite a identificação da diversidade e universalidade dos cuidados culturais;
>
> Nível IV: determina o nível de decisões dos cuidados de enfermagem, incluindo a preservação, a acomodação e a repadronização do cuidado cultural. Nesse nível, ocorrem os cuidados culturalmente coerentes (Reis et al., 2012, p. 133).

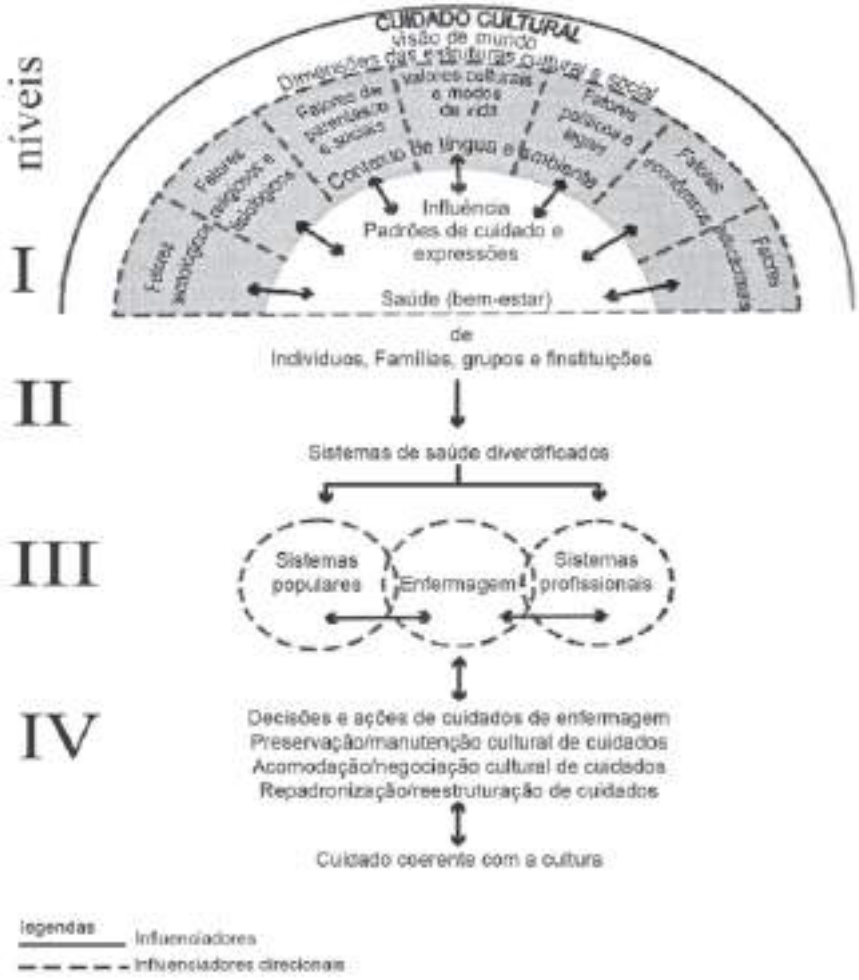


Figura 1 – Modelo Tanscultural *Sunrise* – Madeleine Leininger

Fonte: Reis et al. (2012), p. 133

Em suma,

> ao usar a TDUCC o mais importante para o enfermeiro é descobrir o significado do cuidado cultural, as práticas de cuidado específicas de cada cultura e como os fatores culturais especialmente religião, política, economia, visão de mundo, ambiente, gênero dentre outros fatores, podem influenciar no cuidado ao ser humano (Oriá et al., 2005, p. 27).

Por este motivo, considerámos que, sendo a amamentação uma prática muito influenciada por questões psicológicas, sociais e culturais, como abordado anteriormente, esta teoria seria a que melhor ajudaria a compreender o fenómeno em estudo, visto que o objetivo será identificar os fatores que influenciam a amamentação prolongada.

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A amamentação deve ser mantida de forma exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida e, a partir desta idade, deve ser iniciada a diversificação alimentar enquanto complemento do AM até aos 2 anos de idade ou mais (OMS, 2017 referida por Galvão e Silva, 2020), mantendo benefícios para a criança e para a mãe, como abordado anteriormente.

Em Portugal, apesar de 98,6% das mulheres iniciar o AM antes da alta hospitalar, apenas 22,1% o mantém em exclusivo aos 5 meses de vida, reduzindo gradualmente para valores de 25% e 12,5%, aos 15 e 18 meses, respetivamente (DGS, 2014).

Os estudos realizados sobre os determinantes da interrupção precoce do AM são vastos, mas muito poucos o abordam em crianças maiores, desconhecendo os fatores implicados na manutenção da amamentação por 2 anos ou mais (Martins e Giugliani, 2012), o que motivou o desenvolvimento desta investigação, procurando compreender melhor este fenómeno.

"A investigação parte sempre de uma questão" (Fortin, 2009, p. 72), sendo esta "uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo" (Fortin, 2009, p. 53).

No presente estudo pretendemos dar resposta à seguinte questão de investigação: "Quais os fatores passíveis de influenciar a manutenção da amamentação para além dos 2 anos de idade?".

Deste modo, ao longo do presente capítulo iremos identificar o tipo e objetivos do estudo, a população e amostra, os procedimentos de recolha e tratamento de dados e ainda os procedimentos formais e éticos.

3.1. TIPO DE ESTUDO

Neste trabalho foi desenvolvido um estudo nível 1 do tipo quantitativo exploratório-descritivo. Segundo Fortin (2009), o desenho descritivo é adequado quando se pretende

descrever um fenómeno pouco estudado, compreender fenómenos vivenciados pelas pessoas, “categorizar uma população ou conceptualizar uma situação” (p. 221).

Com vista a dar resposta à questão de investigação delineada, este estudo tem como objetivos: identificar os fatores facilitadores da manutenção da amamentação, para além dos 2 anos de idade; identificar os fatores que contribuíram para a suspensão da amamentação, após os 2 anos de idade; e conhecer as características comuns das mães que amamentam para além dos 2 anos de idade.

3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O modo de seleção de um grupo de pessoas, ou de um subconjunto, para participar num estudo denomina-se amostragem e assume elevada relevância no curso da investigação. Este método permite selecionar um grupo de pessoas que seja representativo da população e que se relacione com o fenómeno em estudo.

Neste estudo, a amostragem é do tipo não probabilística, por redes ou “bola de neve”. Este tipo de amostragem permite que os indivíduos inicialmente selecionados, possam sugerir outros participantes, através das redes sociais, das amizades ou conhecidos que partilhem determinadas características em comum (Fortin, 2009).

A seleção da amostra teve por base os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para este estudo. Os critérios de inclusão são: mães que se encontrassem a amamentar ou tivessem amamentado para além dos 2 anos de idade do bebé, mães de bebés sem patologias associadas ou problemas desenvolvimentais, mães com acesso às redes sociais e mães que manifestassem vontade em participar no estudo. Os critérios de exclusão são: mães que tenham amamentado menos de 2 anos o seu bebé, mães de gémeos e mães de bebés com patologias associadas.

A amostra deste estudo é constituída por 294 mães.

3.3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

A recolha de dados foi realizada através de um questionário elaborado pela investigadora, com base em revisão prévia da literatura, composto por 3 partes (Apêndice VIII):

1. Caracterização demográfica das participantes (idade, estado civil, constituição do agregado familiar, número de filhos, escolaridade, situação profissional e profissão);
2. Caracterização da experiência pessoal de amamentação (constituída por 4 questões gerais, onde se procura conhecer a história e conhecimentos anteriores sobre amamentação; e 13 questões direcionadas para a experiência de amamentação mais prolongada, nomeadamente procurando conhecer os fatores que motivaram a suspensão da amamentação e quais os fatores reconhecidos como facilitadores na manutenção da mesma);
3. Questões finais onde se procura conhecer a perceção pessoal das mães acerca da valorização dada à amamentação.

O instrumento de recolha de dados foi aplicado via *online*, através da plataforma *Google Forms*, tendo a divulgação do *link* para preenchimento do questionário sido feita através das redes sociais, como *Facebook*, *Instagram* e *WhatsApp*.

Uma vez que o questionário foi elaborado pela investigadora, sentiu-se necessidade de o validar. Nesse sentido, foi aplicado previamente a 5 mães que reuniam os critérios de inclusão, as quais foram, posteriormente, incluídas na amostra final. Não tendo surgido dúvidas no preenchimento do questionário, foi apenas ajustada a questão 8, clarificando que a mesma se referia a outros familiares que não os descendentes.

A recolha de dados decorreu de 1 de abril de 2022 a 31 de maio de 2022 (o pré-teste foi enviado diretamente às 5 mães anteriormente referidas, sendo aplicado nestas durante a primeira semana de recolha de dados, e só posteriormente divulgado nas redes sociais).

Foram recebidos 361 questionários preenchidos, contudo houve necessidade de eliminar alguns por não se enquadrarem nos critérios de inclusão definidos. O mesmo foi possível verificar através do cruzamento das respostas às questões 4, 10 e 22.1, tendo sido eliminados nesta fase 30 questionários. Posteriormente, após análise individual de cada questionário, foi necessário eliminar mais 37, devido a respostas incongruentes ou dúbias que poderiam colocar em causa o rigor da investigação, ficando a amostra final constituída por 294 mães.

A análise final dos dados obtidos foi feita com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) (versão 24), para MacOS.

Relativamente à análise da última pergunta do questionário, recorreu-se ao suplemento da aplicação do *Microsoft Word - Word Cloud Generator*, de forma a expor as palavras mais referidas na mesma.

3.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para o desenvolvimento deste estudo foi solicitada autorização à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da ESEnfC, tendo obtido parecer favorável a 28 de março de 2022 (Parecer n.º 846/02-2022) (Anexo II).

Durante a realização do estudo foi respeitado o princípio da não maleficência (não causar dano) e foi garantida não só a confidencialidade e o anonimato, como a voluntariedade e autonomia (princípio da auto-determinação) das participantes.

Ao preencher e submeter o questionário na plataforma *Google Forms*, as participantes manifestavam o seu consentimento em colaborar no estudo.

Para garantir o anonimato, cada questionário foi numerado de acordo com a ordem de preenchimento e envio à investigadora, sendo identificados como Q1, Q2, Q3, e assim sucessivamente, ficando os dados guardados no computador pessoal da investigadora, o qual se encontra protegido por palavra-passe.

4. RESULTADOS

Com base no percurso metodológico traçado para dar resposta aos objetivos e à questão de investigação deste trabalho, iremos neste capítulo apresentar os resultados encontrados no percurso da investigação.

Os resultados obtidos serão apresentados através de gráficos e tabelas para facilitar a sua consulta e compreensão. Será efetuada a análise descritiva dos mesmos, através do cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%).

Considerou-se ainda pertinente utilizar excertos de algumas respostas para enriquecimento da apresentação e discussão dos resultados.

No que se refere à última pergunta do questionário, visto o trabalho já se encontrar extenso com a análise das restantes perguntas, optámos por não fazer uma abordagem qualitativa da mesma.

4.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

De seguida apresentar-se-ão os resultados que emergiram deste estudo, iniciando-se com a caracterização sociodemográfica e profissional das mães, ao qual se segue a análise da experiência de amamentação das mesmas e da sua opinião acerca da amamentação.

4.1.1. Caracterização sociodemográfica e socioprofissional

No que se refere à caracterização da amostra, a maioria das mães que responderam ao questionário tinham entre 30 e 39 anos de idade (77,2%), encontrando-se na maioria casadas (53,7%) ou a viver em união de facto (38,1%).

Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria das mães desta amostra detinha o ensino superior (51,4%) ou mestrado (32,3%).

A tabela 1 apresenta o resumo dos resultados obtidos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das mães

Variáveis		N (%) 294 (100%)
Idade	20-29 anos	23 (7,8%)
	30-39 anos	227 (77,2%)
	40-49 anos	42 (14,3%)
	Acima dos 50 anos	2 (0,7%)
Estado Civil	Solteira	13 (4,4%)
	Casada	158 (53,7%)
	União de Facto	112 (38,1%)
	Divorciada	8 (2,7%)
	Viúva	1 (0,3%)
	Outro	2 (0,7%)
Nível de Escolaridade	Menos de 4 anos de escolaridade	2 (0,7%)
	Ensino básico	3 (1,0%)
	Ensino secundário	39 (13,3%)
	Ensino superior	151 (51,4%)
	Mestrado	95 (32,3%)
	Doutoramento	4 (1,4%)

Quanto à constituição do agregado familiar, conforme apresentado na tabela 2, a grande maioria das mães referiu viver com o(a) companheiro(a) e filho(s) (93,9% e 98,3% respetivamente). Destas, é de realçar que, apenas 5 mães (1,7%) não mencionaram viver com o(s) filho(s), bem como 18 mães (6,1%) não mencionaram viver com o(a) companheiro(a). Na opção "Outros" houve referência a enteado (0,3%), mãe (0,7%) e criança de acolhimento temporário (0,3%).

No que se refere ao número de filhos, mais de metade da amostra tinha apenas 1 filho (51,0%), sendo também expressiva a amostra com 2 filhos (42,5%), reunindo a tabela 2 os dados referidos.

Tabela 2 – Constituição do agregado familiar e número de filhos

Variáveis		N (%) 294 (100%)
Agregado Familiar	Companheiro(a)	276 (93,9%)
	Filho(s)	289 (98,3%)
	Pais	5 (1,7%)
	Sogros	2 (0,7%)
	Outros	3 (1,0%)
Número de Filhos	1	150 (51,0%)
	2	125 (42,5%)
	3	14 (4,8%)
	4	3 (1,0%)
	5	1 (0,3%)
	6	1 (0,3%)

Relativamente à situação profissional, a maioria das mães participantes era trabalhadora por conta de outrem (72,4%), conforme exposto na tabela 3.

Tabela 3 – Situação profissional das participantes

Variável		N (%) 294 (100%)
Situação Profissional	Trabalhadora por conta de outrem	213 (72,4%)
	Trabalhadora por conta própria	56 (19,0%)
	Desempregada	20 (6,8%)
	Outro	5 (1,7%)

4.1.2. Experiência Pessoal de Amamentação

Quando questionadas acerca de experiências de amamentação prolongada na família (irmãos, primos ou outros), a maioria das participantes (64,6%) respondeu negativamente (tabela 4).

Tabela 4 – Experiência Familiar de Amamentação

Variável		N (%) 294 (100%)
Experiência Familiar de Amamentação	Não	190 (64,6%)
	Sim	75 (25,5%)
	Não sei	29 (9,9%)

No que se refere ao incentivo do(a) companheiro(a) na amamentação, a maioria das participantes (89,1%) respondeu afirmativamente, demonstrando o papel determinante do companheiro na manutenção da amamentação (tabela 5).

Tabela 5 – Incentivo do Companheiro(a) na amamentação

Variável		N (%) 294 (100%)
Companheiro(a) incentivou a amamentação	Sim	262 (89,1%)
	Não	19 (6,5%)
	N.A. [1]	13 (4,4%)

Quando questionadas se amamentaram mais do que um filho por 2 anos ou mais, a maioria referiu ainda se encontrar a amamentar (51,0%) (coincidente com a percentagem da amostra que referiu ter apenas 1 filho), sendo equitativo o número de respostas "sim" (24,5%) e "não" (24,5%) (tabela 6).

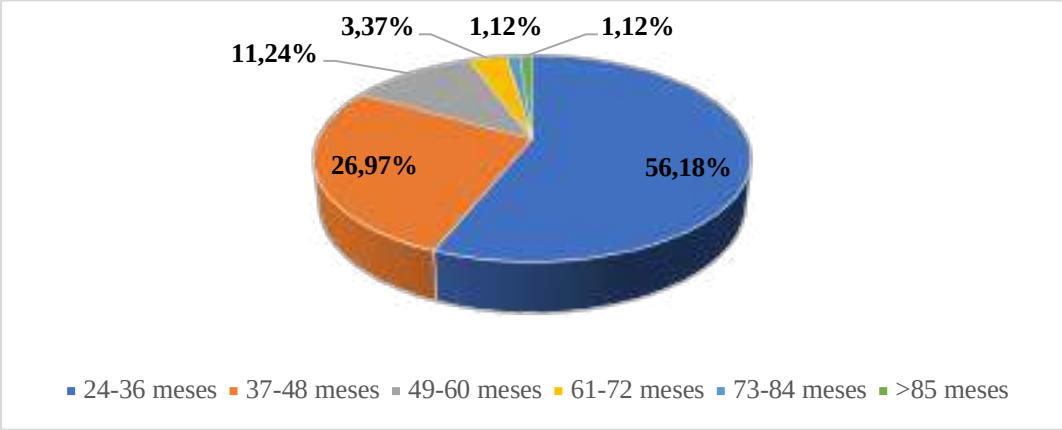
Tabela 6 – Experiência anterior de amamentação prolongada

Variável		N (%) 294 (100%)
Experiência anterior de amamentação prolongada	N.A. [1]	150 (51,0%)
	Sim	72 (24,5%)
	Não	72 (24,5%)

[1] N.A. - Não aplicável

Das 72 participantes que responderam “sim”, houve casos de experiência de amamentação prolongada em mais do que um filho, tendo sido possível verificar referência a 89 experiências, tendo estas crianças sido, em 56,18% dos casos, amamentadas entre 24 e 36 meses, conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Duração da experiência de amamentação prolongada anterior



No que diz respeito aos conhecimentos que as mães têm acerca da amamentação, procurámos perceber junto das mesmas, qual a fonte desse conhecimento. Constatámos, conforme demonstrado na tabela 7, que as mães referiram mais significativamente as redes sociais (65,6%), as sessões de preparação para o nascimento (59,9%) e os motores de busca da Internet (ex. *Google*) (43,2%). Na opção “Outros” que obteve uma percentagem de 33,3% houve respostas marcadamente relacionadas com a sua formação profissional (licenciatura ou outros), o recurso a conselheiras de amamentação (CAM) ou profissionais com formação na área, a literatura (como livros ou artigos científicos), cursos de Doulas, entre outros.

Tabela 7 – Fonte de conhecimentos sobre amamentação

Variável		N (%) 294 (100%)
Fonte de conhecimentos sobre amamentação	Redes sociais	193 (65,6%)
	Sessões de preparação para o nascimento	176 (59,9%)
	Motores de busca da Internet (ex. Google)	127 (43,2%)
	Outros	98 (33,3%)
	Grupo de amig@s/conhecid@s	97 (33,0%)
	Consultas de enfermagem	90 (30,6%)
	Consultas médicas	67 (22,8%)

Os dados apresentados de seguida focam a experiência de amamentação mais prolongada (anterior ou atual) vivenciada pelas mães que participaram no estudo.

A totalidade da amostra (100%) teve uma gravidez vigiada (com pelo menos 6 consultas), tendo o nascimento do bebé ocorrido por parto normal em quase metade da amostra (45,9%). Foi promovido o contacto pele-a-pele no momento do parto a 67,3% das participantes e a amamentação na 1ª hora de vida em 84,4% dos casos (Tabela 8).

Tabela 8 – Tipo de parto, contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida

Variáveis		N (%) 294 (100%)
Tipo de Parto	Parto normal	135 (45,9%)
	Parto por cesariana	88 (29,9%)
	Parto por ventosa	64 (21,8%)
	Parto por fórceps	7 (2,4%)
Realização de contacto pele-a-pele no momento do parto	Sim	198 (67,3%)
	Não	95 (32,3%)
	N.A. [2]	1 (0,3%)
Amamentação na 1ª hora de vida	Sim	248 (84,4%)
	Não	45 (15,3%)
	N.A.[2]	1 (0,3%)

[2] N.A. - Não aplicável

Quando questionadas acerca da decisão de amamentar o bebé quando este nasceu, a quase totalidade da amostra (96,6%) demonstrou motivação para amamentar o seu bebé referindo "Sim, desde sempre" (Tabela 9).

Tabela 9 – Decisão de amamentar

Variável		N (%) 294 (100%)
Decisão de Amamentar	Sim, desde sempre	284 (96,6%)
	Não, só depois do nascimento decidi amamentar	4 (1,4%)
	Sim, após aconselhamento com profissionais de saúde	3 (1,0%)
	Outro	3 (1,0%)

No que diz respeito ao gozo da licença de parentalidade, a quase totalidade da amostra (90,5%) respondeu afirmativamente, tendo sido a modalidade mais escolhida a licença exclusiva da mãe de 150 dias com complemento da licença alargada por 90 dias (32,3%) (Tabela 10). As mães que selecionaram a opção "Outra" referiram maioritariamente situações como a licença partilhada com o pai ou a licença de maternidade gozada noutro país (diferente da legislação portuguesa).

Tabela 10 – Gozo da licença de parentalidade e modalidade escolhida

Variáveis		N (%) 294 (100%)
Gozo da licença de parentalidade	Sim	266 (90,5%)
	Não	6 (2,0%)
	N.A. [3]	22 (7,5%)
Modalidade escolhida	Licença exclusiva (150 dias) + licença alargada (90 dias)	86 (32,3%)
	Licença exclusiva da mãe (150 dias)	82 (30,8%)
	Licença exclusiva (120 dias) + licença alargada (90 dias)	35 (13,2%)
	Outra	34 (12,8%)
	Licença exclusiva da mãe (120 dias)	28 (10,5%)
	Licença inicial (6 semanas)	1 (0,4%)

[3] N.A. – Não aplicável

Quando questionadas acerca de quem cuidou do bebé quando a mãe regressou ao trabalho, as mães referiram maioritariamente: Creche/Jardim de Infância (39,5%) ou Outros Familiares (avós, tios, outros) (29,6%) (Tabela 11). A quase totalidade das mães que optaram pela hipótese "Outro" referiram que o bebé ficou consigo devido a situações de desemprego, trabalho por conta própria e/ou teletrabalho, ou o facto de ainda não terem retomado a atividade profissional.

Além disso, após o regresso ao trabalho mais de metade das mães refere ter usufruído da redução de horário para amamentação na totalidade (2 horas diárias) (63,3%) (Tabela 11). Na opção "Outro", algumas mães fizeram referência a constrangimentos particulares ligados às questões laborais:

> *"Usufruí mas descontaram do ordenado"* (Q31)
> *"Não. Porque o trabalho era novo (...)"* (Q98)
> *"Não por ter entrado para um novo trabalho"* (Q184)
> *"Nunca referi isso em nenhum trabalho para ter a oportunidade"* (Q247).

Tabela 11 – Regresso ao trabalho (mãe) e horário de amamentação

Variáveis		**N (%)** **294 (100%)**
Cuidados à criança após o regresso da mãe ao trabalho	Creche/Jardim de Infância	116 (39,5%)
	Outros Familiares (avós, tios, outros)	87 (29,6%)
	Companheiro(a)	43 (14,6%)
	Outro	39 (13,3%)
	Ama	9 (3,1%)
Gozo da redução de horário para amamentação	Sim, na totalidade	186 (63,3%)
	Outra	54 (18,4%)
	Sim, parcialmente	26 (8,8%)
	Não, por vontade própria	18 (6,1%)
	Não, por imposição da entidade patronal	10 (3,4%)

Quando questionadas acerca da idade atual da criança que beneficiou da experiência de amamentação prolongada, foi possível verificar que metade destas crianças se encontrava, no momento de resposta ao questionário, na faixa etária entre os 24 e os 36 meses (50%), conforme apresentado na Tabela 12.

É importante referir que à data do preenchimento do questionário, 53,1% das crianças ainda se encontravam a ser amamentadas, sendo que, no grupo de crianças que já não eram amamentadas, a experiência de amamentação durou entre 24 e 36 meses (61,2%) (Tabela 12).

No que se refere ao período de amamentação exclusiva (ou seja, apenas com LM, sem suplementação de LA, nem introdução de outros alimentos) mais de metade da amostra referiu ter amamentado pelo menos até aos 6 meses (72,4%) (Tabela 12).

Pode realçar-se que na opção "Outro", algumas mães referiram períodos de amamentação exclusiva superiores a 6 meses (entre 7 e 12 meses), e outras referiram não ter sido exclusivo por motivos de saúde do bebé, havendo necessidade de suplementação, como evidenciado no relato destas mães:

> *"Nunca foi exclusivo. Iniciou LA ao nascer por internamento na neonatologia e eu não conseguir extrair. Manteve LA até aos 7 meses, altura em que deixou o LA por iniciativa dele"* (Q54)
> *"Até 1 mês e meio foi leite materno e adaptado. Depois, até aos 6 meses foi exclusivo"* (Q89)
> *"Foi suplementado no primeiro mês" (Q98)*
> *"Teve suplementação com 1 e 2 meses pois estava a perder peso. Mas depois ficou em exclusivo até aos 7 meses"* (Q280)
> *"Tive de suplementar no 1° mês por má adaptação do bebé à mama com má evolução ponderal"* (Q302).

Tabela 12 – Caracterização da experiência de amamentação mais prolongada

Variáveis		N (%) 294 (100%)
Idade atual da criança	24-36 meses	147 (50,0%)
	37-48 meses	54 (18,4%)
	49-60 meses	39 (13,3%)
	61-72 meses	20 (6,8%)
	73-84 meses	11 (3,7%)
	Mais de 84 meses	23 (7,8%)
A criança ainda mama atualmente	Sim	156 (53,1%)
	Não	138 (46,9%)
Duração do período de amamentação (se já não amamenta atualmente)	24-36 meses	85 (61,2%)
	37-48 meses	38 (27,3%)
	49-60 meses	13 (9,4%)
	61-72 meses	1 (0,7%)
	73-84 meses	1 (0,7%)
	Mais de 84 meses	1 (0,7%)
Duração do período de amamentação exclusiva	1 mês	2 (0,7%)
	2 meses	3 (1,0%)
	3 meses	1 (0,3%)
	4 meses	17 (5,8%)
	5 meses	37 (12,6%)
	6 meses	213 (72,4%)
	Outro	21 (7,1%)

Quando questionadas sobre os fatores que consideram ter contribuído para manter a amamentação além dos 2 anos, as mães destacaram três como sendo os mais relevantes: "Conhecimento sobre os benefícios da amamentação" (95,6%), "Motivação pessoal da mãe" (91,5%) e "Apoio do(a) companheiro(a)" (59,5%) (Tabela 13).

Na opção "Outro", expressa por 14,6% das participantes, incluíram questões como a vontade e satisfação do bebé em mamar, mas também:

> *"Por ser o nosso momento"* (Q23)
>
> *"A utilização da mama para autoregulação, para adormecer rapidamente"* (Q54)

e ainda questões laborais: por um lado, mães que estavam desempregadas, por outro a questão da pandemia (que permitiu mais tempo em casa e/ou estar em teletrabalho).

Tabela 13 – Fatores facilitadores da experiência de amamentação prolongada

Variável		N (%) 294 (100%)
Fatores Facilitadores para a manutenção da amamentação	Conhecimento sobre os benefícios da amamentação	281 (95,6%)
	Motivação pessoal da mãe	269 (91,5%)
	Apoio do(a) companheiro(a)	175 (59,5%)
	Introdução tardia (ou não introdução) de chupeta	90 (30,6%)
	Horário de amamentação	85 (28,9%)
	Introdução tardia (ou não introdução) de leite artificial/suplemento	82 (27,9%)
	Apoio familiar	68 (23,1%)
	Duração da licença de parentalidade	59 (20,1%)
	Extração de leite materno	52 (17,7%)
	Apoio dos profissionais de saúde	49 (16,7%)
	Fatores económicos (amamentação = alimento económico)	44 (15,0%)
	Outro	43 (14,6%)
	Distância entre o local de trabalho e o local onde o bebé se encontrava	35 (11,9%)
	Apoio do superior hierárquico	13 (4,4%)
	Apoio social	9 (3,1%)

No que se refere aos fatores que influenciaram a suspensão da amamentação, ainda que 51,4% das mães ainda se encontrasse a amamentar, para as restantes, os fatores mais referenciados foram: "Cansaço" (15,6%), "Desejo de parar de amamentar" (15%), "Idade suficiente do bebé" (13,9%), "Nova gravidez" (11,2%) e "Recusa do bebé" (11,2%) (Tabela 14).

A opção "Outro" foi referida por 9,2% das mães participantes, sendo maioritariamente associado ao desinteresse gradual da criança, tendo duas mães referido ainda:

> "*Uso de chupeta e início da pandemia. Mais tempo longe do bebé"* (Q295)
>
> "*Não renovação do horário de amamentação por parte do pediatra* (28 meses)*"* (Q320).

Tabela 14 – Fatores que influenciaram a suspensão da experiência de amamentação prolongada

Variável		N (%) 294 (100%)
Fatores que influenciaram a suspensão da amamentação	NÃO APLICÁVEL, AINDA ME ENCONTRO A AMAMENTAR	151 (51,4%)
	Cansaço	46 (15,6%)
	Desejo de parar de amamentar	44 (15,0%)
	Idade suficiente do bebé	41 (13,9%)
	Recusa do bebé	33 (11,2%)
	Nova gravidez	33 (11,2%)
	Outro	27 (9,2%)
	Otimização do padrão de sono do bebé	24 (8,2%)
	Diminuição da quantidade de leite	13 (4,4%)
	Problemas de saúde da mãe	12 (4,1%)
	Falta de apoio social	7 (2,4%)
	Dinâmica familiar	7 (2,4%)
	Regresso ao trabalho	6 (2,0%)
	Falta de apoio dos profissionais de saúde	6 (2,0%)
	Falta de apoio familiar	5 (1,7%)
	Exposição pública no ato de amamentar	4 (1,4%)
	Auto-imagem da mãe	3 (1,0%)
	Falta de intimidade do casal	1 (0,3%)
	Falta de tempo	1 (0,3%)
	Problemas de saúde do bebé	1 (0,3%)

4.1.3. Opinião das Mães sobre Amamentação

Quando questionadas acerca da valorização social atribuída ao tema "Amamentação", metade das mães considerou que este é "Valorizado", contudo para 47,6% das mães este é ainda um tema "Pouco valorizado" (Tabela 15).

Tabela 15 – Valorização do tema "Amamentação"

Variável		N (%) 294 (100%)
Valorização do tema "Amamentação"	Pouco valorizado	140 (47,6%)
	Valorizado	147 (50,0%)
	Valorizado demais	4 (1,4%)
	Sem opinião	3 (1,0%)

Relativamente à questão “Amamentar para si é/foi...”, os resultados apresentam-se através da Figura 2, onde é possível destacar palavras como “amor”, “ligação”, “conexão”, “gratificante”, “maravilhoso”, “desafiante”, “vínculo” e “cansativo”.

Figura 2 – Nuvem de palavras “Amamentar para si é/foi...”

4.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

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

Ao longo dos anos, a mulher tem tido um papel cada vez mais predominante na sociedade, o que acarretou implicações na vida familiar, nomeadamente, nas questões da maternidade. Exemplo disso é o atual adiamento da gravidez e a priorização da carreira

profissional, resultando em situações de infertilidade e/ou gravidezes de maior risco, as quais não eram uma realidade tão presente há algum tempo atrás.

Esta situação foi possível verificar nos resultados obtidos no nosso estudo, visto que 77,2% das mães, com experiência prolongada de amamentação, se encontrava na faixa etária dos 30-39 anos e detinha habilitações literárias mais elevadas (ensino superior 51,4%, mestrado 32,3% e doutoramento 1,4%), o que é corroborado pela evidência científica mais recente que afirma que a amamentação por períodos mais reduzidos se relaciona com fatores como a idade mais jovem das mães e baixos níveis de escolaridade (Rêgo et al., 2019 citados por Silva, 2021).

Contudo, é importante considerar que um grau de escolaridade mais elevado pode dar um contributo quer positivo quer negativo no processo de amamentação. Isto porque se entende que uma escolaridade mais elevada auxilia a aquisição de conhecimentos no pré-natal, promovendo o prolongamento da amamentação; mas por outro lado, pode implicar a inserção da mulher no mercado de trabalho, podendo limitar a continuidade da amamentação após o regresso à atividade laboral (Roig et al., 2010 referido por Souto, 2015). Ainda assim, podemos afirmar que na amostra do nosso estudo, a escolaridade se apresentou como um fator favorecedor do prolongamento da amamentação, visto que mais de 80% das mães possuíam formação a nível superior.

Também a presença de um companheiro influencia positivamente a duração da amamentação (Rocci, 2014 citado por Andrade et al., 2021), o que é corroborado por Silva e Davim (2012) referidos por Silva (2021) quando afirmam que a ausência de um companheiro e de apoio familiar são frequentemente mencionados como causas de suspensão da amamentação. Também a pesquisa de Ferreira (2021) confirma que, quando as mulheres beneficiam de apoio do marido, da mãe ou até de amigas, a amamentação pode ser mais prolongada, oferecendo maior segurança e confiança durante a mesma. Este facto ficou também demonstrado no nosso estudo, tendo em conta que 89,1% das participantes manifestou o incentivo da amamentação por parte do(a) companheiro(a), o que nos permite afirmar a importância do apoio do(a) companheiro(a) para uma experiência de amamentação prolongada.

Ao longo dos últimos anos, tem sido possível verificar uma participação mais efetiva dos companheiros, nomeadamente, e no que diz respeito ao período gravídico-puerperal,

através da presença e acompanhamento em consultas de vigilância da gravidez e do RN, o que promove e facilita uma transição saudável para a parentalidade.

Neste contexto, programas governamentais como o “Parent” ou o “3 em linha” têm contribuído para a promoção e envolvimento da figura paternal na dinâmica familiar, o qual foi possível verificar na componente de estágio desenvolvida, através do interesse notório demonstrado pelos companheiros das grávidas inscritas no programa de PPP, durante a frequência do programa “Quem quer ser pai?” na UCC.

Dados que comprovam este envolvimento ao longo dos últimos anos são por exemplo os referentes ao uso da licença parental partilhada por parte dos homens, o qual aumentou gradualmente entre 2015 e 2020, situando-se em 43,8% (CIG, 2022).

A intenção de amamentar é outra condição preponderante para a duração do AM (Fernandes e Hofelmann, 2020). Estes resultados foram possíveis apurar também no nosso estudo, uma vez que a quase totalidade das participantes (96,6%) referiu que a decisão de amamentar foi sentida desde sempre, permitindo-nos afirmar que não só a decisão como a manutenção da amamentação derivam de diversos fatores.

De acordo com o estudo de Martínez-Poblete e Ossa (2020), as dimensões identificadas como motivacionais para prolongar a amamentação são: as experiências de vida, os sentimentos/emoções positivas, os estímulos da própria mãe e da criança, e o incentivo social e cultural.

No que se refere às experiências de vida, as participantes do mesmo estudo referiram experiências de amamentação prolongada nas suas próprias infâncias ou famílias, ou ainda a própria experiência de amamentação prolongada em filhos anteriores.

No nosso estudo, no que se refere à experiência familiar, os resultados encontrados diferem dos supramencionados, visto que a maioria das mães (64,6%) não partilharam essa vivência.

Por outro lado, no que diz respeito à experiência própria de amamentação prolongada em filhos anteriores, no nosso estudo ficou demonstrado que metade das mães multíparas, amamentou mais do que um filho de forma prolongada. Estes resultados são corroborados por pesquisas realizadas por diversos autores, os quais confirmam que uma experiência anterior de amamentação prolongada aumenta fortemente a probabilidade de repetir essa experiência (Fernandes & Hofelmann, 2020; Cruz et al., 2021; Mendes et al., 2021),

permitindo-nos afirmar que uma (ou mais) experiência(s) de amamentação prolongada anterior(es) é fator motivador para uma nova vivência de amamentação prolongada.

À semelhança da evidência encontrada por Martínez-Poblete e Ossa (2020), também neste estudo, foi possível identificar como fatores motivacionais para prolongar a amamentação os sentimentos/emoções positivas, através de relatos como:

> "*Amamentar é dar amor em estado líquido!*" (Q1)
>
> "*Um momento único entre mãe e filho. É conforto e segurança*" (Q26)
>
> "*Desafiador pela demanda de dar mama muitas vezes de noite, mas não trocaria por nada porque o meu filho nunca esteve doente, e criou uma ligação comigo muito bonita*" (Q93)
>
> "*A melhor experiência da minha vida à semelhança do nascimento da minha filha*" (Q104)
>
> *"Amamentar para mim é amor. É o momento em que sou só dos meus filhos. É um dos momentos de maior carinho, amor e dedicação que conheço. Nem sempre é fácil, existem altos e baixos, mas é extraordinário"* (Q166)
>
> *"Amamentar era o meu super-poder, era como ter um manto da invisibilidade em que ficávamos só nós os dois"* (Q224)
>
> *"Muito mais incrível do que alguma vez imaginei. Maravilhoso. Uma relação umbilical continuada fora da barriga. Amor, afeto, carinho, colo... tudo numa ligação harmoniosa que o meu filho foi procurando cada vez menos até ao desmame natural"* (Q305).

Os fatores motivacionais para prolongar a amamentação relacionados com os estímulos da própria mãe e da criança, percecionados no estudo de Martínez-Poblete e Ossa (2020), também foram encontrados no nosso estudo, como manifestam os seguintes testemunhos:

> *"(...) A sensação de segurança e conforto que lhe proporciona vai muitíssimo além das qualidades nutritivas (maravilhosas) do leite materno! Amamentar é e sempre será muito mais do que alimentação"* (Q319)
>
> *"(...) Às vezes era um sacrifício, é verdade, mas 99% das vezes era a solução óbvia para ambos (...)"* (Q328)
>
> *"É o leite mais saudável para ela e também é benéfico para mim, já que ajuda na prevenção do cancro da mama e do ovário (...)"* (Q356).

Outro dos fatores motivacionais verificados no estudo de Martínez-Poblete e Ossa (2020) é o incentivo cultural e social, reforçando a importância da família, da comunidade e dos profissionais de saúde no apoio à amamentação. Este fator também foi possível percecionar no nosso estudo, espelhando-se nos seguintes testemunhos:

> "*Um desafio, pois sendo algo positivo e natural, acaba por ser fisicamente desgastante e socialmente desgastante por não ser aceite como aquilo que é quando temos uma criança mais crescida: positivo, natural e normal*" (Q132)
>
> *"A própria bebé (agora criança), por indicação do pediatra teria parado a amamentação mais cedo, ou teria introduzido suplemento antes dos dois meses. A bebé nunca aceitou biberon, e deu sinais do que queria. Eu estive quase a desistir, mas isso fez-me procurar ajuda, e tive a ajuda certa... do "já não deve ter leite" aos 2 meses, dito pelo médico... a minha filha foi seguindo até aos 54 meses! Quando mostrar que já não lhe faz falta, paramos"* (Q225)
>
> *"(...) precisa de apoio familiar direto (companheiro) e principalmente estar bem informado. Tenho 2 filhos, a mais velha só mamou 1 mês por falta de confiança e informação. Do segundo informei-me e confiei nos meus instintos e no meu bebé. Parar, sentir, observar e confiar... E tudo corre melhor..."* (Q287).

Considerando os resultados anteriormente apresentados, e atendendo ao facto de que a amamentação é influenciada por fatores psicológicos, sociais e culturais, podemos afirmar que é essencial em todo o processo o apoio contínuo de familiares, amigos e profissionais, com vista a fomentar uma experiência positiva de amamentação, incentivando assim a sua manutenção.

Na sequência desta ideia, a evidência demonstra que os diferentes meios para superar dificuldades (como os cantinhos de amamentação, linhas telefónicas ou grupos de apoio, CAM ou outros, e os meios de comunicação social) são essenciais para a manutenção da amamentação (Kohan, Heidari, & Keshvari, 2016 citados por Silva, 2021). Estes achados corroboram os resultados obtidos no nosso estudo, visto que quando questionadas acerca da fonte de conhecimentos que detêm sobre amamentação, as três principais fontes mencionadas pelas mães foram as redes sociais (65,6%), as sessões de preparação para o nascimento (59,9%) e os motores de busca da internet (43,2%), tendo ainda sido referido por muitas participantes o suporte das CAM ou outros profissionais impulsionadores da amamentação.

No que diz respeito às redes sociais, a pesquisa realizada por Galvão, Silva e Silva (2020) refere como vantagens a possibilidade de alcançar pessoas que vivem mais distantes, a promoção de práticas ou a divulgação de evidência científica sobre a amamentação por parte de profissionais de saúde, a partilha de experiências sobre gravidez, amamentação e cuidados ao bebé, permitindo a socialização com outras mães e o esclarecimento de dúvidas com profissionais de saúde. Contudo, as redes sociais também envolvem algumas limitações como o facto de reduzirem o contacto visual e a interação com o bebé, a

dificuldade de acesso às tecnologias pelos custos associados e, ainda, o acesso a informação excessiva e o tempo consumido na pesquisa.

Relativamente às sessões de preparação para o nascimento, associada à experiência vivenciada na componente de estágio, os resultados obtidos neste estudo foram motivadores para o trabalho desenvolvido pelos EEESMO, visto que sendo uma das fontes principais de conhecimento para as mães, permite-nos afirmar que o desenvolvimento de programas de intervenção no âmbito da educação parental, com o objetivo de oferecer suporte às necessidades das mães durante a adaptação à parentalidade, concretamente no âmbito da amamentação, devem ser priorizados (Carvalho, Gaspar & Cardoso, 2017).

De igual forma, a colaboração nos cantinhos de amamentação e nos grupos de apoio ao AM *online* foi uma experiência central durante a componente de estágio, pois foi possível validar que através do esclarecimento de dúvidas e da desmitificação de crenças, esta é uma intervenção vantajosa na promoção, proteção e apoio ao AM, devendo ser fomentado cada vez mais a sua conceção, planeamento e implementação, sendo um apoio efetivo na comunidade. Também as mulheres entrevistadas no estudo de Regan e Brown (2019) evidenciaram que participar num grupo de apoio *online* lhes transmitiu conforto e empatia, sentindo menores receios do que se integrassem um grupo presencial, referindo que o apoio sentido contribuiu para a manutenção da amamentação.

No decorrer desta ideia, é indispensável compreender que a iliteracia das mulheres face aos seus direitos parentais, a ausência de apoio das entidades patronais e a inexistência de políticas laborais que promovam a amamentação, condicionam muitas vezes a sua manutenção quando a mulher retoma a atividade profissional (Silva & Davim, 2012 citados por Silva, 2021). Neste sentido, a maioria dos estudos apontam que, licenças de parentalidade mais longas e remuneradas e a dispensa total para amamentação contribuem para a sua manutenção (Silva, 2021).

Os resultados obtidos no nosso estudo corroboram estes achados visto que 90,5% das participantes usufruiu da licença de parentalidade, tendo sido escolhida, em 32,3% dos casos, a licença exclusiva da mãe de 150 dias complementada com a licença alargada de 90 dias. Resultados semelhantes foram encontrados por Verga (2020) ao verificar que cerca de metade das participantes optou pela licença parental alargada.

O gozo da licença alargada permitiu que as mães permanecessem em casa com a criança cerca de 8 meses, o que poderá justificar os resultados encontrados no nosso estudo relativamente ao AM exclusivo até aos 6 meses de idade (72,4%). Neste sentido, consideramos essencial que fosse implementada, em Portugal, uma licença semelhante à de alguns países da Europa, como a Croácia e a Noruega, onde as mães podem usufruir de uma licença de maternidade de 365 dias, o que comprovadamente incentivaria a manutenção de uma amamentação mais prolongada, nomeadamente através do cumprimento das recomendações da OMS relativamente à duração do AM exclusivo.

No que se refere ao horário de amamentação, também no nosso estudo ficou percetível que o gozo da licença de amamentação na totalidade é um fator promotor da manutenção da amamentação (62,2%). Contudo, neste ponto ressalta uma reflexão. Tendo em conta que 72,4% das participantes do nosso estudo referiu ser trabalhadora por conta de outrem, importa aqui comentar alguns resultados.

Aquando da análise da questão referente ao gozo do horário de amamentação (tabela 11), foram mencionados alguns constrangimentos relacionados com questões laborais, bem como a não possibilidade de usufruir do mesmo por imposição da entidade patronal (3,4%). Ainda que com uma percentagem pouco significativa, estes resultados devem fazer-nos refletir, tendo em consideração que a lei de proteção da parentalidade está bem definida na legislação portuguesa, permitindo-nos afirmar que, provavelmente, nem todas as mães se encontram esclarecidas e empoderadas com esta informação.

Neste âmbito, cabe aos enfermeiros alertar as mulheres e casais para os seus direitos na paternidade, pois como evidenciado no relato desta mãe:

> *"Foi solitário muitas vezes, muito mal visto e desvalorizado outras tantas e também admirado noutras. Tem sido a salvação das noites, das dores quando cai ou se magoa. Não é grátis, custa o meu tempo. Se estivesse a trabalhar com certeza já não amamentava e isso não é gratuitidade"* (Q69).

Por este motivo, e tendo em conta a integração crescente da mulher no mercado de trabalho, é essencial promover condições para que esta consiga, simultaneamente, dar resposta às responsabilidades familiares e laborais, oferecendo horários de trabalho mais flexíveis permitindo-a optar por aqueles que lhe forem mais convenientes.

Por outras palavras, para que a mulher não tenha de escolher entre a sua carreira profissional e a possibilidade de amamentar (Sá, 2021), é fundamental o desenvolvimento

e implementação de políticas promotoras do AM, nomeadamente através da criação de creches integradas ou em local próximo ao emprego da mãe, a extensão da licença de maternidade remunerada por um período não inferior a 180 dias, associada à valorização da amamentação e da mulher que amamenta, como uma estratégia central no progresso do próprio país (OMS, 2009 citada por Sá, 2021). Estas medidas vão de encontro à consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, procurando melhorar a saúde das mães e das crianças; e ODS 5, promovendo a igualdade de género e o empoderamento das mulheres.

No que se refere aos fatores facilitadores da manutenção da amamentação, no nosso estudo concluiu-se que foram essenciais: os conhecimentos sobre os benefícios da amamentação, a motivação pessoal da mãe e o apoio do(a) companheiro(a). Estes resultados vão de encontro a outros autores como Souto (2015) e Cruz et al. (2021), quando referem que quanto maior a literacia da mãe face aos benefícios do LM, mais reforçadas se encontram para fundamentar a sua opção e manter a amamentação por mais tempo. Também o estudo desenvolvido por Martínez-Poblete e Ossa (2020) corrobora as questões da motivação das mães e do apoio do(a) companheiro(a), assim como o trabalho de Tawia, Bailey, McGuire e James (2022), evidencia o conhecimento e a motivação para amamentar como fatores com influência positiva nos resultados da amamentação.

Por outro lado, foi percetível pelos resultados do nosso estudo que o cansaço, a idade suficiente do bebé, o desejo de parar de amamentar, a recusa do bebé ou uma nova gravidez são fatores que concorrem para a suspensão da amamentação em muitas mulheres. Resultados idênticos foram verificados em estudos realizados por autores como Silva (2021), Silva et al. (2021) e Souto (2015).

Por último, 47,6% das mães participantes entendem que a amamentação é um tema “pouco valorizado”, o que nos pode incitar a refletir acerca do apoio (ou da carência) que estas sentem, nomeadamente dos profissionais de saúde, como será abordado no próximo capítulo. Ainda assim, a grande maioria espelhou que, apesar das dificuldades e/ou do cansaço, amamentar para si é/foi associado a sentimentos positivos, como o “amor”, o que mais uma vez nos demonstra que a decisão e a motivação da mãe para amamentar são fundamentais para o sucesso da amamentação.

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DO EEESMO

Os cuidados de enfermagem devem adotar uma abordagem holística, compreendendo que a saúde da mulher é influenciada por fatores sociais e económicos com implicações nas suas atitudes e estilos de vida (Reis et al., 2012). Se os EEESMO forem capazes de reconhecer essa individualidade, tal como verificado no modelo *Sunrise* da TDUCC de Madeleine Leininger abordada anteriormente, isso "pode contribuir para uma ação de transformação social" (*idem*, p. 134).

Nesse sentido, é fundamental entender que a amamentação evoluiu, ao longo dos tempos, de uma necessidade meramente fisiológica para algo que é socialmente esperado, o que conduziu à necessidade de uma maior motivação das mães para esta prática, tendo os enfermeiros um papel central na mesma.

O estudo realizado por Silva et al. (2021) que comparou as experiências de amamentação de mães e filhas, demonstrou uma evolução positiva nas opiniões das filhas face ao contributo dos enfermeiros, o que comprova que existiu um progresso favorável nas intervenções de promoção, incentivo e apoio à amamentação comparativamente à geração anterior.

Assim, facilmente se depreende que o apoio oferecido pelos profissionais de saúde beneficia o AM e influencia a duração da amamentação (Machado et al., 2014 citados por Moraes et al., 2020). Contudo, como afirmam Martínez-Poblete e Ossa (2020), as mulheres reconhecem que o AM é fomentado durante a gravidez e até aos primeiros 6 meses do bebé, percecionando a partir desse momento uma diminuição no incentivo, contribuindo muitas vezes para o desmame, tal como demonstrado anteriormente em alguns testemunhos das participantes do nosso estudo.

Outro aspeto a considerar na prática dos EEESMO atualmente, é o facto de a mulher/casal procurar dar resposta às recomendações da OMS (ou seja, amamentar de forma continuada até aos dois anos ou mais), em simultâneo com o desejo de uma nova experiência de maternidade, podendo estas opções colidir.

Deste modo, as situações em que a amamentação ocorre em simultâneo com uma nova gravidez denominam-se de lactogestação; e as situações em que se amamenta um RN e

uma criança mais velha, em simultâneo, designa-se de amamentação em tandem (Agostinho & Frias, 2021), tendo sido possível identificar esta realidade no nosso estudo.

Neste sentido, como EEESMO é essencial estar despertos para esta situação e mobilizar conhecimentos procurando dar uma resposta assertiva. Na decisão de continuar ou cessar a amamentação nestas situações, é importante alertar para questões como a dieta (necessidade de reforço de ferro e outros), a alteração das características do leite durante a gravidez (sabor, quantidade e qualidade), e ainda, para os riscos de um aborto ou APPT (Agostinho & Frias, 2021), sendo a decisão final da mulher/casal.

Por este motivo, é fundamental que o profissional se demonstre disponível, empático e fomente confiança, visto que será mais proveitoso manter-se próximo da mulher/casal, permitindo prestar apoio em qualquer situação de risco, do que manifestar discordância, o que pode incitar a mulher/casal a omitir esse facto nas vigilâncias de saúde (Agostinho & Frias, 2021).

Em suma, os resultados obtidos comprovam que o nosso papel enquanto EEESMO é determinante, evitando desde logo um desmame precoce, muitas vezes relacionado com crenças sobre a amamentação, ou pela carência de apoio de profissionais competentes na área. Além disso, demarca também a importância do incentivo e apoio a uma amamentação prolongada, que tantos benefícios mantém para a mãe e para a criança.

Além disso, tendo em conta os resultados obtidos no nosso estudo face à fonte de conhecimentos das mães sobre amamentação, importantes desafios nos são expostos enquanto futuras EEESMO.

Em primeiro lugar, porque os programas de PPP referidos por 59,9% das participantes são dinamizadas pelos EEESMO, enquanto atividade autónoma. Assim, este resultado deve impulsionar-nos a apostar numa maior oferta para os casais, visto que durante a componente de estágio foi percetível que esta ainda não responde à totalidade das necessidades existentes. Por outro lado, um desafio ainda maior: o de integrar ou criar grupos de apoio nas redes sociais, para que a informação que estas mães encontram possa ser fidedigna e veiculada por profissionais especializados nas questões da amamentação.

Ainda assim, é importante considerar que os grupos de apoio *online* devem ser entendidos como um recurso essencial colmatando lacunas no apoio às lactantes, contudo não

substituem o aconselhamento por profissionais especializados (Regan & Brown, 2019), quando estes não são os administradores destes grupos.

De igual forma, a visitação domiciliária no pós-parto, liderada por EEESMO, deve ser priorizada, contando, por exemplo, com o testemunho e apoio de mães que também passaram por essa experiência.

Outro aspeto a realçar é que, embora a maioria das mães participantes tenham manifestado a prática de amamentação exclusiva até aos 6 meses conforme a recomendação da OMS, houve relatos de mães que tiveram necessidade de suplementar e ainda assim foram casos de sucesso de amamentação prolongada. Este aspeto reforça a importância do nosso apoio enquanto EEESMO, visto que é crucial nestas situações ensinar as mães sobre a importância da extração de leite e sobre a utilização de estratégias como a relactação, com vista a manter a estimulação e produção do LM.

Outra intervenção fundamental dos EEESMO, tendo em conta a literatura encontrada, consiste em conceber, planear e implementar intervenções na área pré-escolar, desenvolvendo atividades que permitam não só conhecer as experiências de amamentação de cada criança, como também procurem estimular a importância da amamentação junto destas, integrando-a nas suas brincadeiras como por exemplo, evitando o uso de biberão com os bonecos.

Em suma, o enfermeiro é o profissional de saúde, por excelência, que pela sua privilegiada proximidade à população, ao longo de todo o ciclo vital, desempenha um papel fundamental na promoção da amamentação, através do aconselhamento, encorajamento, motivação e elogio (Moreno et al., 2012 citado por Ferreira, 2021).

Deste modo, como EEESMO devemos conceber, planear e implementar diversas intervenções de promoção, proteção e incentivo ao AM, tais como: fomentar o AM durante o período pré-natal; promover o contacto pele-a-pele após o nascimento e a amamentação na 1ª hora de vida; investir em formação na área da amamentação (procurando manter atualizados conhecimentos face às orientações nacionais e internacionais); a criação de cantinhos de amamentação ou grupos de apoio à amamentação (recorrendo por exemplo a redes sociais); fomentar a integração do(a) companheiro(a) nos cuidados promovendo a sua adaptação à parentalidade; e o investimento na visitação domiciliar após o parto (nomeadamente dando apoio nas questões de amamentação, entre outras), procurando dissipar dificuldades das mães

lactantes, muitas vezes resultantes da incoerência de informações transmitidas pelos diferentes profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Este relatório explanou as atividades realizadas na componente de estágio, com vista a desenvolver competências como EEESMO, e também as competências académicas desenvolvidas na área de investigação, da componente investigativa.

Na primeira parte, componente de estágio, foram analisadas e refletidas criticamente as experiências e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, tendo por referência as competências comuns e específicas do EEESMO, descritas no Regulamento 391/2019 da OE. As atividades foram descritas de modo reflexivo, tendo em consideração os contextos onde decorreram os estágios e as experiências vivenciadas, à luz da evidência científica mais recente. Para além disto, ficaram espelhadas as dificuldades sentidas, nomeadamente o necessário ajustamento ao contexto pandémico, o empenho e atitude de questionamento contínuos, a pesquisa constante e o interesse demonstrado perante as professoras e EEESMO tutoras, ao longo deste percurso.

A segunda parte, componente investigativa, procurou dar resposta à questão de investigação delineada, tendo este estudo como objetivos: identificar os fatores influenciadores de uma amamentação prolongada e caracterizar as mães que a praticam.

Relativamente aos fatores que influenciaram a manutenção da amamentação além dos 2 anos de idade, os resultados obtidos são essenciais para a nossa conduta como EEESMO, visto que os conhecimentos sobre os benefícios da amamentação e a motivação da mãe são muitas vezes veiculados e fomentados na vigilância pré-natal e/ou nos programas de PPP, sendo essencial, como se pôde comprovar, a inclusão do(a) companheiro(a) em todo o processo, empoderando-o(a) também para o papel de suporte na amamentação.

Quanto aos fatores de suspensão foi percetível, que na grande maioria dos casos, o desmame foi natural e fisiológico, o que é o melhor para a mãe e para o bebé. Neste âmbito, ainda assim, é importante refletir sobre alguns relatos de mães que referiram a influência negativa dos profissionais de saúde, por recomendarem o desmame, ou simplesmente pela não renovação do atestado de amamentação, devendo impulsionar-nos a fazer mais e melhor como EEESMO.

Também foi interessante verificar que, tendo este estudo sido desenvolvido no período da pandemia Covid-19, esta teve uma influência diferente para as mães. Se por um lado, foi percetível que para algumas mães a pandemia contribuiu para a experiência de amamentação prolongada, por terem ficado em confinamento/teletrabalho; para outras, obrigou a um afastamento dos filhos, provocando um impacto negativo, demonstrando mais uma vez que a amamentação é uma prática muito influenciada pela cultura e pelo meio que envolve a mulher, além da sua vontade/motivação para amamentar.

Uma das conclusões que podemos retirar deste estudo relaciona-se com os importantes desafios que se nos colocam como EEESMO, tendo em conta que a maior fonte de conhecimentos referidos pelas mães foram as redes sociais, as sessões de preparação para o nascimento e os motores de busca da internet, o que nos deve estimular a reforçar o nosso trabalho neste âmbito.

Uma das principais dificuldades na realização deste trabalho foi a carência de estudos encontrados sobre esta temática, principalmente em Portugal. São inúmeros os estudos existentes sobre fatores que influenciam o desmame precoce, mas muito poucos sobre amamentação prolongada.

Além disso, foi possível constatar que também os dados sobre amamentação, particularmente em Portugal, são pouco recentes, tendo sido divulgados pela última vez em 2014, o que demonstra a necessidade de maior investimento nesta área, pois só conhecendo a realidade podemos intervir assertivamente.

Como limitações deste estudo, podem referir-se o tipo de seleção da amostra ("bola de neve"), o que impede a generalização dos dados, e o facto do instrumento de recolha de dados ter sido divulgado e preenchido *online*, não nos oferecendo a garantia de que as participantes estivessem em local isento de distrações ou interrupções, o que provavelmente justificou a necessidade de eliminar diversos questionários da amostra associados a respostas inconsistentes.

Como sugestões futuras, considera-se essencial a realização de mais estudos nesta área, nomeadamente procurando caracterizar outras variáveis, tais como a nacionalidade das participantes, percebendo melhor a influência da cultura no processo de amamentação; o local de habitação das mães (meio rural, urbano, outro); procurar realizar estudos mais específicos que relacionem a experiência de amamentação prolongada com o apoio dos profissionais de saúde, mais particularmente enfermeiros (tentando perceber, por

exemplo, se houve visita domiciliária no período pós-parto, se o processo de amamentação se confrontou com dificuldades e de que tipo, se recorreram a cantinhos de amamentação ou outro apoio), entre outras.

Certa de que o meu interesse pela área da amamentação irá permanecer, procurarei desenvolver mais competências/projetos nesta área, mantendo um papel ativo na melhoria de cuidados às mulheres e suas famílias. Deste modo, como projetos futuros, pretendo participar na conceção, planeamento e implementação de programas de PPP e recuperação pós-parto; realizar o curso de conselheira de amamentação; publicar os resultados deste trabalho e investigar mais nesta área, de modo a consolidar competências, contribuir para o aprofundamento do conhecimento, e produzir ganhos em saúde pela adequação e otimização dos cuidados prestados a cada família.

Em conclusão, para que consigamos atingir as metas estabelecidas pela OMS e promover um maior número de experiências de amamentação prolongada, consideramos essencial o apoio na fase inicial do processo, especificamente por parte dos EEESMO, e que a sociedade reconheça os benefícios que esta prática possui, compreendendo não só o papel central da mulher no cuidar, bem como a relevância da sua literacia e empoderamento.

Em síntese, após estes dois anos de vivências, o que me apraz dizer é que este caminho não foi linear, nem sempre foi fácil, mas a meta foi alcançada. Foi um caminho acompanhado sempre por uma pandemia que teimava em colocar-nos à prova, dificultando a nossa vida a todos os níveis, mas considero que atingi os objetivos traçados, e saio hoje muito mais enriquecida do que quando aqui cheguei.

Considero que todo o percurso realizado, desde a componente de estágio à componente investigativa, me enriqueceu como pessoa e como profissional, tendo para isso contribuído em larga escala, todas as pessoas que comigo se cruzaram neste caminho, desde os ensinamentos que me transmitiram até às vivências partilhadas.

Por tudo isto, asseguro que este percurso me transformou, e sou hoje melhor pessoa, enfermeira, mulher e mãe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, F. (2020). *Literacia em aleitamento materno e os seus determinantes sociodemográficos.* (Tese de Mestrado). Recuperado de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/46741/1/FilipaSAbreu.pdf

Agostinho, C., & Frias, A. (2021). Duas Dádivas E Um Dilema: Amamentação Durante a Gravidez. *A Obra Prima: A Arte de Cuidar No Início Da Vida*, 15–30. Recuperado de https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/211106664.pdf

Andrade, L., Heringer, K., Andrade, M., Blanc, H., Almeida, T., & Carneiro, M. (2021). Amamentação: relato de experiência sobre projeto de extensão. *Brazilian Journal of Health Review*, *4*(2), 3989–4004. Recuperado de https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/25504/20312

Assembleia da República (2009). Lei 7/2009 - Revisão do Código do Trabalho. *Diário Da República, 1ª Série, nº30,* 926-1029. Consultado em https://dre.pt/dre/detalhe/lei/7-2009-602073

Barbosa, M. (2018). Posições de Parto vaginal e prevenção de traumas perineais. *Revista Eletrônica Atualiza Saúde*, *8*(8), 72–80. Recuperado de https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2022/05/posicoes-de-parto-vaginal-e-prevencao-de-traumas-perineias-v-8-n-8.pdf

Carvalho, J., Gaspar, F., & Cardoso, A. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: initial difficulties. *Invest. Educ. Enferm.*, *35*(3), 285-294. Recuperado de https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/48197/1/Challenges%20of%20motherhood%20in%20the%20voice%20of%20primiparous%20mothers.pdf

CHUC (2021). *Plano de Desenvolvimento Estratégico 2020-2022*. Recuperado de https://www.chuc.min-saude.pt/media/Plano_Desenvolv_Estrategico/PDE_2020_22_C13_final.pdf

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2022). *Igualdade de Género em Portugal: Boletim Estatístico 2022*. Recuperado de https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2022/11/BE2022_vf_compressed.pdf

Cruz, M., Perez, R., & Prates, L. (2021). Perfil de mulheres que mantiveram a amamentação prolongada/continuada: revisão narrativa. *13º SIEPE*, 1–2. Recuperado de https://ei.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq_trabalhos/23374/etp1_resumo_expandido_23374.pdf

Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B.; Casey, B., & Sheffield, J. (2016). *Obstetrícia de Williams* (24ª Ed.). São Paulo, Brasil: AMGH Editora Ltda.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República n.º 38/2008 – Série I.* Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho n.º 5411/97 (2ª série). *Diário da República n.º 180/1997 – Série II.* Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Direção-Geral da Saúde (2020). Programa Nacional de Vacinação. Consultado em https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (2018). *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez.* Consultado em https://www.spdc.pt/images/RelatrioIVG2018_Imprensa.pdf

Direção-Geral da Saúde (2017). *Circular Normativa 9/SR – Interrupção Medicamentosa da Gravidez*. Recuperado de https://www.spdc.pt/files/legix/11268_3.pdf

Direção-Geral da Saúde (2016). *Circular Normativa 02/DSMIA – Prestação de Cuidados pré-concepcionais*. Consultado em https://www.pnvihsida.dgs.pt/informacao-tecnica-e-cientifica111/normas-de-orientacao-clinica/cir-normativa-02dsmia-de-16-de-janeiro-de-2006-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Consultado em https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx

Direção-Geral da Saúde (2015). *Orientação 010/2015 – Disponibildiade de métodos contracetivos*. Consultado em https://www.spdc.pt/files/Orientao_n10-2015_Contracetivos.pdf

Direção-Geral da Saúde (2015). *Orientação 002/2015 – Indução do trabalho de parto*. Consultado em https://omcentro.com/ficheiros/docs/induc_traba_parto.pdf

Direção-Geral da Saúde (2015). *Orientação 001/2015 – Trabalho de parto estacionário*. Consultado em https://www.omcentro.com/ficheiros/docs/trabalho_parto_estac.pdf

Direção-Geral da Saúde (2014). *Registo do aleitamento materno*. Consultado em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma n.º 023/2011 atualizada a 21/05/2013 – Exames Ecográficos na Gravidez*. Consultado em https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/09/29/exames-ecograficos-na-gravidez/

Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Consultado em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx

Direção-Geral da Saúde (2008). Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. Consultado em https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf

Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In. Nené, M.; Marques, R.; & Batista, M. (1a Ed.), *Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Federação Internacional de Planeamento da Família (2000). Carta da IPPF dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Recuperado de http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/carta_da_ippf_dos_direitos_sexuais_e_reprodutivos.pdf

Fernandes, D. (2018). *Práticas parentais de pais de crianças do 1º ciclo do ensino básico: contributos para a elaboração de um projecto de intervenção.* (Tese de Mestrado). Recuperado de https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5126/1/Diana_Isabel_Martins_Fernandes_DM.pdf

Fernandes, R., & Hofelmann, D. (2020). Intenção de amamentar entre gestantes: associação com trabalho, fumo e experiência prévia de amamentação. *Ciencia e Saude Coletiva*, *25*(3), 1061–1072. Recuperado de https://www.scielo.br/j/csc/a/Tv8Ns8Yz5vLJf74XFrmDJYm/?format=pdf&lang=pt

Ferreira, M. (2021). *As intercorrências no aleitamento materno e o papel do enfermeiro nas intervenções*. (Tese de Bacharelato). Recuperado de http://www.repositorioguairaca.com.br/jspui/bitstream/23102004/263/1/As%20intercorr%C3%AAncias%20no%20aleitamento%20materno%20e%20o%20papel%20do%20enfermeiro%20nas%20interven%C3%A7%C3%B5es.pdf

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de investigação* (s.e.). Loures: Lusodidacta.

Galvão, D., & Silva, E. (2020). Amamentação e Covid-19: contributos para práticas seguras. *Millenium* 2(5), 161-168. Recuperado de https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6339/1/Artigo%20Millenium_A%20amamenta%c3%a7%c3%a3o%20e%20COVID_19.pdf

Galvão, D., Silva, E., & Silva, D. (2020). Uso das novas tecnologias e promoção da amamentação: revisão integrativa da literatura. *Revista Paulista de Pediatria*, *40*, 1-8. Recuperado de https://www.scielo.br/j/rpp/a/DzNqVNMdS9b8qFN4FRmSmyh/?format=pdf&lang=pt

Graça, L., & Santo, S. (2017). Monitorização fetal intraparto. In. Graça, L. (5a Ed.), *Medicina Materno Fetal* (pp. 241-259). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (s.d.). *Folheto Teste do pézinho*. Recuperado de http://www.diagnosticoprecoce.org/Inst_R_Jorge_Folheto_Teste_Pezinho_PT_3C.pdf

International Confederation of Midwives (2017). *Position Statement – Home Birth.* Recuperado de https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-home-birth14.pdf

International Confederation of Midwives (2017). *Core Document. Philosophy and Modelo f Midwifery Care.* Recuperado de https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/cd0005_v201406_en_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf

Lei n.º 15/2014 de 21 de março. *Diário da República n.º 57/2014 – Série I.* Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Lei n.º 9/2009 de 4 de março. *Diário da República n.º44/2009 – Série I.* Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Lei n.º 16/2007 de 17 de abril. *Diário da República n.º 75/2007 – Série I.* Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Lei n.º 120/99 de 11 de agosto. *Diário da República n.º 186/1999 – Série I-A.* Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Lei n.º 89/97 de 30 de julho. *Diário da República n.º 174/1997 – Série I-A.* Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. In *Manual de*

Aleitamento Materno. Recuperado de https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf

Martínez-Poblete, G., & Ossa, X. (2020). Motivações para o prolongamento da amamentação. *Acta Paulista de Enfermagem*, *33*, 1–8. Recuperado de https://www.scielo.br/j/ape/a/kzPd8446Ff9H9pGWn76gBMq/?format=pdf&lang=pt

Martins, E., & Giugliani, E. (2012). Quem são as mulheres que amamentam por 2 anos ou mais? *Jornal de Pediatria*, *88*(1), 67–73. Recuperado de https://www.scielo.br/j/jped/a/bkyrYSRfvLMcVWVtbt8zPrp/?format=pdf&lang=pt

Mascarenhas, C. (2020). Correção da ferida perineal (cirúrgica – episiotomia/traumática – laceração de 1º e 2º graus). In. Sequeira, C.; Pousa, O.; & Amaral, C. (1a Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 142-148). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Mascarenhas, C., & Rua, M. (2020). Ferida cirúrgica perineal eletiva (episiotomia). In. Sequeira, C.; Pousa, O.; & Amaral, C. (1a Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 137-141). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Medeiros, R., Figueiredo, G., Correa, Á., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaucha de Enfermagem*, *40*, 1-12. Recuperado de https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FwsQmg48tP6BrWrd95GhWhJ/?lang=pt&format=pdf

Mendes, M., Schorn, M., Santo, L., Oliveira, L., & Giugliani, E. (2021). Fatores associados à continuidade do aleitamento materno por 12 meses ou mais em mulheres trabalhadoras de um hospital geral. *Ciência & Saúde Coletiva*, *26*(11), 5851–5860. Recuperado de https://www.scielo.br/j/csc/a/XfBYWTT5yQ7sFM9xbKj8mJH/?format=pdf&lang=pt

Midwifery Unit Standards (2020). *Normas para Unidades de Cuidados na Maternidade*. Recuperado de https://uterus.pt/wp-content/uploads/2021/07/Normas-para-Unidades-de-Cuidados-na-Maternidade_compressed.pdf

Moraes, I., Sena, N., Oliveira, H., Albuquerque, F., Rolim, K., Fernandes, H., & Silva, N. (2020). Perceção sobre a importância do aleitamento materno pelas mães e dificuldades enfrentadas no processo de amamentação. *Revista de Enfermagem Referência*, *V*(2), 1–13. Recuperado de https://www.redalyc.org/journal/3882/388263752009/html/

Morgado, C. (2020). *A Assistência Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Materna E Obstétrica No Trabalho De Parto, Face à Morte Perinatal, E A Sua Influência No Processo De Luto Da Mulher*. (Tese de Mestrado). Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36026/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio_Claudia%20Morgado.pdf

Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C., & Menezes, R. (2017). Análise Conceitual do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paul Enferm*, *30*(3), 323-332. Recuperado de https://www.scielo.br/j/ape/a/KkrK5LqytwSghLpg3vFzvbj/?format=pdf&lang=pt

Mota, N., Melleiro, M., & Tronchin, D. (2007). A construção de indicadores de qualidade

de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. *Rev. Adm. Saúde*, 9 (34), pp. 9-15. Recuperado de https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-471460

Nascimento, A., Morais, A., Amorim, R., & Santos, D. (2020). O cuidado realizado pela família ao recém-nascido prematuro: análise sob a teoria transcultural de Leininger. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *73*(Suplemento 4), 1–8. Recuperado de https://www.scielo.br/j/reben/a/PKtP7FTSmzKzn7kvdRM76Jj/?format=pdf&lang=pt

Neto, L., & Pedro, R. (2017). *Debatendo a Procriação Medicamente Assistida*. Recuperado de https://up.pt/press/wp-content/uploads/2020/02/Ebook_FDUP-PMA_2018.pdf

Oliveira, G., Albuquerque, M., Cardoso, B., Gaspar, E., Costa, R., Aguiar, T., Mesquita, J., Oliveira, D., & Pissara, S. (2016). Consensos – Reanimação do recém-nascido de termo na sala de partos. Recuperado de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/Reanima%C3%A7%C3%A3o-RN-Termo-Sala-de-Partos.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Consulta em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário Da República, 2ª Série, nº85*, 13560-13565. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). Livro de Bolso - Programas de Preparação para o Parto, Adaptação à Parentalidade e ao Pós-parto.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11086/programa_formativo_eesmo_rev11_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). REPE. Estatutos. Consultado em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). Informação / Recomendações à grávida/casal quando desejam um parto no domicílio. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2012/Recomend

acao_MCEESMO_localparto_Mar2012_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer n.º 65/2011 – realização de colpocitologias. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer65_2011_CE.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer n.º 11/2011 – informações sobre vacinação. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%2011_MCEESIP.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos* (s. ed.). Lisboa, Portugal: DPI – Central Gráfica.

Organização Mundial de Saúde (2022). *WHO Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Recuperado de http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/03/9789240045989-eng.pdf

Organização Mundial de Saúde (2018). *Recomendaciones de la OMS – Cuidados durante el parto para uma experiencia de parto positiva*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organização Mundial de Saúde (2016). Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=A6ABFC9D294F14477950FC020D222574?sequence=2

Organização Mundial de Saúde (2015). *Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199179/WHO-HIS-SDS-2015.26-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Oriá, M., Ximenes, L., & Alves, M. (2005). Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural - Um resgate histórico. *Online Brazilian Journal of Nursing*, *4*(2), 24–30. Recuperado de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453969005

Pacheco, A., Costa, A., Lanhoso, A., Santos, A., Rodrigues, C., Rebelo, C., Capela, E., Águas, F., Geraldes, F., Solheiro, H., Martins, I., Silva, I., Neves, J., Marques, J., Palma, F., Sousa, F., Gomes, G., Almeida, M., Carvalho, M., Mendes, N., Martins, N., Caramelo, O., Bombas, T. & Ferraz, T. (2020). *Consenso sobre Contraceção*. Recuperado de https://www.spdc.pt/11-noticias/210-consenso-sobre-contracecao-2020

Paiva, E., Sthal, H., Paulino, V., & Leite, G. (2018). Posições assumidas durante o parto normal: percepção de puérperas atendidas numa maternidade de jataí-Goiás. *Itinerarius Reflectionis*, *14*(4), 1–21. Recuperado de https://revistas.ufg.br/rir/article/view/54977/26724

Pinho, M. (2013). *Motivação para a Amamentação: Estudo de fatores predisponentes*. (Tese de Mestrado). Recuperado de https://repositorio.esenfc.pt/rc/

Pinto, L. (2017). Isoimunização Rh. In. Graça, L. (5a Ed.), *Medicina Materno Fetal* (pp. 411-418). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Pordata (s.d.). Partos: total e em estabelecimentos de saúde. Recuperado de https://www.pordata.pt/portugal/partos+total+e+em+estabelecimentos+de+saude-152

Prada, F.; & Rafael, M. (2016). Desvios ao Trabalho de parto normal. In. Nené, M.; Marques, R.; & Batista, M. (1a Ed.), *Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 368-375). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Queirós, P. (2015). O saber dos enfermeiros peritos e a racionalidade prático-reflexiva. *Investigación Y Educación em Enfermería*, 33(1). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/272682030_O_saber_dos_enfermeiros_peritos_e_a_racionalidade_pratico-reflexiva

Queirós, P., Vidinha, T., & Almeida Filho, A. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, *4 (3)*, 157–164. Recuperado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2477&id_revista=24&id_edicao=68

Queiroz, M., & Pagliuca, L. (2001). Conceito de enfermagem transcultural: análise de seu desenvolvimento em uma dissertação de mestrado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *54*(4), 630–637. Recuperado de https://www.scielo.br/j/reben/a/F8WnwWPcxyNCcX7ZJCG5nbg/?lang=pt&format=pdf

Regan, S., & Brown, A. (2019). Experiences of online breastfeeding support: support and reassurance versus judgement and misinformation. *Maternal & Child Nutrition*. 1-12. Recuperado de https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/mcn.12874

Reis, A., Santos, R., & Paschoal Júnior, A. (2012). O cuidado da mulher na sociedade contemporânea: reflexões teóricas para a prática da enfermagem transcultural. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, *16*(1), 129–135. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/317455505_The_care_of_women_in_contemporary_society_theoretical_reflections_for_the_practice_of_transcultural_nursing

Ribeiro, J., & Pereira, S. (2021). *Benefícios a longo prazo na saúde da mulher promovidos pelo aleitamento materno: uma revisão narrativa*. Recuperado de https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1774/1/artigoTCC_II-juscelene-revisado-FINAL.pdf

Rodrigues, G. (2018). *Função sexual em grávidas e puérperas*. (Tese de Mestrado). Recuperado de https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/12367/1/TESE%20GRISSELL%20RODRIGUES.pdf

Rua, M., Carvalho, M., Santos, M., & Amaral, C. (2020). Cuidados imediatos ao recém-nascido. In. Sequeira, C., Pousa, O., & Amaral, C. (1a Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 209-214). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Sá, K. (2021). *Aleitamento materno e trabalho: impactos dos serviços de apoio às lactantes na continuidade da amamentação*. (Tese de Especialidade). Recuperado de https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/6589/1/Vers%c3%a3o%20Final%20do%20TCC%20para%20publica%c3%a7%c3%a3o%20-%20Kleyze%20Nunes%20de%20Ara%c3%bajo%20Santos%20S%c3%a1.pdf

Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto – resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstet Ginecol Port.* 10(1), pp. 8-11. Recuperado de http://www.fspog.com/fotos/editor2/04_012016--ao_16-00012.pdf

Santos, F., Souza, P., Lansky, S., Oliveira, B., Matozinhos, F., Abreu, A. L., Souza, K., & Pena, É. (2019). Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cadernos de Saude Publica*, *35*(6), 1–11. Recuperado de https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/?format=pdf&lang=pt

Sequeira, A., Prata, A., Correia, T., Henriques, C., & Monteiro, M.(2020). Terceiro estádio do trabalho de parto (dequitadura). In. Sequeira, C., Pousa, O., & Amaral, C. (1a Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 162-170). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Sequeira, A., Sobral, M., Prata, A., Correia, T., Monteiro, M., & Henriques, C. (2020). Rotura artificial de membranas (amniotomia). In. Sequeira, C., Pousa, O., & Amaral, C. (1a Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 79-83). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Sequeira, A., Freitas, C., Seabra, A. & Correia, T. (2020). Walking epidural. In. Sequeira, C., Pousa, O., & Amaral, C. (1a Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 107-114). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Sequeira, A., Henriques, C., Seabra, A., Pousa, O., Sousa, C., & Sobral, M. (2020). Monitorização da cardiotocografia externa. In. Sequeira, C., Pousa, O., & Amaral, C. (1a Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 36-39). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Sequeira, A., Seabra, A., Sousa, C., Brandão, S., & Pousa, O. (2020). Monitorização da cardiotocografia externa. In. Sequeira, C., Pousa, O., & Amaral, C. (1a Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 44-52). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Serviço Nacional de Saúde (2022). BiCSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Consultado em https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061051/Pages/default.aspx e https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061092/Pages/default.aspx

Silva, E., Rodrigues, C., Ferreira, C., Silva, D., & Galvão, D. (2021). Experiências intergeracionais de mães e filhas com a amamentação. *Egitania Sciencia*, *28*, 173–186. Recuperado de http://egitaniasciencia2.ipg.pt/index.php/egitania_sciencia/article/view/421/pdf

Silva, D. (2021). *O aleitamento materno em mulheres trabalhadoras: contributos para a intervenção do enfermeiro de família*. (Tese de Mestrado). Recuperado de https://ria.ua.pt/bitstream/10773/32141/1/Documento_Diana_Silva.pdf

Sousa, I. (2019). *Queixas relacionadas à sexualidade o puerpério: uma revisão da literatura*. (Tese de Bacharelato). Recuperado de http://repositorio.uft.edu.br/bitstream/11612/1624

Sousa, J., Silva, I., Gonçalves, L., Nery, I., Gomes, I., & Sousa, L. (2018). Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. *Revista Baiana de Enfermagem*, *32*. Recuperado de https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27499/17081

Sousa, S., Neves, J., Amaral, A., & Loureiro, T. (2013). Transfusão intra-uterina: aspetos técnicos da transfusão fetal. *Acta Obstet Ginecol Port* 7(3), 190-198. Recuperado de http://www.fspog.com/fotos/editor2/08-aogp-d-12-00023.pdf

Souto, D. (2015). *Amamentação de crianças com idade superior a dois anos: experiências maternas.* (Tese de Mestrado). Recuperado de https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/10343/DIS_PPGPSICOLOGIA_2015_SOUTO_DANIELLE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tavares, P., Rendeiro, P., & Basto, J. (2017). Rastreio e diagnóstico pré-natal de alterações genéticas. In. Graça, L. (5a Ed.), *Medicina Materno Fetal* (pp. 73-80). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Tawia, S., Bailey, C., McGuire, S., & James, J. (2022). What modifiable factors improve breastfeeding exclusivity and duration in Australian women. *Women & Birth*, 35(1). Recuperado de https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519222001822

Teixeira, M., Viegas, L., Santos, L., Santos, R., Correa, P., Pitombeira, P., Ribeiro, E., Santana, J., Vieira, B., Barbosa, V., Oliveira, R., Magalhães, R., Camargo, P., Silva, P., Oliveira, J., Torres, A., Soares, J., Amorim, L., Pereira, C., & Almeida, B. (2021). A assistência da enfermeira após perda perinatal: o luto após o parto. *Research, Society and Development*, *10*(3), 1-12. Recuperado de https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13106/11968/174550

Torres, M., Vinagre, C., Godinho, A., Casal, E., & Pereira, A. (2018). Evidência sobre a posição da grávida no segundo estádio do trabalho de parto. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, *12*(4), 277–283. Recuperado de https://scielo.pt/pdf/aogp/v12n4/v12n4a05.pdf

UNESCO (2020). *17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Recuperado de https://unescoportugal.mne.gov.pt/pt/temas/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel

UNICEF (2018). *Entidades Amigas dos Bebés*. Recuperado de https://www.unicef.pt/media/2323/lista-entidades-amigas-dos-bebes-2019-01-23.pdf

Varela, V., Amaral, C., Santos, M., Madruga, C., Ferreira, N., & Ferreira, S. (2020). Diagnóstico de início de trabalho de parto. In. Sequeira, C., Pousa, O., & Amaral, C. (1a Ed.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 75-78). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Verga, V. (2020). *Atitudes Maternas face à Amamentação em Mães de Lactentes e Satisfação com o Suporte Social*. (Tese de Mestrado). Recuperado de https://web.esenfc.pt › pav02 › include › download

ANEXOS

ANEXO I

Lei da Parentalidade 7/2009

a homens e mulheres, nomeadamente, baseados em mérito, produtividade, assiduidade ou antiguidade.

4 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, as licenças, faltas ou dispensas relativas à protecção na parentalidade não podem fundamentar diferenças na retribuição dos trabalhadores.

5 — Os sistemas de descrição de tarefas e de avaliação de funções devem assentar em critérios objectivos comuns a homens e mulheres, de forma a excluir qualquer discriminação baseada no sexo.

6 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto no n.º 1 e constitui contra-ordenação grave a violação do disposto no n.º 5.

Artigo 32.º

Registo de processos de recrutamento

1 — Todas as entidades devem manter durante cinco anos o registo dos processos de recrutamento efectuados, devendo constar do mesmo, com desagregação por sexo, os seguintes elementos:

a) Convites para o preenchimento de lugares;
b) Anúncios de oferta de emprego;
c) Número de candidaturas para apreciação curricular;
d) Número de candidatos presentes em entrevistas de pré-selecção;
e) Número de candidatos aguardando ingresso;
f) Resultados de testes ou provas de admissão ou selecção;
g) Balanços sociais relativos a dados, que permitam analisar a existência de eventual discriminação de pessoas de um dos sexos no acesso ao emprego, formação e promoção profissionais e condições de trabalho.

2 — Constitui contra-ordenação leve a violação do disposto neste artigo.

SUBSECÇÃO IV

Parentalidade

Artigo 33.º

Parentalidade

1 — A maternidade e a paternidade constituem valores sociais eminentes.

2 — Os trabalhadores têm direito à protecção da sociedade e do Estado na realização da sua insubstituível acção em relação ao exercício da parentalidade.

Artigo 34.º

Articulação com regime de protecção social

1 — A protecção social nas situações previstas na presente subsecção, designadamente os regimes de concessão de prestações sociais para os diferentes períodos de licença por parentalidade, consta de legislação específica.

2 — Para efeitos do disposto na presente subsecção, consideram-se equivalentes a períodos de licença parental os períodos de concessão das prestações sociais correspondentes, atribuídas a um dos progenitores no âmbito do subsistema de solidariedade e do sistema previdencial da segurança social ou outro regime de protecção social de enquadramento obrigatório.

Artigo 35.º

Protecção na parentalidade

1 — A protecção na parentalidade concretiza-se através da atribuição dos seguintes direitos:

a) Licença em situação de risco clínico durante a gravidez;
b) Licença por interrupção de gravidez;
c) Licença parental, em qualquer das modalidades;
d) Licença por adopção;
e) Licença parental complementar em qualquer das modalidades;
f) Dispensa da prestação de trabalho por parte de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, por motivo de protecção da sua segurança e saúde;
g) Dispensa para consulta pré-natal;
h) Dispensa para avaliação para adopção;
i) Dispensa para amamentação ou aleitação;
j) Faltas para assistência a filho;
l) Faltas para assistência a neto;
m) Licença para assistência a filho;
n) Licença para assistência a filho com deficiência ou doença crónica;
o) Trabalho a tempo parcial de trabalhador com responsabilidades familiares;
p) Horário flexível de trabalhador com responsabilidades familiares;
q) Dispensa de prestação de trabalho em regime de adaptabilidade;
r) Dispensa de prestação de trabalho suplementar;
s) Dispensa de prestação de trabalho no período nocturno.

2 — Os direitos previstos no número anterior apenas se aplicam, após o nascimento do filho, a trabalhadores progenitores que não estejam impedidos ou inibidos totalmente do exercício do poder paternal, com excepção do direito de a mãe gozar 14 semanas de licença parental inicial e dos referentes a protecção durante a amamentação.

Artigo 36.º

Conceitos em matéria de protecção da parentalidade

1 — No âmbito do regime de protecção da parentalidade, entende-se por:

a) Trabalhadora grávida, a trabalhadora em estado de gestação que informe o empregador do seu estado, por escrito, com apresentação de atestado médico;
b) Trabalhadora puérpera, a trabalhadora parturiente e durante um período de 120 dias subsequentes ao parto que informe o empregador do seu estado, por escrito, com apresentação de atestado médico ou certidão de nascimento do filho;
c) Trabalhadora lactante, a trabalhadora que amamenta o filho e informe o empregador do seu estado, por escrito, com apresentação de atestado médico.

2 — O regime de protecção da parentalidade é ainda aplicável desde que o empregador tenha conhecimento da situação ou do facto relevante.

Artigo 37.º

Licença em situação de risco clínico durante a gravidez

1 — Em situação de risco clínico para a trabalhadora grávida ou para o nascituro, impeditivo do exercício de

funções, independentemente do motivo que determine esse impedimento e esteja este ou não relacionado com as condições de prestação do trabalho, caso o empregador não lhe proporcione o exercício de actividade compatível com o seu estado e categoria profissional, a trabalhadora tem direito a licença, pelo período de tempo que por prescrição médica for considerado necessário para prevenir o risco, sem prejuízo da licença parental inicial.

2 — Para o efeito previsto no número anterior, a trabalhadora informa o empregador e apresenta atestado médico que indique a duração previsível da licença, prestando essa informação com a antecedência de 10 dias ou, em caso de urgência comprovada pelo médico, logo que possível.

3 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto no n.º 1.

Artigo 38.º

Licença por interrupção da gravidez

1 — Em caso de interrupção da gravidez, a trabalhadora tem direito a licença com duração entre 14 e 30 dias.

2 — Para o efeito previsto no número anterior, a trabalhadora informa o empregador e apresenta, logo que possível, atestado médico com indicação do período da licença.

3 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto no n.º 1.

Artigo 39.º

Modalidades de licença parental

A licença parental compreende as seguintes modalidades:

a) Licença parental inicial;

b) Licença parental inicial exclusiva da mãe;

c) Licença parental inicial a gozar pelo pai por impossibilidade da mãe;

d) Licença parental exclusiva do pai.

Artigo 40.º

Licença parental inicial

1 — A mãe e o pai trabalhadores têm direito, por nascimento de filho, a licença parental inicial de 120 ou 150 dias consecutivos, cujo gozo podem partilhar após o parto, sem prejuízo dos direitos da mãe a que se refere o artigo seguinte.

2 — A licença referida no número anterior é acrescida em 30 dias, no caso de cada um dos progenitores gozar, em exclusivo, um período de 30 dias consecutivos, ou dois períodos de 15 dias consecutivos, após o período de gozo obrigatório pela mãe a que se refere o n.º 2 do artigo seguinte.

3 — No caso de nascimentos múltiplos, o período de licença previsto nos números anteriores é acrescido de 30 dias por cada gémeo além do primeiro.

4 — Em caso de partilha do gozo da licença, a mãe e o pai informam os respectivos empregadores, até sete dias após o parto, do início e termo dos períodos a gozar por cada um, entregando para o efeito, declaração conjunta.

5 — Caso a licença parental não seja partilhada pela mãe e pelo pai, e sem prejuízo dos direitos da mãe a que se refere o artigo seguinte, o progenitor que gozar a licença informa o respectivo empregador, até sete dias após o parto, da duração da licença e do início do respectivo período, juntando declaração do outro progenitor da qual conste que o mesmo exerce actividade profissional e que não goza a licença parental inicial.

6 — Na falta da declaração referida nos n.os 4 e 5 a licença é gozada pela mãe.

7 — Em caso de internamento hospitalar da criança ou do progenitor que estiver a gozar a licença prevista nos n.os 1, 2 ou 3 durante o período após o parto, o período de licença suspende-se, a pedido do progenitor, pelo tempo de duração do internamento.

8 — A suspensão da licença no caso previsto no número anterior é feita mediante comunicação ao empregador, acompanhada de declaração emitida pelo estabelecimento hospitalar.

9 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto nos n.os 1, 2, 3, 7 ou 8.

Artigo 41.º

Períodos de licença parental exclusiva da mãe

1 — A mãe pode gozar até 30 dias da licença parental inicial antes do parto.

2 — É obrigatório o gozo, por parte da mãe, de seis semanas de licença a seguir ao parto.

3 — A trabalhadora que pretenda gozar parte da licença antes do parto deve informar desse propósito o empregador e apresentar atestado médico que indique a data previsível do parto, prestando essa informação com a antecedência de 10 dias ou, em caso de urgência comprovada pelo médico, logo que possível.

4 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto nos n.os 1 ou 2.

Artigo 42.º

Licença parental inicial a gozar por um progenitor em caso de impossibilidade do outro

1 — O pai ou a mãe tem direito a licença, com a duração referida nos n.os 1, 2 ou 3 do artigo 40.º, ou do período remanescente da licença, nos casos seguintes:

a) Incapacidade física ou psíquica do progenitor que estiver a gozar a licença, enquanto esta se mantiver;

b) Morte do progenitor que estiver a gozar a licença.

2 — Apenas há lugar à duração total da licença referida no n.º 2 do artigo 40.º caso se verifiquem as condições aí previstas, à data dos factos referidos no número anterior.

3 — Em caso de morte ou incapacidade física ou psíquica da mãe, a licença parental inicial a gozar pelo pai tem a duração mínima de 30 dias.

4 — Em caso de morte ou incapacidade física ou psíquica de mãe não trabalhadora nos 120 dias a seguir ao parto, o pai tem direito a licença nos termos do n.º 1, com a necessária adaptação, ou do número anterior.

5 — Para efeito do disposto nos números anteriores, o pai informa o empregador, logo que possível e, consoante a situação, apresenta atestado médico comprovativo ou certidão de óbito e, sendo caso disso, declara o período de licença já gozado pela mãe.

6 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto nos n.os 1 a 4.

Artigo 43.º

Licença parental exclusiva do pai

1 — É obrigatório o gozo pelo pai de uma licença parental de 10 dias úteis, seguidos ou interpolados, nos 30 dias

seguintes ao nascimento do filho, cinco dos quais gozados de modo consecutivos imediatamente a seguir a este.

2 — Após o gozo da licença prevista no número anterior, o pai tem ainda direito a 10 dias úteis de licença, seguidos ou interpolados, desde que gozados em simultâneo com o gozo da licença parental inicial por parte da mãe.

3 — No caso de nascimentos múltiplos, à licença prevista nos números anteriores acrescem dois dias por cada gémeo além do primeiro.

4 — Para efeitos do disposto nos números anteriores, o trabalhador deve avisar o empregador com a antecedência possível que, no caso previsto no n.º 2, não deve ser inferior a cinco dias.

5 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto nos n.os 1, 2 ou 3.

Artigo 44.º

Licença por adopção

1 — Em caso de adopção de menor de 15 anos, o candidato a adoptante tem direito à licença referida nos n.os 1 ou 2 do artigo 40.º

2 — No caso de adopções múltiplas, o período de licença referido no número anterior é acrescido de 30 dias por cada adopção além da primeira.

3 — Havendo dois candidatos a adoptantes, a licença deve ser gozada nos termos dos n.os 1 e 2 do artigo 40.º

4 — O candidato a adoptante não tem direito a licença em caso de adopção de filho do cônjuge ou de pessoa com quem viva em união de facto.

5 — Em caso de incapacidade ou falecimento do candidato a adoptante durante a licença, o cônjuge sobrevivo, que não seja candidato a adoptante e com quem o adoptando viva em comunhão de mesa e habitação, tem direito a licença correspondente ao período não gozado ou a um mínimo de 14 dias.

6 — A licença tem início a partir da confiança judicial ou administrativa, nos termos do regime jurídico da adopção.

7 — Quando a confiança administrativa consistir na confirmação da permanência do menor a cargo do adoptante, este tem direito a licença, pelo período remanescente, desde que a data em que o menor ficou de facto a seu cargo tenha ocorrido antes do termo da licença parental inicial.

8 — Em caso de internamento hospitalar do candidato a adoptante ou do adoptando, o período de licença é suspenso pelo tempo de duração do internamento, devendo aquele comunicar esse facto ao empregador, apresentando declaração comprovativa passada pelo estabelecimento hospitalar.

9 — Em caso de partilha do gozo da licença, os candidatos a adoptantes informam os respectivos empregadores, com a antecedência de 10 dias ou, em caso de urgência comprovada, logo que possível, fazendo prova da confiança judicial ou administrativa do adoptando e da idade deste, do início e termo dos períodos a gozar por cada um, entregando para o efeito declaração conjunta.

10 — Caso a licença por adopção não seja partilhada, o candidato a adoptante que gozar a licença informa o respectivo empregador, nos prazos referidos no número anterior, da duração da licença e do início do respectivo período.

11 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto nos n.os 1 a 3, 5, 7 ou 8.

Artigo 45.º

Dispensa para avaliação para a adopção

Para efeitos de realização de avaliação para a adopção, os trabalhadores têm direito a três dispensas de trabalho para deslocação aos serviços da segurança social ou recepção dos técnicos em seu domicílio, devendo apresentar a devida justificação ao empregador.

Artigo 46.º

Dispensa para consulta pré-natal

1 — A trabalhadora grávida tem direito a dispensa do trabalho para consultas pré-natais, pelo tempo e número de vezes necessários.

2 — A trabalhadora deve, sempre que possível, comparecer a consulta pré-natal fora do horário de trabalho.

3 — Sempre que a consulta pré-natal só seja possível durante o horário de trabalho, o empregador pode exigir à trabalhadora a apresentação de prova desta circunstância e da realização da consulta ou declaração dos mesmos factos.

4 — Para efeito dos números anteriores, a preparação para o parto é equiparada a consulta pré-natal.

5 — O pai tem direito a três dispensas do trabalho para acompanhar a trabalhadora às consultas pré-natais.

6 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto neste artigo.

Artigo 47.º

Dispensa para amamentação ou aleitação

1 — A mãe que amamenta o filho tem direito a dispensa de trabalho para o efeito, durante o tempo que durar a amamentação.

2 — No caso de não haver amamentação, desde que ambos os progenitores exerçam actividade profissional, qualquer deles ou ambos, consoante decisão conjunta, têm direito a dispensa para aleitação, até o filho perfazer um ano.

3 — A dispensa diária para amamentação ou aleitação é gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de uma hora cada, salvo se outro regime for acordado com o empregador.

4 — No caso de nascimentos múltiplos, a dispensa referida no número anterior é acrescida de mais 30 minutos por cada gémeo além do primeiro.

5 — Se qualquer dos progenitores trabalhar a tempo parcial, a dispensa diária para amamentação ou aleitação é reduzida na proporção do respectivo período normal de trabalho, não podendo ser inferior a 30 minutos.

6 — Na situação referida no número anterior, a dispensa diária é gozada em período não superior a uma hora e, sendo caso disso, num segundo período com a duração remanescente, salvo se outro regime for acordado com o empregador.

7 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto neste artigo.

Artigo 48.º

Procedimento de dispensa para amamentação ou aleitação

1 — Para efeito de dispensa para amamentação, a trabalhadora comunica ao empregador, com a antecedência de 10 dias relativamente ao início da dispensa, que amamenta

o filho, devendo apresentar atestado médico se a dispensa se prolongar para além do primeiro ano de vida do filho.

2 — Para efeito de dispensa para aleitação, o progenitor:

a) Comunica ao empregador que aleita o filho, com a antecedência de 10 dias relativamente ao início da dispensa;

b) Apresenta documento de que conste a decisão conjunta;

c) Declara qual o período de dispensa gozado pelo outro progenitor, sendo caso disso;

d) Prova que o outro progenitor exerce actividade profissional e, caso seja trabalhador por conta de outrem, que informou o respectivo empregador da decisão conjunta.

Artigo 49.º

Falta para assistência a filho

1 — O trabalhador pode faltar ao trabalho para prestar assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença ou acidente, a filho menor de 12 anos ou, independentemente da idade, a filho com deficiência ou doença crónica, até 30 dias por ano ou durante todo o período de eventual hospitalização.

2 — O trabalhador pode faltar ao trabalho até 15 dias por ano para prestar assistência inadiável e imprescindível em caso de doença ou acidente a filho com 12 ou mais anos de idade que, no caso de ser maior, faça parte do seu agregado familiar.

3 — Aos períodos de ausência previstos nos números anteriores acresce um dia por cada filho além do primeiro.

4 — A possibilidade de faltar prevista nos números anteriores não pode ser exercida simultaneamente pelo pai e pela mãe.

5 — Para efeitos de justificação da falta, o empregador pode exigir ao trabalhador:

a) Prova do carácter inadiável e imprescindível da assistência;

b) Declaração de que o outro progenitor tem actividade profissional e não falta pelo mesmo motivo ou está impossibilitado de prestar a assistência;

c) Em caso de hospitalização, declaração comprovativa passada pelo estabelecimento hospitalar.

6 — No caso referido no n.º 3 do artigo seguinte, o pai ou a mãe informa o respectivo empregador da prestação de assistência em causa, sendo o seu direito referido nos n.os 1 ou 2 reduzido em conformidade.

7 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.os 1, 2 ou 3.

Artigo 50.º

Falta para assistência a neto

1 — O trabalhador pode faltar até 30 dias consecutivos, a seguir ao nascimento de neto que consigo viva em comunhão de mesa e habitação e que seja filho de adolescente com idade inferior a 16 anos.

2 — Se houver dois titulares do direito, há apenas lugar a um período de faltas, a gozar por um deles, ou por ambos em tempo parcial ou em períodos sucessivos, conforme decisão conjunta.

3 — O trabalhador pode também faltar, em substituição dos progenitores, para prestar assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença ou acidente, a neto menor ou, independentemente da idade, com deficiência ou doença crónica.

4 — Para efeitos dos n.os 1 e 2, o trabalhador informa o empregador com a antecedência de cinco dias, declarando que:

a) O neto vive consigo em comunhão de mesa e habitação;

b) O neto é filho de adolescente com idade inferior a 16 anos;

c) O cônjuge do trabalhador exerce actividade profissional ou se encontra física ou psiquicamente impossibilitado de cuidar do neto ou não vive em comunhão de mesa e habitação com este.

5 — O disposto neste artigo é aplicável a tutor do adolescente, a trabalhador a quem tenha sido deferida a confiança judicial ou administrativa do mesmo, bem como ao seu cônjuge ou pessoa em união de facto.

6 — No caso referido no n.º 3, o trabalhador informa o empregador, no prazo previsto nos n.os 1 ou 2 do artigo 253.º, declarando:

a) O carácter inadiável e imprescindível da assistência;

b) Que os progenitores são trabalhadores e não faltam pelo mesmo motivo ou estão impossibilitados de prestar a assistência, bem como que nenhum outro familiar do mesmo grau falta pelo mesmo motivo.

7 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.os 1, 2 ou 3.

Artigo 51.º

Licença parental complementar

1 — O pai e a mãe têm direito, para assistência a filho ou adoptado com idade não superior a seis anos, a licença parental complementar, em qualquer das seguintes modalidades:

a) Licença parental alargada, por três meses;

b) Trabalho a tempo parcial durante 12 meses, com um período normal de trabalho igual a metade do tempo completo;

c) Períodos intercalados de licença parental alargada e de trabalho a tempo parcial em que a duração total da ausência e da redução do tempo de trabalho seja igual aos períodos normais de trabalho de três meses;

d) Ausências interpoladas ao trabalho com duração igual aos períodos normais de trabalho de três meses, desde que previstas em instrumento de regulamentação colectiva de trabalho.

2 — O pai e a mãe podem gozar qualquer das modalidades referidas no número anterior de modo consecutivo ou até três períodos interpolados, não sendo permitida a cumulação por um dos progenitores do direito do outro.

3 — Se ambos os progenitores pretenderem gozar simultaneamente a licença e estiverem ao serviço do mesmo empregador, este pode adiar a licença de um deles com fundamento em exigências imperiosas ligadas ao funcionamento da empresa ou serviço, desde que seja fornecida por escrito a respectiva fundamentação.

4 — Durante o período de licença parental complementar em qualquer das modalidades, o trabalhador não pode exercer outra actividade incompatível com a respectiva finalidade, nomeadamente trabalho subordinado ou

prestação continuada de serviços fora da sua residência habitual.

5 — O exercício dos direitos referidos nos números anteriores depende de informação sobre a modalidade pretendida e o início e o termo de cada período, dirigida por escrito ao empregador com antecedência de 30 dias relativamente ao seu início.

6 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.os 1, 2 ou 3.

Artigo 52.º

Licença para assistência a filho

1 — Depois de esgotado o direito referido no artigo anterior, os progenitores têm direito a licença para assistência a filho, de modo consecutivo ou interpolado, até ao limite de dois anos.

2 — No caso de terceiro filho ou mais, a licença prevista no número anterior tem o limite de três anos.

3 — O trabalhador tem direito a licença se o outro progenitor exercer actividade profissional ou estiver impedido ou inibido totalmente de exercer o poder paternal.

4 — Se houver dois titulares, a licença pode ser gozada por qualquer deles ou por ambos em períodos sucessivos.

5 — Durante o período de licença para assistência a filho, o trabalhador não pode exercer outra actividade incompatível com a respectiva finalidade, nomeadamente trabalho subordinado ou prestação continuada de serviços fora da sua residência habitual.

6 — Para exercício do direito, o trabalhador informa o empregador, por escrito e com a antecedência de 30 dias:

a) Do início e do termo do período em que pretende gozar a licença;

b) Que o outro progenitor tem actividade profissional e não se encontra ao mesmo tempo em situação de licença, ou que está impedido ou inibido totalmente de exercer o poder paternal;

c) Que o menor vive com ele em comunhão de mesa e habitação;

d) Que não está esgotado o período máximo de duração da licença.

7 — Na falta de indicação em contrário por parte do trabalhador, a licença tem a duração de seis meses.

8 — À prorrogação do período de licença pelo trabalhador, dentro dos limites previstos nos n.os 1 e 2, é aplicável o disposto no n.º 6.

9 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.os 1 ou 2.

Artigo 53.º

Licença para assistência a filho com deficiência ou doença crónica

1 — Os progenitores têm direito a licença por período até seis meses, prorrogável até quatro anos, para assistência de filho com deficiência ou doença crónica.

2 — Caso o filho com deficiência ou doença crónica tenha 12 ou mais anos de idade a necessidade de assistência é confirmada por atestado médico.

3 — É aplicável à licença prevista no n.º 1 o regime constante dos n.os 3 a 8 do artigo anterior.

4 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto no n.º 1.

Artigo 54.º

Redução do tempo de trabalho para assistência a filho menor com deficiência ou doença crónica

1 — Os progenitores de menor com deficiência ou doença crónica, com idade não superior a um ano, têm direito a redução de cinco horas do período normal de trabalho semanal, ou outras condições de trabalho especiais, para assistência ao filho.

2 — Não há lugar ao exercício do direito referido no número anterior quando um dos progenitores não exerça actividade profissional e não esteja impedido ou inibido totalmente de exercer o poder paternal.

3 — Se ambos os progenitores forem titulares do direito, a redução do período normal de trabalho pode ser utilizada por qualquer deles ou por ambos em períodos sucessivos.

4 — O empregador deve adequar o horário de trabalho resultante da redução do período normal de trabalho tendo em conta a preferência do trabalhador, sem prejuízo de exigências imperiosas do funcionamento da empresa.

5 — A redução do período normal de trabalho semanal não implica diminuição de direitos consagrados na lei, salvo quanto à retribuição, que só é devida na medida em que a redução, em cada ano, exceda o número de faltas substituíveis por perda de gozo de dias de férias.

6 — Para redução do período normal de trabalho semanal, o trabalhador deve comunicar ao empregador a sua intenção com a antecedência de 10 dias, bem como:

a) Apresentar atestado médico comprovativo da deficiência ou da doença crónica;

b) Declarar que o outro progenitor tem actividade profissional ou que está impedido ou inibido totalmente de exercer o poder paternal e, sendo caso disso, que não exerce ao mesmo tempo este direito.

7 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.os 1, 3, 4 ou 5.

Artigo 55.º

Trabalho a tempo parcial de trabalhador com responsabilidades familiares

1 — O trabalhador com filho menor de 12 anos ou, independentemente da idade, filho com deficiência ou doença crónica que com ele viva em comunhão de mesa e habitação tem direito a trabalhar a tempo parcial.

2 — O direito pode ser exercido por qualquer dos progenitores ou por ambos em períodos sucessivos, depois da licença parental complementar, em qualquer das suas modalidades.

3 — Salvo acordo em contrário, o período normal de trabalho a tempo parcial corresponde a metade do praticado a tempo completo numa situação comparável e, conforme o pedido do trabalhador, é prestado diariamente, de manhã ou de tarde, ou em três dias por semana.

4 — A prestação de trabalho a tempo parcial pode ser prorrogada até dois anos ou, no caso de terceiro filho ou mais, três anos, ou ainda, no caso de filho com deficiência ou doença crónica, quatro anos.

5 — Durante o período de trabalho em regime de tempo parcial, o trabalhador não pode exercer outra actividade incompatível com a respectiva finalidade, nomeadamente trabalho subordinado ou prestação continuada de serviços fora da sua residência habitual.

6 — A prestação de trabalho a tempo parcial cessa no termo do período para que foi concedida ou no da sua prorrogação, retomando o trabalhador a prestação de trabalho a tempo completo.

7 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto neste artigo.

Artigo 56.º

Horário flexível de trabalhador com responsabilidades familiares

1 — O trabalhador com filho menor de 12 anos ou, independentemente da idade, filho com deficiência ou doença crónica que com ele viva em comunhão de mesa e habitação tem direito a trabalhar em regime de horário de trabalho flexível, podendo o direito ser exercido por qualquer dos progenitores ou por ambos.

2 — Entende-se por horário flexível aquele em que o trabalhador pode escolher, dentro de certos limites, as horas de início e termo do período normal de trabalho diário.

3 — O horário flexível, a elaborar pelo empregador, deve:

a) Conter um ou dois períodos de presença obrigatória, com duração igual a metade do período normal de trabalho diário;

b) Indicar os períodos para início e termo do trabalho normal diário, cada um com duração não inferior a um terço do período normal de trabalho diário, podendo esta duração ser reduzida na medida do necessário para que o horário se contenha dentro do período de funcionamento do estabelecimento;

c) Estabelecer um período para intervalo de descanso não superior a duas horas.

4 — O trabalhador que trabalhe em regime de horário flexível pode efectuar até seis horas consecutivas de trabalho e até dez horas de trabalho em cada dia e deve cumprir o correspondente período normal de trabalho semanal, em média de cada período de quatro semanas.

5 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto no n.º 1.

Artigo 57.º

Autorização de trabalho a tempo parcial ou em regime de horário flexível

1 — O trabalhador que pretenda trabalhar a tempo parcial ou em regime de horário de trabalho flexível deve solicitá-lo ao empregador, por escrito, com a antecedência de 30 dias, com os seguintes elementos:

a) Indicação do prazo previsto, dentro do limite aplicável;

b) Declaração da qual conste:

i) Que o menor vive com ele em comunhão de mesa e habitação;

ii) No regime de trabalho a tempo parcial, que não está esgotado o período máximo de duração;

iii) No regime de trabalho a tempo parcial, que o outro progenitor tem actividade profissional e não se encontra ao mesmo tempo em situação de trabalho a tempo parcial ou que está impedido ou inibido totalmente de exercer o poder paternal;

c) A modalidade pretendida de organização do trabalho a tempo parcial.

2 — O empregador apenas pode recusar o pedido com fundamento em exigências imperiosas do funcionamento da empresa, ou na impossibilidade de substituir o trabalhador se este for indispensável.

3 — No prazo de 20 dias contados a partir da recepção do pedido, o empregador comunica ao trabalhador, por escrito, a sua decisão.

4 — No caso de pretender recusar o pedido, na comunicação o empregador indica o fundamento da intenção de recusa, podendo o trabalhador apresentar, por escrito, uma apreciação no prazo de cinco dias a partir da recepção.

5 — Nos cinco dias subsequentes ao fim do prazo para apreciação pelo trabalhador, o empregador envia o processo para apreciação pela entidade competente na área da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres, com cópia do pedido, do fundamento da intenção de o recusar e da apreciação do trabalhador.

6 — A entidade referida no número anterior, no prazo de 30 dias, notifica o empregador e o trabalhador do seu parecer, o qual se considera favorável à intenção do empregador se não for emitido naquele prazo.

7 — Se o parecer referido no número anterior for desfavorável, o empregador só pode recusar o pedido após decisão judicial que reconheça a existência de motivo justificativo.

8 — Considera-se que o empregador aceita o pedido do trabalhador nos seus precisos termos:

a) Se não comunicar a intenção de recusa no prazo de 20 dias após a recepção do pedido;

b) Se, tendo comunicado a intenção de recusar o pedido, não informar o trabalhador da decisão sobre o mesmo nos cinco dias subsequentes à notificação referida no n.º 6 ou, consoante o caso, ao fim do prazo estabelecido nesse número;

c) Se não submeter o processo à apreciação da entidade competente na área da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres dentro do prazo previsto no n.º 5.

9 — Ao pedido de prorrogação é aplicável o disposto para o pedido inicial.

10 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.os 2, 3, 5 ou 7.

Artigo 58.º

Dispensa de algumas formas de organização do tempo de trabalho

1 — A trabalhadora grávida, puérpera ou lactante tem direito a ser dispensada de prestar trabalho em horário de trabalho organizado de acordo com regime de adaptabilidade, de banco de horas ou de horário concentrado.

2 — O direito referido no número anterior aplica-se a qualquer dos progenitores em caso de aleitação, quando a prestação de trabalho nos regimes nele referidos afecte a sua regularidade.

3 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto neste artigo.

Artigo 59.º

Dispensa de prestação de trabalho suplementar

1 — A trabalhadora grávida, bem como o trabalhador ou trabalhadora com filho de idade inferior a 12 meses, não está obrigada a prestar trabalho suplementar.

2 — A trabalhadora não está obrigada a prestar trabalho suplementar durante todo o tempo que durar a amamentação se for necessário para a sua saúde ou para a da criança.

3 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto neste artigo.

Artigo 60.º

Dispensa de prestação de trabalho no período nocturno

1 — A trabalhadora tem direito a ser dispensada de prestar trabalho entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte:

a) Durante um período de 112 dias antes e depois do parto, dos quais pelo menos metade antes da data previsível do mesmo;
b) Durante o restante período de gravidez, se for necessário para a sua saúde ou para a do nascituro;
c) Durante todo o tempo que durar a amamentação, se for necessário para a sua saúde ou para a da criança.

2 — À trabalhadora dispensada da prestação de trabalho nocturno deve ser atribuído, sempre que possível, um horário de trabalho diurno compatível.
3 — A trabalhadora é dispensada do trabalho sempre que não seja possível aplicar o disposto no número anterior.
4 — A trabalhadora que pretenda ser dispensada de prestar trabalho nocturno deve informar o empregador e apresentar atestado médico, no caso da alínea *b*) ou *c*) do n.º 1, com a antecedência de 10 dias.
5 — Em situação de urgência comprovada pelo médico, a informação referida no número anterior pode ser feita independentemente do prazo.
6 — Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a dispensa da prestação de trabalho nocturno deve ser determinada por médico do trabalho sempre que este, no âmbito da vigilância da saúde dos trabalhadores, identificar qualquer risco para a trabalhadora grávida, puérpera ou lactante.
7 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.os 1, 2 ou 3.

Artigo 61.º

Formação para reinserção profissional

O empregador deve facultar ao trabalhador, após a licença para assistência a filho ou para assistência a pessoa com deficiência ou doença crónica, a participação em acções de formação e actualização profissional, de modo a promover a sua plena reinserção profissional.

Artigo 62.º

Protecção da segurança e saúde de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante

1 — A trabalhadora grávida, puérpera ou lactante tem direito a especiais condições de segurança e saúde nos locais de trabalho, de modo a evitar a exposição a riscos para a sua segurança e saúde, nos termos dos números seguintes.
2 — Sem prejuízo de outras obrigações previstas em legislação especial, em actividade susceptível de apresentar um risco específico de exposição a agentes, processos ou condições de trabalho, o empregador deve proceder à avaliação da natureza, grau e duração da exposição de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, de modo a determinar qualquer risco para a sua segurança e saúde e as repercussões sobre a gravidez ou a amamentação, bem como as medidas a tomar.
3 — Nos casos referidos no número anterior, o empregador deve tomar a medida necessária para evitar a exposição da trabalhadora a esses riscos, nomeadamente:

a) Proceder à adaptação das condições de trabalho;
b) Se a adaptação referida na alínea anterior for impossível, excessivamente demorada ou demasiado onerosa, atribuir à trabalhadora outras tarefas compatíveis com o seu estado e categoria profissional;
c) Se as medidas referidas nas alíneas anteriores não forem viáveis, dispensar a trabalhadora de prestar trabalho durante o período necessário.

4 — Sem prejuízo dos direitos de informação e consulta previstos em legislação especial, a trabalhadora grávida, puérpera ou lactante tem direito a ser informada, por escrito, dos resultados da avaliação referida no n.º 2 e das medidas de protecção adoptadas.
5 — É vedado o exercício por trabalhadora grávida, puérpera ou lactante de actividades cuja avaliação tenha revelado riscos de exposição a agentes ou condições de trabalho que ponham em perigo a sua segurança ou saúde ou o desenvolvimento do nascituro.
6 — As actividades susceptíveis de apresentarem um risco específico de exposição a agentes, processos ou condições de trabalho referidos no n.º 2, bem como os agentes e condições de trabalho referidos no número anterior, são determinados em legislação específica.
7 — A trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, ou os seus representantes, têm direito de requerer ao serviço com competência inspectiva do ministério responsável pela área laboral uma acção de fiscalização, a realizar com prioridade e urgência, se o empregador não cumprir as obrigações decorrentes deste artigo.
8 — Constitui contra-ordenação muito grave a violação do disposto nos n.os 1, 2, 3 ou 5 e constitui contra-ordenação grave a violação do disposto no n.º 4.

Artigo 63.º

Protecção em caso de despedimento

1 — O despedimento de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante ou de trabalhador no gozo de licença parental carece de parecer prévio da entidade competente na área da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres.
2 — O despedimento por facto imputável a trabalhador que se encontre em qualquer das situações referidas no número anterior presume-se feito sem justa causa.
3 — Para efeitos do número anterior, o empregador deve remeter cópia do processo à entidade competente na área da igualdade de oportunidade entre homens e mulheres:

a) Depois das diligências probatórias referidas no n.º 2 do artigo 356.º, no despedimento por facto imputável ao trabalhador;
b) Depois da fase de informações e negociação prevista no artigo 361.º, no despedimento colectivo;
c) Depois das consultas referidas no n.º 1 do artigo 370.º, no despedimento por extinção de posto de trabalho;
d) Depois das consultas referidas no artigo 377.º, no despedimento por inadaptação.

4 — A entidade competente deve comunicar o parecer referido no n.º 1 ao empregador e ao trabalhador, nos 30 dias subsequentes à recepção do processo, considerando-se em sentido favorável ao despedimento quando não for emitido dentro do referido prazo.
5 — Cabe ao empregador provar que solicitou o parecer a que se refere o n.º 1.

6 — Se o parecer for desfavorável ao despedimento, o empregador só o pode efectuar após decisão judicial que reconheça a existência de motivo justificativo, devendo a acção ser intentada nos 30 dias subsequentes à notificação do parecer.

7 — A suspensão judicial do despedimento só não é decretada se o parecer for favorável ao despedimento e o tribunal considerar que existe probabilidade séria de verificação da justa causa.

8 — Se o despedimento for declarado ilícito, o empregador não se pode opor à reintegração do trabalhador nos termos do n.º 1 do artigo 392.º e o trabalhador tem direito, em alternativa à reintegração, a indemnização calculada nos termos do n.º 3 do referido artigo.

9 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.os 1 ou 6.

Artigo 64.º

Extensão de direitos atribuídos a progenitores

1 — O adoptante, o tutor, a pessoa a quem for deferida a confiança judicial ou administrativa do menor, bem como o cônjuge ou a pessoa em união de facto com qualquer daqueles ou com o progenitor, desde que viva em comunhão de mesa e habitação com o menor, beneficia dos seguintes direitos:

a) Dispensa para aleitação;
b) Licença parental complementar em qualquer das modalidades, licença para assistência a filho e licença para assistência a filho com deficiência ou doença crónica;
c) Falta para assistência a filho ou a neto;
d) Redução do tempo de trabalho para assistência a filho menor com deficiência ou doença crónica;
e) Trabalho a tempo parcial de trabalhador com responsabilidades familiares;
f) Horário flexível de trabalhador com responsabilidades familiares.

2 — Sempre que o exercício dos direitos referidos nos números anteriores dependa de uma relação de tutela ou confiança judicial ou administrativa do menor, o respectivo titular deve, para que o possa exercer, mencionar essa qualidade ao empregador.

Artigo 65.º

Regime de licenças, faltas e dispensas

1 — Não determinam perda de quaisquer direitos, salvo quanto à retribuição, e são consideradas como prestação efectiva de trabalho as ausências ao trabalho resultantes de:

a) Licença em situação de risco clínico durante a gravidez;
b) Licença por interrupção de gravidez;
c) Licença parental, em qualquer das modalidades;
d) Licença por adopção;
e) Licença parental complementar em qualquer das modalidades;
f) Falta para assistência a filho;
g) Falta para assistência a neto;
h) Dispensa de prestação de trabalho no período nocturno;
i) Dispensa da prestação de trabalho por parte de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, por motivo de protecção da sua segurança e saúde;
j) Dispensa para avaliação para adopção.

2 — A dispensa para consulta pré-natal, amamentação ou aleitação não determina perda de quaisquer direitos e é considerada como prestação efectiva de trabalho.

3 — As licenças por situação de risco clínico durante a gravidez, por interrupção de gravidez, por adopção e licença parental em qualquer modalidade:

a) Suspendem o gozo das férias, devendo os dias remanescentes ser gozados após o seu termo, mesmo que tal se verifique no ano seguinte;
b) Não prejudicam o tempo já decorrido de estágio ou acção ou curso de formação, devendo o trabalhador cumprir apenas o período em falta para o completar;
c) Adiam a prestação de prova para progressão na carreira profissional, a qual deve ter lugar após o termo da licença.

4 — A licença parental e a licença parental complementar, em quaisquer das suas modalidades, por adopção, para assistência a filho e para assistência a filho com deficiência ou doença crónica:

a) Suspendem-se por doença do trabalhador, se este informar o empregador e apresentar atestado médico comprovativo, e prosseguem logo após a cessação desse impedimento;
b) Não podem ser suspensas por conveniência do empregador;
c) Não prejudicam o direito do trabalhador a aceder à informação periódica emitida pelo empregador para o conjunto dos trabalhadores;
d) Terminam com a cessação da situação que originou a respectiva licença que deve ser comunicada ao empregador no prazo de cinco dias.

5 — No termo de qualquer situação de licença, faltas, dispensa ou regime de trabalho especial, o trabalhador tem direito a retomar a actividade contratada, devendo, no caso previsto na alínea *d*) do número anterior, retomá-la na primeira vaga que ocorrer na empresa ou, se esta entretanto se não verificar, no termo do período previsto para a licença.

6 — A licença para assistência a filho ou para assistência a filho com deficiência ou doença crónica suspende os direitos, deveres e garantias das partes na medida em que pressuponham a efectiva prestação de trabalho, designadamente a retribuição, mas não prejudica os benefícios complementares de assistência médica e medicamentosa a que o trabalhador tenha direito.

7 — Constitui contra-ordenação grave a violação do disposto nos n.os 1, 2, 3 ou 4.

SUBSECÇÃO V

Trabalho de menores

Artigo 66.º

Princípios gerais relativos ao trabalho de menor

1 — O empregador deve proporcionar ao menor condições de trabalho adequadas à idade e ao desenvolvimento do mesmo e que protejam a segurança, a saúde, o desenvolvimento físico, psíquico e moral, a educação e a formação, prevenindo em especial qualquer risco resultante

ANEXO II

Parecer UICISA:E

COMISSÃO DE ÉTICA

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

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

Parecer Nº 846/02-2022

Título do Projeto: Amamentação prolongada: fatores influenciadores

Identificação dos Proponentes

Nome(s): Sara Filipa Amaral Soares

Filiação Institucional: Estudante do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Júlia Maria das Neves Carvalho; Ana Maria Poço dos Santos

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Parecer

Tendo por base a importância do aleitamento materno, os objetivos deste estudo são:

- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores da manutenção da amamentação, para além dos dois ou mais anos;
- Conhecer as características comuns das mães que amamentam para além dos dois ou mais anos.

Será um estudo do tipo quantitativo, exploratório descritivo em que a amostra será do tipo não probabilística, constituída por mães que se encontrem a amamentar ou tenham amamentado para além dos 2 anos de idade do bebé, tendo em conta os critérios de exclusão do estudo.

Os critérios de inclusão são:

- Mães que se encontrem a amamentar ou tenham amamentado para além dos 2 anos de idade dobebé;
- Mães de bebés sem patologias associadas ou problemas de desenvolvimento;
- Mães que tenham acesso às redes sociais;
- Mães que manifestem vontade de participar no estudo.

Os critérios de exclusão são:

- Mães que tenham amamentado menos de dois anos o seu bebé;
- Mães de gémeos;
- Mães de bebés com patologias associadas.

A data prevista de início da colheita de dados estava datada para 1 de abril de 2022 e a data prevista de fim da colheita de dados para 31 de maio do mesmo ano.

Refere a proponente que não haverá qualquer risco ou custos para os participantes e os benefícios do estudo estão diretamente relacionados com os objetivos.

COMISSÃO DE ÉTICA

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

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

Segundo a investigadora, o questionário será aplicado via online, pela plataforma Google Forms e a sua divulgação será feita através das redes sociais e por estratégia de bola de neve onde e suposto cada participante ir trazendo outros participantes (reunindo os critérios de inclusão).

Ainda segundo a investigadora, a confidencialidade e o anonimato das participantes serão garantidos durante todo o estudo e cada questionário (elaborado pela própria) será numerado de acordo com a ordem de preenchimento e envio à investigadora. À posteriori, a mesma irá guardar os dados recolhidos no seu computador pessoal que, segundo a mesma, está protegido por palavra-passe, para além de serem igualmente guardados em formato impresso num local apropriado e fechado.

A garantia de voluntariedade e autonomia das participantes será obtida através de formulário de consentimento informado que foi anexado. Isto posto, questionou-se a investigadora quanto à necessidade de envio do formulário de consentimento informado e impressão dos questionários pelo que, em resposta ao ofício remetido à Comissão de Ética, esclareceu a mesma que *"visto que o questionário será aplicado via online, estará implícito que ao preencher e submeter o mesmo, as participantes estão a demonstrar o seu consentimento, contudo, a introdução ao questionário foi reformulada, salvaguardando essa situação, ficando sem efeito o formulário de consentimento informado inicialmente apresentado. No que se refere à necessidade de impressão dos questionários, a mesma também não será necessária."*.

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

O relator:

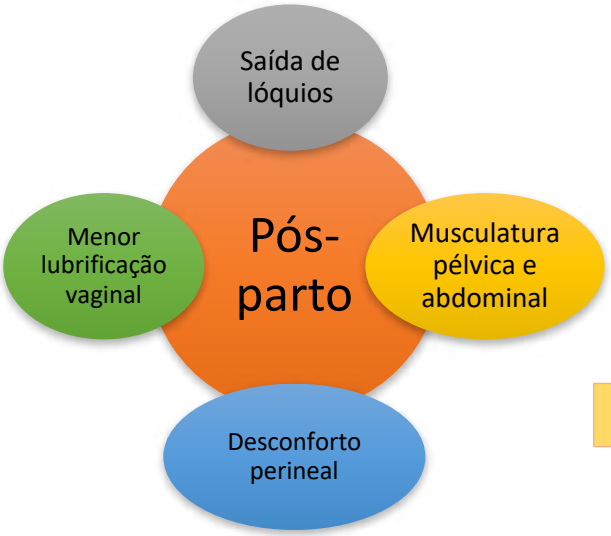
Data: 28/03/2022 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho

APÊNDICES

APÊNDICE I

Folheto Sexualidade e Contraceção no pós-parto

SEXUALIDADE NO PÓS-PARTO



Implicações na sexualidade do casal!

Sexualidade ≠ Relação coital

- ✓ O casal pode reiniciar a sua atividade sexual quando se sentir preparado, de acordo o seu desejo e disponibilidade sexual.
- ✓ A disponibilidade para compreender e se reaproximar do parceiro, reservar um tempo a dois e demostrar carinho, favorecem o restabelecimento do casal e facilitam o retorno à intimidade sexual.

O reinício da atividade sexual pode estar relacionado com algumas dificuldades sexuais como o desconforto, sensação de ardor/picada no local da perineorrafia no primeiro ano e diminuição da lubrificação vaginal.

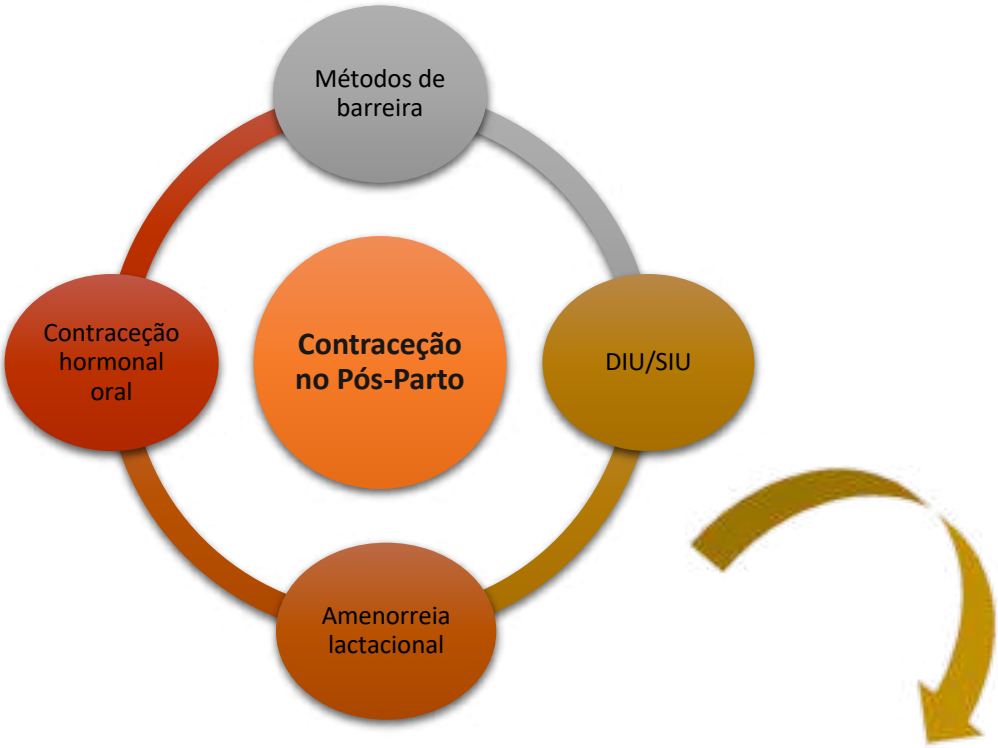
As carícias e preliminares podem estimular uma maior lubrificação vaginal, além disso, o **uso de lubrificantes artificiais** também ajuda a minimizar a sensação dolorosa durante a penetração.

O tempo de abstinência sexual pode variar entre os casais, apontando a literatura que, na maioria das mulheres, ultrapassa as 6 semanas pós-parto.

CONTRACEÇÃO NO PÓS-PARTO

A escolha do <u>método contracetivo no período pós-parto</u> deve atender a fatores como:

- o processo fisiológico do puerpério;
- o retorno da fertilidade;
- se a mulher está ou não a amamentar exclusivamente;
- as expectativas do casal quanto ao recomeço das relações sexuais
- planeamento de um novo filho.



Para **AMENORREIA LACTACIONAL**, <u>devem existir 3 critérios em simultâneo</u>:

- ✓ Parto há menos de 6 meses;
- ✓ A mulher deve permanecer em amenorreia;
- ✓ A amamentação deverá ser exclusiva, ou quase, com mamadas diurnas e noturnas, com intervalos inferiores a 6 horas.

APÊNDICE II

Projeto de melhoria “Cantinho da Amamentação: um trunfo para o sucesso”

CANTINHO DE AMAMENTAÇÃO, UM TRUNFO PARA O SUCESSO

Sara Soares

Estudante do X MESMO, ESEnfC

Maio/2022

INTRODUÇÃO

A intervenção autónoma do enfermeiro especialista reveste-se de particular importância, nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade (Art. 6º, ponto 1 do Regulamento n.º 140/2019), onde se assume relevante o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. Mota, Melheiro e Tronchin (2007) acrescentam que:

> a melhoria contínua da qualidade da assistência, no sentido de atingir a excelência, é um processo dinâmico e exaustivo de identificação permanente dos fatores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem e requer do enfermeiro a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados (p. 10).

Assim, no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do X Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sob orientação pedagógica da Exma. Senhora Professora Doutora [redacted] e orientação tutorial das Exmas. Senhoras Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) [redacted], propus-me a delinear um projeto que retomasse o trabalho desenvolvido com o Cantinho de Amamentação da Maternidade [redacted], pois é fundamental para a manutenção da amamentação, procurando assim dar visibilidade a uma área de intervenção autónoma dos EEESMO.

A metodologia utilizada teve por base a consulta de artigos nas bases de dados científicas Scielo, Cinahl, Medline e PubMed, e no site oficial da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Para facilitar a sua compreensão, este documento encontra-se estruturado em quatro partes: a primeira apresenta o enquadramento teórico, realizando a descrição do estado da arte sobre a temática, a segunda parte assenta no diagnóstico de situação, na terceira é apresentada uma proposta de implementação, e na quarta, e última parte, serão apresentadas as notas finais.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017) referida por Galvão e Silva (2020), a amamentação deve ser mantida de forma exclusiva durante os primeiros seis meses de vida e, a partir desta idade, deve ser iniciada a diversificação alimentar enquanto complemento do aleitamento materno até aos dois anos de idade ou mais, visto que mantém benefícios para a criança e para a mãe.

Contudo, como é percetível nos dados da Direção-Geral da Saúde (DGS) (2014), apesar de 98,6% iniciar aleitamento materno antes da alta hospitalar, apenas 88,1% se mantém na 5ª semana de vida, reduzindo gradualmente para valores de 25% e 12,5%, aos 15 e 18 meses, respetivamente, apesar dos benefícios conhecidos na manutenção da amamentação.

Neste sentido, Silva (2021) refere que o sucesso da amamentação deve ser uma obrigação da sociedade, visto que os efeitos na saúde das crianças e das mães "se traduzem em custos com os cuidados de saúde e no absentismo ao trabalho e até pelas consequências ambientais devido ao uso de substitutos do leite materno" (p. 24).

Assim, a UNICEF (2012) entende que para a amamentação ter sucesso é necessária a conjugação de três fatores: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação.

A decisão de amamentar é complexa e resulta da conjugação de fatores individuais, estruturais e contextuais (Rollins et al., 2016 referidos por Silva, 2021), sendo uma decisão pessoal que advém da socialização da mulher (UNICEF, 2012), visto que, mesmo durante a gravidez, a decisão de amamentar é influenciada pelas experiências, positivas ou negativas, de outras mulheres familiares, amigas ou conhecidas; crenças sobre a qualidade do leite; entre outros.

Por outro lado, para o estabelecimento da lactação são essenciais os cuidados prestados na gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, tendo para isso sido criadas as 10 medidas da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (UNICEF, 2012). O contacto pele-a-pele após o nascimento e o amamentar na 1ª hora de vida são fatores essenciais para o estabelecimento da lactação. Contudo, sabe-se que as complicações decorrentes da amamentação, como o ingurgitamento mamário, as fissuras, mamilos doridos, má progressão ponderal do bebé e o cansaço emocional e físico da mãe, podem contribuir negativamente para o estabelecimento da lactação (Silva, 2021).

Deste modo, o suporte na amamentação reveste-se de especial importância principalmente após a alta da maternidade, reunindo fatores como o apoio familiar, social, de saúde (UNICEF, 2012)

e as condicionantes relacionadas com a situação profissional da mulher (tipo de trabalho, vínculo profissional, ambiente laboral, etc.) (Silva, 2021). Sousa et al. (2018) citados por Silva (2021) acrescentam ainda como motivos que dificultam a amamentação, particularmente em contextos sociais urbanos, a ausência de famílias alargadas e de redes sociais de suporte, as práticas profissionais desadequadas, o recurso a chupetas ou mamilos de silicone e o regresso da mulher ao trabalho.

É neste âmbito que o papel dos EEESMO se torna fundamental, nomeadamente através de estratégias como o "Cantinho de Amamentação".

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO/PROBLEMA

Com a pandemia Covid-19, o Cantinho de Amamentação existente na [redacted], ficou limitada ao atendimento telefónico, colocando as puérperas as suas questões por este meio.

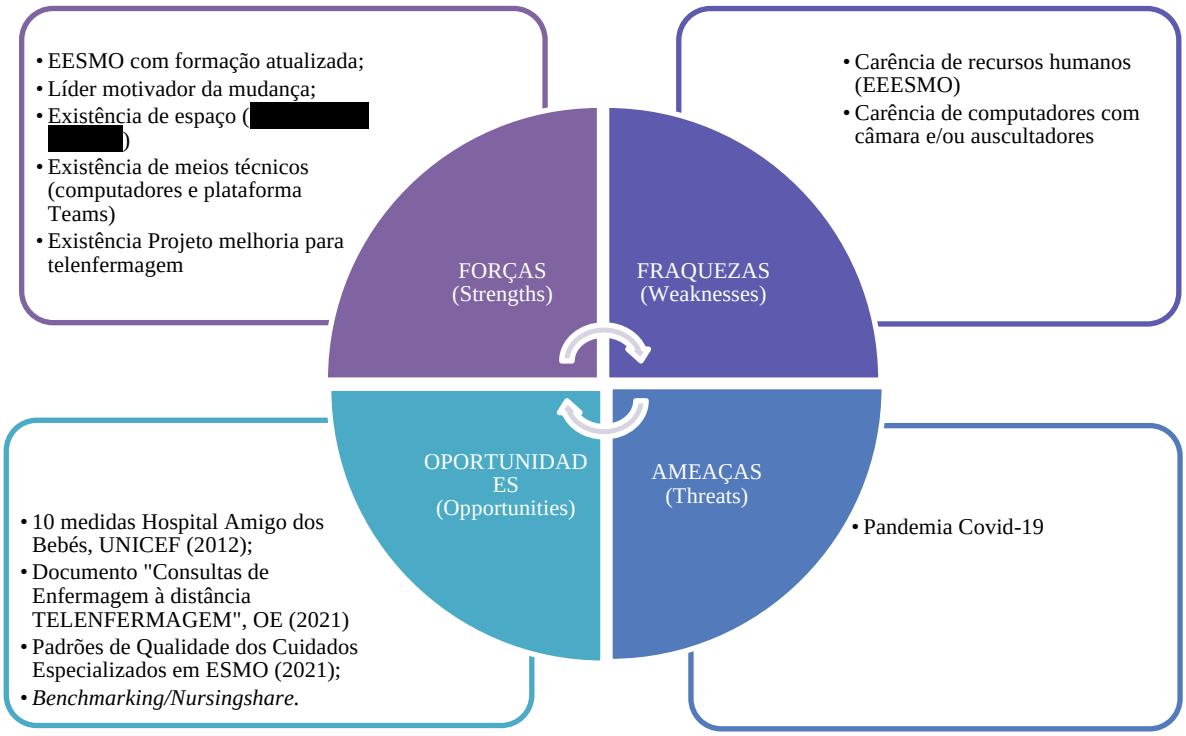
Contudo, tendo por base a contextualização teórica anterior e sabendo que, não só as altas pós-parto são cada vez mais precoces (maioritariamente antes de ocorrer a "subida de leite", o que reduz o tempo para ensinos e identificação de problemas), mas também a falta de suporte existente nos cuidados de saúde primários (muitas famílias não têm médico e/ou enfermeiro de família atribuído, por ex.), acrescentando a tudo isto o contexto pandémico que muitas vezes desmotivou os utentes a procurar cuidados de saúde, surgiu a seguinte questão: "poderá a existência de uma consulta de Cantinho de Amamentação favorecer a manutenção da amamentação?". Para tal recorreu-se à ferramenta SWOT para facilitar o diagnóstico de situação.

Segundo Albuquerque, Brasil, Silva, Cruz e Costa (2017), a análise SWOT, ou em português, FOFA (Strengths = Forças, Weaknesses = Fraquezas, Opportunities = Oportunidades e Threats = Ameaças) permite verificar os ambientes internos e externos de uma organização, comparando os recursos existentes, ou a falta deles, com o que existe externamente, ou seja, permite compreender os ambientes em que a organização se encontra inserida (Fernandes, 2012). Neste sentido: Força é uma "condição interna, atual ou potencial, capaz de auxiliar substancialmente e por longo tempo o desempenho da organização" (p. 59), podendo ser usada para influenciar o ambiente externo, tal como: a qualificação da força de trabalho, a qualidade dos procedimentos ou produtos, entre outros; Fraqueza é uma "condição interna, atual ou potencial, com capacidade para dificultar substancialmente o desempenho organizacional" (p. 59), podendo ser revertida ou atenuada. Os exemplos poderão ser exatamente os mesmos que para as forças, se observados numa perspetiva contrária; Oportunidade é uma "situação externa, atual ou potencial, que, se for adequadamente aproveitada, pode contribuir, em grau relevante

e por longo tempo, para o alcance dos objetivos ou para a melhoria do desempenho do negócio" (p. 60), tal como: legislação rigorosa e aquisição de competidores fragilizados; Ameaça é uma "situação atual ou potencial, presente no ambiente externo, que, se não for adequadamente rechaçada ou mantida à distância segura, pode prejudicar, em grau relevante e por longo tempo, o alcance de objetivos ou o desempenho do negócio" (p. 60), tal como: legislação rigorosa ou sua alteração e instabilidade institucional (Fernandes, 2012).

O diagrama 1 resume a análise SWOT realizada.

Diagrama 1: Análise SWOT "Cantinho de Amamentação"



Fonte: Soares (2022)

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO

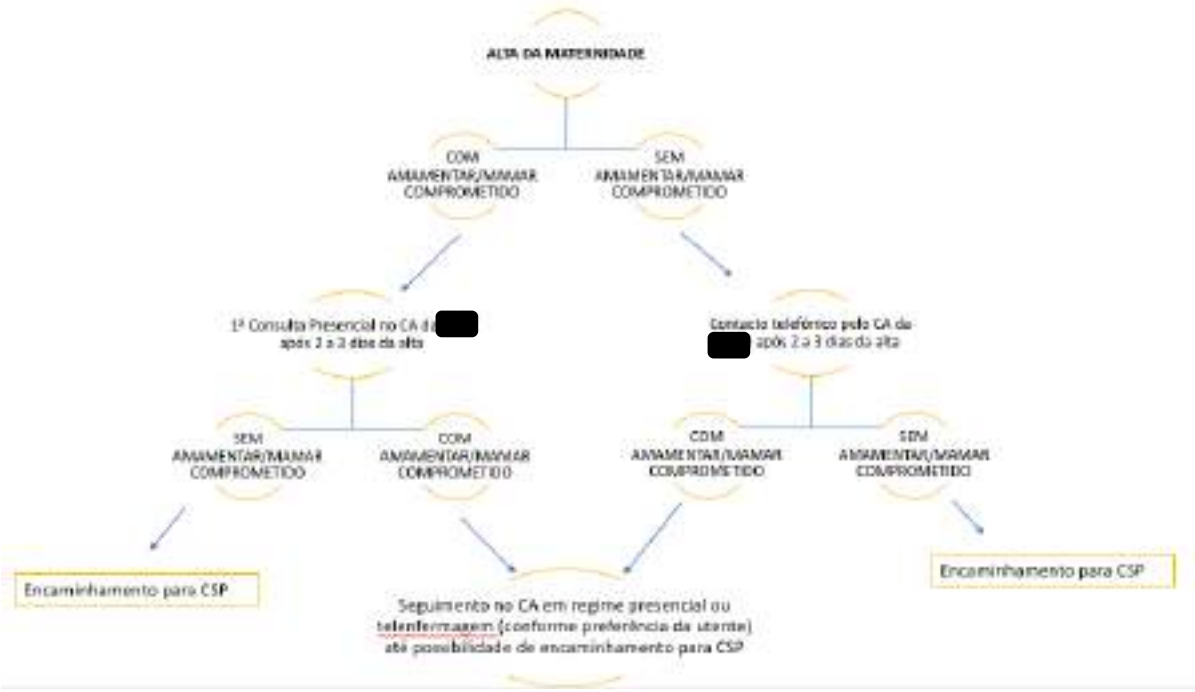
Após a aplicação da ferramenta de análise SWOT, torna-se essencial trabalhar na implementação de uma mudança assertiva, coerente e transformadora.

Deste modo, idealizou-se uma proposta de implementação futura, onde se retome não só o atendimento presencial, essencial para identificação de algumas situações-problema, mas também inclui a sugestão de implementação de consultas via online.

Salvaguarda-se que esta proposta não pretende eliminar o trabalho já realizado, ou seja, pretende-se que seja mantido o recurso ao Cantinho de Amamentação, 24 horas por dia, por contacto telefónico, acrescentando apenas a modalidade que a seguir se descreverá.

Assim, propõe-se a implementação de uma nova modalidade no Cantinho de Amamentação da [redacted], com base no seguinte fluxograma de decisão, tendo em conta dois focos essenciais na atenção dos EEESMO ao nível da amamentação: “Amamentar comprometido” (referente à puérpera) e/ou “Mamar comprometido” (referente ao RN):

Fig. 1 – Fluxograma de decisão para Consulta de Cantinho de Amamentação



[redacted]

Ou seja, todas as puérperas no momento da alta ficariam com uma das duas modalidades marcada: ou consulta presencial, sempre que o amamentar ou mamar se encontre comprometido; ou se não se encontrar comprometido, haveria um contacto telefónico por parte dos enfermeiros que se encontram no Cantinho de Amamentação, no sentido de identificar necessidades ou dificuldades que possam ter surgido após a alta.

A proposta seria que, pelo menos, duas a três vezes por semana (dias úteis) existisse uma consulta (a decorrer no horário entre as 9h e as 15h, por exemplo), realizada por uma EEESMO. Neste horário, a EEESMO iria gerir os horários consoante o número de consultas agendadas e sua modalidade (presencial/online/telefónico).

Esta consulta deve respeitar as etapas do processo de enfermagem (colheita de dados, formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções, execução/implementação de intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados obtidos) (OE, 2021), sendo igualmente uma oportunidade para o EEESMO “encaminhar a pessoa, orientando-a para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promovendo

a intervenção de outros profissionais de saúde, quando o(s) problema(s) identificado(s) não possa(m) ser resolvido(s) por si só" (OE, 2021, p. 7).

Após esse primeiro contacto, e consoante as necessidades identificadas, o seguimento poderá manter-se nas consultas de Cantinho de Amamentação (até que se justifique) ou encaminhar para os cuidados de saúde primários.

As consultas posteriores poderão ser em regime presencial ou teleconsulta, tendo em conta: a disponibilidade do serviço, o problema/necessidade identificado e ainda a preferência da utente.

De acordo com a OMS "a teleconsulta consiste na prestação de serviços de saúde à distância, por meio de tecnologias da informação e da comunicação, em que o profissional de saúde e o utente não estão presentes fisicamente no mesmo local" (OE, 2021, p. 8). Ainda assim, existem dois conceitos a distinguir nesta área: a telemedicina (práticas de atos médicos) e a telessaúde a qual engloba não só a telenfermagem, mas também a telemonitorização por outros profissionais de saúde (OE, 2021).

Deste modo, a teleconsulta de enfermagem permite a consulta sem a necessidade de deslocação à instituição de saúde, apresentando-se como um recurso que "promove a acessibilidade aos cuidados, reduz as barreiras decorrentes de momentos ou contextos de isolamento, e, ainda, minimiza os efeitos da distância geográfica, factores socioeconómicos inerentes às deslocações" (OE, 2021, p. 8).

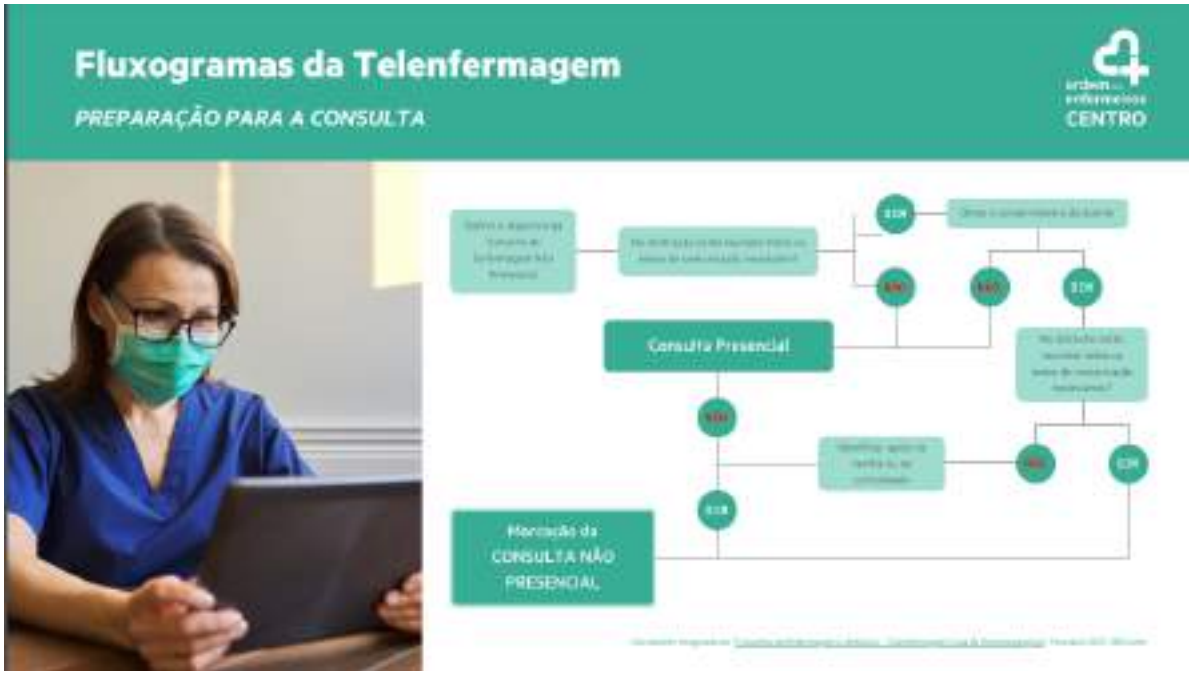
Contudo, segundo a OE (2021), a modalidade de telenfermagem só deve ser realizada se estiverem garantidas as condições de qualidade e segurança sobreponíveis a uma consulta presencial, sendo apenas concretizada se o profissional possuir uma ideia clara e fundamentada da situação clínica, pelo que não devem substituir avaliações presenciais entendidas como fundamentais pelo enfermeiro e/ou utente.

Neste sentido, segundo a OE (2021) é necessário obter o consentimento informado por escrito sempre que haja gravação dos utentes em suporte audiovisual e "quando se pratiquem quaisquer actos próprios da medicina ou enfermagem por via telemática: teleconsulta, tele rastreio, telemonitorização, telerradiologia e telecirurgia" (p. 15).

Em suma, após a primeira consulta presencial, e se necessária a continuidade das mesmas por teleconsulta, a utente deverá assinar o consentimento informado para a sua realização, onde aceita não só que a consulta seja realizada nesse modelo, mas também a possibilidade de ser gravada, por necessidade diagnóstica por exemplo.

Para facilitar a decisão pela teleconsulta, a OE (2021) elaborou dois fluxogramas essenciais: um para a preparação da consulta e outro para a decisão durante a consulta, os quais se apresentam de seguida.

Fig. 2 – Fluxograma Telenfermagem – Preparação da Consulta



Fonte: OE (2021)

Fig. 3 – Fluxograma Telenfermagem – Durante a Consulta

Fonte: OE (2021)

Propõe-se igualmente que exista algum material de apoio que as mulheres/casais possam consultar em caso de dúvida, nomeadamente através de uma plataforma online (por exemplo no site do [redacted], existir uma pasta relativa ao Cantinho de Amamentação, onde os pais possam consultar informações como extração e conservação de leite materno, prevenção de ingurgitamento mamário e/ou fissuras, sinais de pega correta do bebé, entre outras) as quais poderão ser acedidas através de um código QRcode, que pode estar acessível não só no Cantinho de Amamentação, mas também num local do serviço de Puerpério (a definir), aquando do internamento.

Por fim, é essencial que, independentemente do meio pelo qual é realizada a consulta, os EEESMO realizem os registos no SClinico de modo a que, não só fiquem registadas as intervenções realizadas, como também possibilite a monitorização de indicadores relevantes para a prática, tais como os "ganhos em conhecimento sobre amamentação" ou a "taxa de aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses" ou a "taxa de efectividade na prevenção do ingurgitamento mamário", entre outros, como definido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021).

NOTAS FINAIS

A atualização contínua de conhecimentos, e a sua transposição para a prática clínica, torna os EEESMO profissionais de referência para as utentes que cuida, promovendo de forma constante a acessibilidade aos cuidados, a satisfação das utentes, os ganhos em saúde, a autonomia profissional e a implicação esclarecida das utentes na sua saúde e nas decisões sobre os cuidados a lhe serem prestados.

Deste modo, a proposta de implementação deste projeto de melhoria pretende dar visibilidade à intervenção autónoma do enfermeiro, quer internamente para a equipa, quer externamente para as parturientes/casais, instituição e SNS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, J., Brasil, B., Silva, G., Cruz, A., & Costa, M. (2017). Utilização da Análise SWOT para a Elaboração da Estratégia Mercadológica. *Revista Maiêutica*, *5*(1), 221–234.

Direção-Geral da Saúde (2014). *Registo do aleitamento materno*. Consultado em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013-pdf.aspx

Fernandes, D. (2012). Uma Visão Sobre a Análise da Matriz SWOT como Ferramenta para Elaboração da Estratégia. *UNOPAR Cient., Ciênc. Juríd. Empres.*, *13*(2), 57–68.

Galvão, D., & Silva, E. (2020). Amamentação e Covid-19: contributos para práticas seguras. *Millenium* 2(5), 161-168.

Mota, N.; Melleiro, M.; & Tronchin, D. (2007). A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. *Rev. Adm. Saúde*, 9 (34), pp. 9-15. Recuperado de https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-471460

Ordem dos Enfermeiros (2021). Consultas de Enfermagem à distância TELENFERMAGEM: Guia de Recomendações. Consulta em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guia-telenfermagem_final.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2021). Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021: Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem. Consulta em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Consulta em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Silva, D. (2021). *O aleitamento materno em mulheres trabalhadoras: contributos para a intervenção do enfermeiro de família*. (Tese de Mestrado). Consultado em https://ria.ua.pt/bitstream/10773/32141/1/Documento_Diana_Silva.pdf

UNICEF (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Consultado em https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf

APÊNDICE III

Trabalho “HPV: que intervenção como EEESMO’s?”

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

X CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

SARA FILIPA AMARAL SOARES

HPV: QUE INTERVENÇÃO COMO EESMO's?

Coimbra, 2022

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

X CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

SARA FILIPA AMARAL SOARES

HPV: QUE INTERVENÇÃO COMO EESMO's?

Documento elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sob orientação pedagógica da Exma. Sr.ª Prof.ª [redacted] e orientação tutorial da Exma. Sr.ª EEESMO [redacted]

Coimbra, 2022

LISTA DE SIGLAS

CCU – Cancro do colo do útero

CO – Contraceção oral

DGS – Direção-Geral de Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

HPV – Vírus do papilloma humano

LPCC – Liga Portuguesa contra o Cancro

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNDO – Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

PNV – Programa Nacional de Vacinação

SIP – Sociedade de Infeciologia Pediátrica

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

VIH – Virus da Imunodeficiência Adquirida

INDICE DE FIGURAS

Fig. 1 – Esquema vacinal da Gardasil®9 20

Fig. 2 - Evolução do número de mulheres convidadas e rastreadas entre 2009-2014.... 23

Fig. 3 - Características do rastreio de cancro do colo do útero de base populacional.... 24

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 11

1 - VIRUS DO PAPILOMA HUMANO 13

2 - CANCRO DO COLO DO ÚTERO 15

2.1. – FATORES DE RISCO 15

2.2. – SINAIS E SINTOMAS 16

2.3. – PREVENÇÃO 18

2.3.1. - Vacinação 19

2.3.2. – Rastreio do Cancro do Colo do Útero 21

3 - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DOS EEESMO 25

CONCLUSÃO 27

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 29

INTRODUÇÃO

O cancro do colo do útero (CCU) resulta de uma infeção crónica e persistente causada pelo vírus do papiloma humano (HPV) (Ramalho, 2018).

"*Cervical cancer is a leading cause of mortality among women. In 2020, an estimated 604 000 women were diagnosed with cervical cancer worldwide and about 342 000 women died from the disease*" (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2021, p. viii).

Neste sentido, é essencial a promoção da saúde da mulher, fomentando a prevenção da infeção pelo HPV, nomeadamente através da vacinação e dos rastreios.

Assim, no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Bloco A, inserida no 2º ano do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sob orientação pedagógica da Exma. Sr.ª Prof.ª [redacted] e orientação tutorial da Exma. Sr.ª Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) [redacted], surgiu a proposta de realização de uma pesquisa e enquadramento teórico acerca do HPV, procurando compreender a importância e a intervenção esperada do EEESMO na prevenção do CCU.

Os objetivos deste trabalho são aprofundar conhecimentos acerca do HPV e sua influência no desenvolvimento de CCU; conhecer os fatores de risco, sinais e sintomas e os níveis de prevenção do CCU; e, por fim, refletir acerca da intervenção do EEESMO na prevenção do CCU.

O documento encontra-se organizado em três partes: introdução, contextualização teórica da temática, e conclusão.

1 - VIRUS DO PAPILOMA HUMANO

De acordo com a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) (2022) estão atualmente identificados mais de 120 tipos diferentes de HPV, dos quais 40 atingem preferencialmente a região genital (vulva, vagina, colo do útero, pénis e ânus) (Direção-Geral de Saúde (DGS), 2008; LPCC, 2022), resultando a transmissão do HPV essencialmente de atividade sexual (incluindo o contacto orogenital e contacto direto entre pele e mucosas) (Ramalho, 2018), mas também por via vertical (no momento do parto) (DGS, 2008).

O HPV consiste num vírus "cujo genoma é constituído por DNA circular de cadeia dupla contendo cerca de 8000 pares de bases e com uma cápside icosaédrica composta por duas moléculas proteicas, L1 e L2" (Muñoz et al, 2003 citado pela DGS, 2008, p. 1), caracterizando-se por ser um vírus, em que os seus genes conseguem manipular o ciclo celular do hospedeiro, promovendo a sua persistência e replicação. Por esse motivo, pode instalar-se nas células da superfície do colo do útero, podendo aí permanecer anos sem provocar doença, ou pelo contrário, danificar as células do corpo uterino, originando lesões pré-cancerígenas, com consequente desenvolvimento de cancro (Ramalho, 2018).

Deste modo, consoante o seu potencial oncogénico, os HPV podem ser classificados como vírus de "baixo risco" ou de "alto risco". Os HPV de alto risco englobam os tipos 16 e 18, sendo estes responsáveis por cerca de 75% das lesões mais graves (cancerosas); no que se refere aos HPV de baixo risco, estes incluem os tipos 6 e 11, os quais são responsáveis pela maioria das doenças benignas causadas pelo HPV, como são exemplo os condilomas e as verrugas genitais (DGS, 2008; LPCC, 2022). A DGS (2008) acrescenta ainda que os tipos 6 e 11 estão também associados a 80 a 90% dos casos de papilomatose respiratória recorrente, que apesar de ser uma doença muito rara, apresenta elevada morbilidade.

Deste modo, é essencial considerar que, conforme referido pela LPCC (2022), "estima-se que 75 a 80% das pessoas sexualmente ativas, tenham contacto com o vírus em alguma altura das suas vidas", sendo por isso um problema de saúde a que, como profissionais de saúde, devemos dedicar grande atenção.

2 - CANCRO DO COLO DO ÚTERO

O CCU resulta de uma infeção crónica e persistente do colo do útero pelo HPV, sendo o tumor maligno que mais afeta o sistema reprodutor feminino. A nível mundial é o quarto tipo de cancro mais comum nas mulheres (Ramalho, 2018), e em Portugal, segundo a DGS (2015) citada por Ramalho (2018), é o segundo tumor ginecológico mais frequente nas mulheres abaixo dos 50 anos.

Segundo a LPCC (2022), o HPV é hoje considerado o 2º fator carcinogénico mais significativo, a seguir ao tabaco.

2.1. – FATORES DE RISCO

A infeção por HPV é o fator de risco principal no desenvolvimento do CCU. Contudo, segundo Ramalho (2018), outros fatores de risco podem potenciá-lo, tais como:

- estado imunológico: mulheres com outras infeções ou patologias associadas, tais como positividade para o vírus da imunodeficiência adquirida humana (VIH) ou a toma de medicação imunossupressora por doença autoimune, os quais enfraquecem o sistema imunitário, diminuindo a capacidade do organismo de combater infeções, o que aumenta o risco de desenvolver infeções por HPV e, consequentemente, cancro;
- co-infeção com outros agentes sexualmente transmissíveis, como é exemplo a Clamídia;
- número de partos: mulheres que tenham tido 3 ou mais gravidezes de termo apresentam risco aumentado de desenvolver CCU, podendo relacionar-se ao facto de, para engravidar, terem tido relações desprotegidas, expondo-se mais ao HPV e, também porque as alterações hormonais associadas à gravidez aumentam a suscetibilidade da mulher à infeção por HPV e ao desenvolvimento do cancro;
- idade do primeiro parto: estudos indicam que ser mãe antes dos 17 anos duplica o risco de desenvolver CCU, comparativamente a mulheres que engravidam após os 25 anos;

- tabaco: fumar aumenta 2 a 3 vezes o risco de desenvolver CCU, além de que, torna o sistema imunitário menos eficiente no combate às infeções por HPV;
- uso de contraceção oral (CO) há mais de cinco anos: o risco de CCU aumenta consoante o tempo de uso de CO, contudo reduz com a suspensão da toma, regressando ao normal 10 anos depois da mesma;
- atividade sexual: sendo o HPV transmitido por contacto sexual, o início precoce da atividade sexual, o número de parceiros sexuais e as relações sexuais desprotegidas aumentam o risco de CCU;
- história familiar: associada a fatores genéticos que impossibilitem ou dificultem o sistema imunológico de suprimir ou eliminar a infeção pelo HPV.

Dias, Carvalho, Alves, Caldeira e Teixeira (2021) acrescentam ainda as condições socioeconómicas e a higiene íntima inadequada, como possíveis fatores de risco.

É fundamental ainda considerar que a existência de um ou mais fatores não implica a ocorrência da doença, contudo aumenta a hipótese de desenvolver CCU (Ramalho, 2018).

2.2. – SINAIS E SINTOMAS

O HPV afeta quer homens quer mulheres. Na maioria dos casos, "a infeção provocada pelo HPV desaparece espontaneamente ao fim de 1 a 2 anos. Nos casos em que o HPV não é eliminado, a infeção pode progredir para doença", não sendo possível prever quem desenvolve a doença, estando muitas vezes relacionado com o tipo de vírus infetante e com as defesas naturais de cada mulher (LPCC, 2022).

Segundo a DGS (2008), a infeção persistente por HPV tem um período de latência prolongado (20 anos ou mais entre o início da infeção e o desenvolvimento de lesões de alto grau e de cancro invasivo), apresentando várias fases evolutivas, situando-se a maior incidência da doença nas mulheres entre os 45 e os 55 anos.

Assim, pode afirmar-se que as fases iniciais do CCU são assintomáticas, expandindo-se o tumor de modo gradual, podendo aí manifestar sintomas como coitorragias ou corrimento abundante (com ou sem sangue), mas de cheiro intenso, seguidas de hemorragias espontâneas. Posteriormente, poderão surgir dores e outras alterações, conforme as estruturas atingidas (LPCC, 2022).

Além do CCU, o HPV é responsável ainda por:

- 84% dos cancros do ânus: as lesões iniciais podem ser assintomáticas, ou poderá surgir prurido ou ardor, dor, hemorragia e, em estádios mais avançados, incontinência fecal; a existência do tumor pode ser visível conforme as suas dimensões;
- 70% dos cancros da vagina: sendo a sintomatologia idêntica à do CCU;
- 47% dos cancros do pénis: manifestado por lesão cutânea no pénis (que pode ou não relacionar-se com o HPV), pelo que deve vigiar-se caso surja uma área da pele que mudou de cor ou se tornou mais espessa, um nódulo duro ou uma ferida/úlcera persistente, sugestiva de tumor maligno;
- 40% dos cancros da vulva: raramente são assintomáticos, sendo o sinal mais característico o prurido vulvar crónico, bem como deve ser vigiada a presença de lesões brancas, avermelhadas ou com pigmento escuro;
- 99% dos condilomas e verrugas genitais: nos casos mais simples, são lesões tipo verrugas, externas, pequenas, que numa fase inicial podem não ser facilmente detetadas, evoluindo e disseminando-se progressivamente, podendo ocupar toda a área genital. As verrugas genitais ou condilomas acuminados são lesões de transmissão sexual, resultando em 90% dos casos da infeção pelos tipos 6 e 11 do HPV. Podem surgir em homens e mulheres, em todas as áreas de contacto sexual: na mulher na vulva e região anal (mais frequentemente), mas também na vagina e colo do útero; no homem heterossexual é mais frequente na glande, mas pode localizar-se na uretra, pele do pénis ou escroto e circundante; nos homens homossexuais surge habitualmente na zona genital e canal anal. São lesões benignas, que podem desaparecer sem tratamento, contudo podem evoluir com rapidez, intensificando-se em número e volume (LPCC, 2022).

Como referido anteriormente, outra patologia que pode decorrer do contacto com o HPV é a papilomatose respiratória, que não sendo uma situação fatal, se reveste de grande morbilidade, apesar de ser muito rara. É transmitida aquando da passagem do feto pelo canal de parto, ficando latente por um período variável. Deste modo, pode manifestar-se ainda na infância ou na adolescência, através de crises dispneicas recorrentes que resultam da formação de condilomas no trato respiratório superior, principalmente na laringe. A papilomatose respiratória recorrente pode surgir ainda, com menor frequência, no adulto (DGS, 2008).

2.3. – PREVENÇÃO

Considerando as características da infeção por HPV, e consequentemente, do CCU, ou seja, o seu caráter assintomático, é essencial conhecer as suas formas de prevenção, com vista a minimizar o impacto deste na saúde das mulheres.

Segundo Ramalho (2018) a prevenção do CCU integra estratégias como a adoção de estilos de vida saudáveis, o uso de preservativo nas relações sexuais, a vacinação com a vacina contra o HPV e a realização de rastreio ginecológico, procurando despistar lesões pré-malignas.

Deste modo, é fundamental considerar os três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

No que se refere à prevenção primária é essencial prevenir a infeção por HPV e os fatores que potenciam o risco de CCU, através de programas apropriados que fomentem comportamentos saudáveis, e através da vacinação (DGS, 2008).

Ao nível da prevenção secundária, é relevante a deteção precoce de lesões pré-malignas, através de programas de rastreio e colaboração efetiva dos diferentes níveis de cuidados (DGS, 2008).

A nível da prevenção terciária salienta-se o diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, através do acompanhamento das mulheres com rastreio positivo (assegurando o diagnóstico e a conveniente gestão da doença), tratamento de lesões pré-malignas (com vista a prevenir o desenvolvimento do cancro) e do cancro invasivo (através de cirurgia, radioterapia e quimioterapia), tratamento sintomático para a dor e outros sintomas associados ao cancro e aos efeitos secundários da medicação, cuidados humanizados e apoio psicológico, e o envolvimento da família e da comunidade no acompanhamento destes doentes (DGS, 2008).

De seguida, focar-se-ão, mais em pormenor, duas estratégias relevantes para a prática de Enfermagem nos cuidados de saúde primários, ao nível da prevenção: a vacinação e os rastreios.

2.3.1. - Vacinação

A vacinação, incluída na prevenção primária, procura diminuir a incidência da doença a longo prazo, prevenindo a sua ocorrência, sendo a estratégia com melhor custo-benefício no controlo do CCU (Ramalho, 2018).

De acordo com a Comissão Europeia e a LPCC (2022) estão aprovadas 3 vacinas contra o HPV, na Europa:

1. Vacina **bivalente** que protege contra os tipos de HPV **16** e **18 (Cervarix®)**
2. Vacina **quadrivalente/tetravalente** que protege contra os tipos de HPV **6, 11, 16** e **18 (Gardasil®)**
3. Vacina **nonavalente** que protege contra 9 tipos de HPV (**6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58**) **(Gardasil®9)**

As vacinas contra infeções por HPV foram comercializadas em Portugal em 2006 e 2007. A vacina bivalente e a tetravalente são recomendadas para a prevenção de lesões pré-malignas do colo do útero, da vulva e da vagina, e de CCU. A vacina tetravalente está ainda aconselhada na prevenção de verrugas genitais/condilomas (DGS, 2014).

Os 7 tipos oncogénicos da vacina nonavalente (HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58) são os responsáveis pelo maior número de casos de CCU, associados ao HPV, na Europa, tendo um estudo realizado em Portugal demonstrado que 97% dos casos de CCU, estão associados a estes 7 tipos de HPV, sendo neste momento, a vacina disponível em Portugal (LPCC, 2022).

Assim, no âmbito da prevenção, em Outubro de 2008, a vacina tetravalente foi introduzida no Programa Nacional de Vacinação (PNV) para jovens com 13 anos de idade, nascidas a partir de 1995. A partir do dia 1 de Outubro de 2014, a vacinação universal de rotina no âmbito do PNV com a vacina HPV, recomenda-se às meninas dos 10 aos 13 anos de idade (inclusive), podendo ser iniciada até aos 18 anos de idade (exclusive) e completada até aos 25 anos de idade (inclusive) (Norma 016/2014, DGS). A faixa etária escolhida para a vacinação relaciona-se com o fato de ainda não terem iniciado atividade sexual, ou seja, antes da exposição ao HPV, aumentando assim a proteção futura (Ramalho, 2018; Sociedade de Infeciologia Pediátrica-Sociedade Portuguesa de Pediatria (SIP-SPP), 2020). Contudo, considerando o elevado risco de

reinfeção, poderá existir benefício na vacinação de indivíduos previamente infetados (SIP-SPP, 2020).

Além disso, estimando-se que, em Portugal, cerca de 20% das mulheres entre os 18 e os 64 anos possam estar infetadas com um ou mais tipos de HPV, a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG), recomenda ainda a vacinação das mulheres até aos 45 anos de idade, de acordo com indicação médica (LPCC, 2022).

A administração da vacina é por via intramuscular, de acordo com o esquema vacinal apresentado na figura 1.

Grupo etário	Número doses recomendadas	Esquema recomendado	Intervalo mínimo entre as doses
9 - 14 anos	2 doses	0, 5 - 13 meses	5 meses
	Esquema alternativo de 3 doses, se 2a dose com intervalo < 5 meses após a 1a dose	0, 2, 6 meses	1 mês entre a 1a e a 2a dose
≥ 15 anos	Esquema de 3 doses	0, 2, 6 meses	3 meses entre a 2a e a 3a dose

Fig. 1 – Esquema vacinal da Gardasil®9

Fonte: https://www.spp.pt/UserFiles/file/Seccao_Infecciologia/recomendacoes%20vacinas_sip_final_28set_2.pdf

As vacinas contra o HPV são imunogénicas e eficazes, apresentando um bom perfil de segurança e tolerabilidade, sendo as reações mais comuns a dor ligeira e o eritema, no local da injeção, não existindo reações adversas graves documentadas (SIP-SPP, 2020).

Desde Outubro de 2020, os rapazes foram igualmente contemplados no PNV para vacinação com a vacina contra o HPV (LPCC, 2022; Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (PNDO), 2022).

Facilmente se compreende a pertinência desta medida, tendo em conta que os fatores de risco para infeção (abordados anteriormente), a prevalência de infeção genital e as taxas de verrugas genitais são semelhantes em ambos os sexos. Estudos demonstram ainda que, apesar de ocorrerem com menor frequência do que o CCU, os homens poderão desenvolver cancros do ânus, pénis, cabeça e pescoço, e neoplasias intraepiteliais do pénis e ânus, relacionados com o HPV, bem como condilomas genitais (SIP-SPP, 2020).

A SIP-SPP (2020) acrescenta ainda que, “não existem rastreios implementados para a prevenção de cancro associado ao HPV no sexo masculino, a taxa de seroconversão é baixa e as infeções recorrentes são frequentes pelo que a forma de reduzir individualmente o risco de doença, para além da proteção indireta, é através da vacinação” (p. 35).

Em conclusão, e segundo a SIP-SPP (2020), tem-se verificado, ao longo dos anos, taxas de cobertura vacinal superiores a 85% para as várias coortes abrangidas, tendo Portugal atualmente a maior taxa da Europa, rondando os 94% (SPG, 2017), pelo que será expectável uma diminuição importante na incidência de infeção pelos tipos de HPV vacinais, nas verrugas genitais e em todos os graus de lesões pré-cancerosas do colo do útero entre as coortes vacinadas, bem como imunidade de grupo, o que demonstrará grande impacto futuro sobre o CCU e outros relacionados com o HPV.

Contudo, os mesmos autores alertam que, apesar de os rapazes beneficiarem de uma imunidade de grupo mantida por uma boa cobertura vacinal das raparigas, numa era de globalização onde ocorre circulação constante entre países, o contacto sexual com raparigas de zonas de baixa cobertura vacinal ou onde a vacina não é administrada, pode colocar os rapazes não vacinados em risco. Por outro lado, os homens que têm sexo com homens não beneficiam, de modo relevante, de uma vacina incluída no PNV dirigida apenas ao género feminino.

Chambel (2020) reforça ainda que, “não existe nenhuma vacina que confira proteção contra todos os genótipos do HPV, pelo que em momento algum a vacinação excusa a necessidade de medidas informativas e realização do rastreio do cancro do colo do útero” (p. 440).

2.3.2. – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

Como referido anteriormente, as infeções e lesões pré-malignas causadas pelo HPV são na sua maioria, assintomáticas, pelo que os programas de rastreio se revestem de crucial importância.

De acordo com Ramalho (2018), existem dois tipos de rastreio: o populacional organizado, no qual as mulheres são convocadas a realizar o rastreio; e o oportunista,

quando a utente recorre aos serviços de saúde por outro motivo, e se aproveita o momento para sugerir a realização do rastreio (caso seja elegível e este não esteja atualizado).

Deste modo, em Portugal, e de acordo com o Despacho n.º 8254/2017, de 21 de setembro, publicado no Diário da República n.º 183/2017,

> O programa de rastreio do cancro do colo do útero destina-se à população do sexo feminino com idade igual ou superior a 25 anos e igual ou inferior a 60 anos, obedecendo aos seguintes critérios técnicos:
>
> a) Os critérios de exclusão definitiva do programa são a realização prévia de histerectomia total ou o diagnóstico de cancro do colo do útero;
>
> b) Os critérios de exclusão temporária do programa são a presença de sinais ou sintomas ginecológicos;
>
> c) O teste primário é a pesquisa de ácidos nucleicos, dos serotipos oncogénicos, do vírus do papiloma humano (HPV), em citologia vaginal, a realizar de 5 em 5 anos;
>
> d) Nos casos em que a pesquisa for positiva para os serotipos 16 e 18, as utentes devem ser encaminhadas para consulta de patologia cervical;
>
> e) Nos casos positivos para os restantes serotipos oncogénicos, deve ser realizada citologia, sendo que as utentes com presença de células atípicas escamosas de significado indeterminado ou de alto grau, que apresentem células atípicas glandulares, bem como as que apresentem lesão intra-epitelial de baixo ou alto grau, devem ser referenciadas para consulta de patologia cervical;
>
> f) As utentes que tiverem citologia negativa, com teste prévio positivo para o HPV, devem repetir a colheita no prazo de um ano (p. 20789).

Também a OMS (2021) emanou um documento que orienta as práticas no âmbito dos rastreios do cancro do colo do útero – "WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition".

De acordo com a SPG (2014), os métodos de rastreio englobam a citologia convencional, a citologia em meio líquido e o teste de HPV, ou a associação dos dois últimos.

Contudo, segundo a DGS (2008) o rastreio apresenta algumas limitações, visto que depende, entre outros fatores, "do método utilizado, da qualidade da amostra, da técnica

de colheita e da capacidade de interpretação dos técnicos responsáveis pela observação das amostras" (p. 10). Ainda assim, as condicionantes do rastreio citológico são menos expressivas na técnica de citologia em meio líquido (ThinPrep), tendo as células centrifugadas melhor distribuição em lâmina, facilitando e melhorando a qualidade da leitura, o que oferece maior sensibilidade e especificidade ao teste. Além disso, a citologia de meio líquido, permite ainda utilizar a amostra residual para testes complementares, como a tipificação do HPV, sem necessidade de uma nova colheita.

Em suma, segundo Carvalho (2016) nos países em que foi instituído o rastreio citológico (teste do Papanicolau) verificou-se uma diminuição da incidência de cancro para metade. Por este motivo, facilmente se depreende que, nos países desenvolvidos, a maioria dos casos deste tipo de cancro se deva a falhas nos rastreios ou a ausência de seguimento de citologias com alteração (Carvalho, 2016).

Nas figuras 2 e 3, apresentam-se os dados da DGS (2014) sobre a evolução do rastreio do CCU em Portugal.

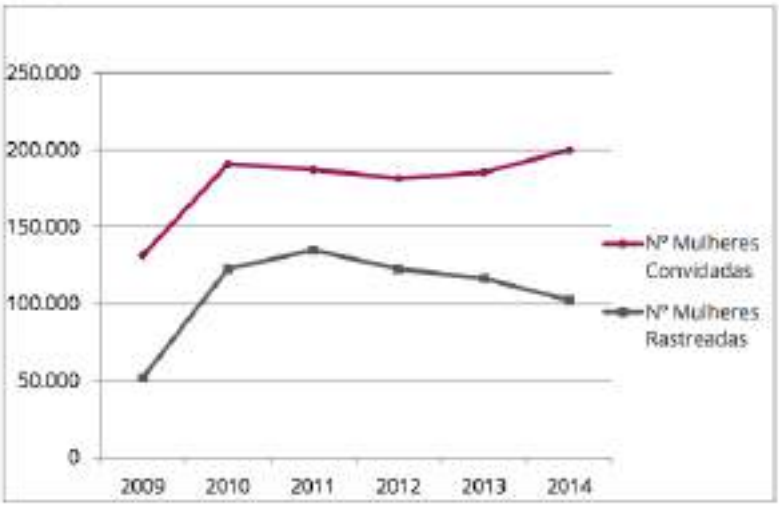


Fig. 2 - Evolução do número de mulheres convidadas e rastreadas entre 2009-2014

Fonte: https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/avaliacao-e-monitorizacao-dos-rastreios-oncologicos-organizados-de-base-populacional-de-portugal-continental-pdf.aspx

	ARS Norte	ARS Centro	ARSLVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Teste Rastreio	Citologia Meio Líquido Teste HPV	Citologia Convencional (Papanicolau)	-	Citologia Meio Líquido Teste HPV	Citologia Meio Líquido Teste HPV
População Alvo	Mulheres 25 e 60 anos	Mulheres 25 e 64 anos	-	Mulheres 25 e 65 anos	Mulheres 25 e 64 anos
Periodicidade	5 em 5 anos	3 em 3 anos	-	3 em 3 anos*	3 em 3 anos
Data de Início do Programa	2009	1990	-	2008	2010
Entidade executora Rastreio	ARS Norte	ARS Centro	-	ARS Alentejo	ARS Algarve

*após duas citologias consecutivas negativas. Fonte: ARS´s

Fig. 3 - Características do Rastreio de Cancro do Colo do Útero de Base Populacional

Fonte: https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/avaliacao-e-monitorizacao-dos-rastreios-oncologicos-organizados-de-base-populacional-de-portugal-continental-pdf.aspx

Pela análise dos dados, facilmente se depreende que o número de mulheres convidadas é muito superior às que realmente fazem o rastreio, o que demonstra a importância do papel dos enfermeiros na promoção do mesmo (quer no populacional quer no oportunista). Além disso, podemos afirmar que a região Centro foi a que mais cedo começou a desenvolver trabalho nesta área, contudo, devido às questões da pandemia, é importante não só manter, mas também reforçar e melhorar o trabalho desenvolvido.

3 - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DOS EEESMO

A capacitação de mulheres jovens e adultas é essencial na promoção da tomada de decisão e na adoção de estilos de vida mais saudáveis, tornando-as assim mais competentes, confiantes e habilitadas para identificar e evitar fatores de risco para o desenvolvimento do CCU (Almeida, 2018)

Neste sentido, o papel dos enfermeiros, muito em especial dos EEESMO, é fundamental, visto que promovendo a literacia em saúde, aumentamos a capacidade de tomada de decisão, capacitamos para a colaboração nos processos de mudança/adoção de estilos de vida saudáveis, melhoramos a capacidade de aceder, compreender e utilizar a informação, promovendo o recurso aos serviços de saúde de modo mais assertivo e esclarecido (Almeida, 2018; Ramalho, 2018).

Assim, segundo Chambel (2020), "devem ser implementadas estratégias preventivas que abordem os comportamentos de risco que se associam à transmissão do HPV, e estas estratégias devem obrigatoriamente acompanhar a vacinação, fazendo ambas parte da prevenção primária da infeção por HPV" (p. 440).

Deste modo, na minha perspetiva, é essencial que como EEESMO's desenvolvamos estratégias de prevenção (primária, secundária e terciária) como:

- campanhas de vacinação contra o HPV à população em geral, e aos adolescentes em particular, desmistificando ideias erradas e/ou preconceitos acerca da vacinação dos rapazes;

- campanhas de informação sobre o HPV e comportamentos sexuais saudáveis (tais como o uso do preservativo), junto dos adolescentes, quer seja nas escolas, quer seja recorrendo a redes sociais fidedignas;

- criação de aplicações móveis e/ou grupos para partilha de informações úteis e/ou esclarecimento de dúvidas;

- colaboração no rastreio do CCU, quer seja no levantamento das mulheres elegíveis, quer seja no procedimento da citologia em si, reforçando estes cuidados nomeadamente numa fase pós-pandemia (onde muitos destes rastreios não foram realizados);

- encaminhamento de situações que se encontrem fora do nosso âmbito de competências.

Por este motivo, como EEESMO's, é essencial também conhecer o Parecer n.º 65/2011 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, referente à realização de colpocitologias, o qual menciona que:

> Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica estão habilitados a tomar decisões no pleno exercício da autonomia dos cuidados de enfermagem especializados, sendo os enfermeiros que pela natureza da especificidade da sua preparação técnico-científica, estão melhor habilitados para assumir a responsabilidade pela realização da citologia como uma intervenção inserida no plano de cuidados de cada Mulher, em conformidade com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétricas e Ginecológica e as recomendações da Direcção Geral de Saúde desde 2001. Assim sendo, esta intervenção insere-se nas áreas das competências específicas do enfermeiro EESMO: "Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica" (p. 3),

sendo recomendado que, caso o EEESMO não se encontre habilitado a realizar esta atividade, deve investir em formação específica para dar resposta ao mandato social da profissão.

CONCLUSÃO

O CCU é o tumor maligno que com maior frequência atinge as mulheres com menos de 50 anos em Portugal. Ainda assim, é notória a melhoria nas taxas de incidência e de mortalidade associadas aos HPV, desde a realização de rastreios e ad introdução da vacina contra o HPV no PNV. Contudo, como refere Ramalho (2018) "só através do envolvimento das mulheres nos cuidados e da sua capacitação para o autocuidado poderemos obter resultados sensíveis à prática de enfermagem com consequentes ganhos em saúde" (p. 23).

Deste modo, é fundamental que os enfermeiros, em particular os EEESMO, foquem a sua atenção na prevenção da infeção por HPV e, consequentemente, o cancro, através de estratégias como campanhas de vacinação, de informação e reforço dos rastreios, podendo, assim, sem dúvida, obter ganhos em saúde.

Neste âmbito, é relevante considerar ainda que, apesar do papel central da vacinação na prevenção da infeção por HPV, esta só demonstra resultados a médio e longo prazo, sendo por isso essencial manter rastreios regulares e populacionalmente abrangentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, S. (2018). Rastreio do Cancro do Colo do Útero: O significado que lhe é atribuído pelas mulheres. (*Tese de Mestrado)*. Recuperado de https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5542/1/SusanaMariaMarquesAlmeida_DM.pdf

Carvalho, M. (2016). Rastreio do cancro do colo do útero – ponto de viragem?. *Acta Obstet Ginecol Port 10(3),* 182-183. Recuperado de http://www.fspog.com/fotos/editor2/2016_3T/03-editorial_3-16.pdf

Chambel, B. (2020). Vacinação: Uma Oportunidade Dupla de Prevenção da Infeção por Vírus do Papiloma Humano. *Acta Médica Portuguesa, 33(6),* 440.

Comissão Europeia (2022). https://health.ec.europa.eu/vaccination/hpv_pt

Despacho n. 8254/2017. *Diário Da República, 2ª Série, nº183,* 20788-20789. Recuperado de https://files.dre.pt/2s/2017/09/183000000/2078820789.pdf

DGS (2008). Programa Nacional de Vacinação (PNV) Introdução da vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano - Texto de apoio à Circular Normativa nº 22 /DSCS/DPCD de 17 de Outubro de 2008. Recuperado de https://www.spdc.pt/files/legix/11245_3.pdf

DGS (2014). Norma 016/2014 - Programa Nacional de Vacinação - Alteração do esquema da vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano (HPV). Recuperado de https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_016_2014%20ACTUALIZADA%20A%2010.2014.pdf

DGS (2014). Boletim vacinação – edição especial. A vacinação contra o virus do papiloma humano (HPV) em Portugal. Recuperado de https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boletim-vacinacao-edicao-especial-abril-2014-pdf.aspx

DGS (2014). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Recuperado de https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/avaliacao-e-monitorizacao-dos-rastreios-oncologicos-

organizados-de-base-populacional-de-portugal-continental-pdf.aspx

DGS (2022). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – Estratégia Nacional de Luta contra o cancro 2021-2030. Recuperado de https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-de-luta-contra-o-cancro-2021-2030-entra-em-consulta-publica-pdf.aspx

Dias, E.; Carvalho, B.; Alves, N.; Caldeira, M.; & Teixeira, J. (2021). *J. Health Biol Scie.* 9(11), 1-6. Recuperado de https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1352536

LPCC (2022). https://www.hpv.pt/

OMS (2021). WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342365/9789240030824-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer n.º 65/2011 – realização de colpocitologias. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer65_2011_CE.pdf

Ramalho, S. (2018). A educação para a saúde na prevenção do cancro do colo do útero nas mulheres em idade adulta. (*Tese de Mestrado)*. Consultado em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27933/1/Relat%c3%b3rio%20de%20est%c3%a1gio_S%c3%b3nia_Ramalho_FINAL.pdf

SIP-SPP (2020). Recomendações sobre vacinas extra Programa Nacional de Vacinação. Recuperado de https://www.spp.pt/UserFiles/file/Seccao_Infecciologia/recomendacoes%20vacinas_sip_final_28set_2.pdf

SPG (2014). Consenso sobre infecção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina. Recuperado de https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-consenso-sobre-infeccao-hpv-2014.pdf

SPG (2017). Consenso Nacional sobre vacinas contra o HPV. Recuperado de https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-consenso-nacional-sobre-vacinas-contra-hpv-2017.pdf

SPG (2020). Cancro Ginecológico. Consensos Nacionais 2020. Recuperado de https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-consenso-nacional-cancro-ginecologico-2020.pdf

APÊNDICE IV

Sessões do Programa de Preparação para o parto e parentalidade

PLANO DA SESSÃO "TRABALHO DE PARTO"
Moderadores: Sara Soares (estudante X MESMO, ESEnfC) Enf. [redacted]
Tema: Trabalho de Parto
População alvo: Grávidas/casais a frequentar o CPP na [redacted]
Data: 26/05/2022 **Duração:** 40 min
OBJETIVOS (no final da sessão pretende-se que): - 90% dos participantes adquiram conhecimentos sobre sinais e fases do trabalho de parto
CONTEÚDOS: Quebra-gelo (10min) (cada grávida/casal apresenta-se referindo o seu nome, o tempo de gestação e o que espera do trabalho de parto numa palavra) Apresentação da temática "Trabalho de Parto" (20min) Esclarecimento de dúvidas (5min) Avaliação da sessão (5min)
ESTRATÉGIAS: Método expositivo, demonstrativo e interativo
RECURSOS: Computador com câmara e colunas de som Cadeiras Projetor Balão Bola de golfe
AVALIAÇÃO: Avaliação dos conhecimentos: através da interação com o grupo Avaliação da sessão: referir uma palavra que resuma o que sentiu nesta sessão

Nota: esta sessão decorrerá de forma mista (presencial e transmitida via zoom)

PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

TRABALHO DE PARTO

Sara Soares
Estudante do X MESMO – ESEnfC

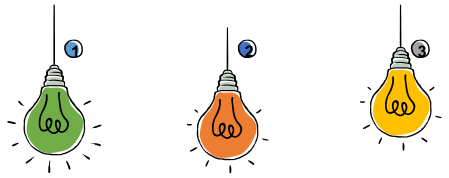
Maio, 2022

TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto é considerado um processo fisiológico durante o qual o feto, as membranas, o cordão e a placenta são expulsos do útero.

(Varela et al., 2020, p. 75)

SINAIS DE TRABALHO DE PARTO



Saída do Rolhão Mucoso

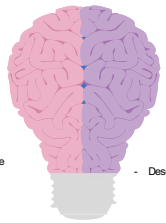
Rotura da bolsa de águas

Contrações uterinas regulares

CONTRAÇÕES UTERINAS

TP VERDADEIRO

- Contrações regulares
- Intervalo diminui gradualmente
- Intensidade aumenta gradualmente
- Desconforto nas costas e no abdómen
- Há dilatação

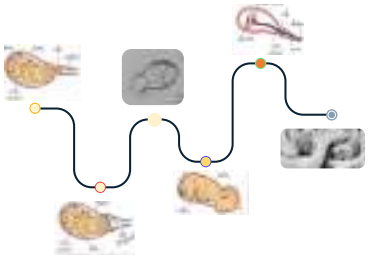


FALSO TP

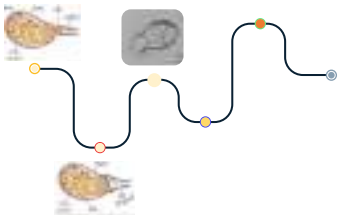
- Contrações irregulares
- Intervalos permanecem longos
- Intensidade não se altera
- Desconforto principal no abdómen inferior
- Não há dilatação

COMO OCORRE A DILATAÇÃO?

ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO



ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO



FASE LATENTE

Até aos 4-5cm de dilatação

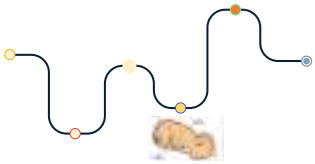
FASE ATIVA

Dos 4-5cm até aos 10cm de dilatação

FASE DE TRANSIÇÃO

Desde a dilatação completa até à descida do bebé

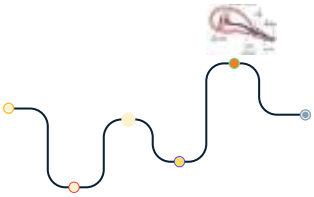
ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO



PERÍODO EXPULSIVO

Descida e saída do bebé para o exterior

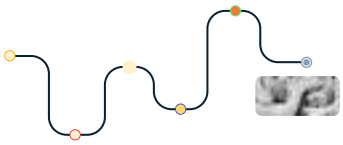
ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO



DEQUITADURA

Saída da placenta e das membranas fetais

ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO



PUERPÉRIO IMEDIATO

Estabilização materna até 2h após o parto

BIBLIOGRAFIA

Fatia, A.; & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In. Nené, M.; Marques, R.; & Batista, M. (1a Ed.), Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (pp. 308-320). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Fatia, A.; & Tinoco, L. (2016). Fisiologia do Trabalho de parto. In. Nené, M.; Marques, R.; & Batista, M. (1a Ed.), Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (pp. 321-323). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

Varela, V.; Amaral, C.; Santos, M.; Madruga, C.; Ferreira, N.; & Ferreira, S. (2020). Diagnóstico de início de trabalho de parto. In. Sequeira, C.; Pousa, O.; & Amaral, C. (1a Ed.), Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (pp. 75-78). Lisboa, Portugal: Lidel: edições técnicas, Lda.

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!
Sara Soares
2022

PLANO DA SESSÃO "PLANO DE PARTO"	
Moderadores: Sara Soares (estudante X MESMO, ESEnfC) Enf. [redacted]	
Tema: Plano de Parto	
População alvo: Grávidas/casais a frequentar o CPP na [redacted]	
Data: 02/06/2022	**Duração:** 40 min
OBJETIVOS (no final da sessão pretende-se que): - 90% dos participantes adquiram conhecimentos sobre plano de parto	
CONTEÚDOS: Quebra-gelo (5min) (cada grávida/casal deve referir algo que goste muito de fazer) Apresentação da temática "Plano de Parto" (10min) Elaboração de um plano de parto (10min) Apresentação de alguns planos de parto e esclarecimento de dúvidas (10min) Avaliação da sessão (5min)	
ESTRATÉGIAS: Método expositivo e interativo	
RECURSOS: Computador com câmara e colunas de som Cadeiras Projetor Plano de Parto do CHUC	
AVALIAÇÃO: Avaliação dos conhecimentos: através da interação com o grupo e apresentação dos planos elaborados Avaliação da sessão: referir uma palavra que resuma o que esta sessão significou para si	

Nota: esta sessão decorrerá de forma mista (presencial e transmitida via zoom)

PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE – [redacted]

PLANO DE PARTO

Sara Soares
Estudante do X MESMO – ESEnfC

Maio, 2022

PLANO DE PARTO

- Documento escrito
- Indole legal
- Manifestação antecipada de opções e expetativas

- Baseado nos valores, desejos e necessidades
- Procura impedir intervenções indesejadas
- Pode incluir itens relativos ao pós-parto

(Medeiros et al., 2019; Costa et al., 2021)

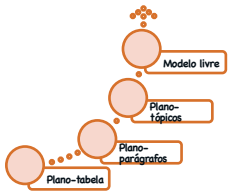
PLANO DE PARTO – OBJETIVOS

1. Fomentar a satisfação da grávida/casal com os cuidados prestados pelos profissionais de saúde
2. Estimular a participação ativa da grávida/casal na tomada de decisão sobre o processo de trabalho de parto, parto, pós-parto e parentalidade, considerando a sua cultura, crenças e valores
3. Melhorar a comunicação entre a grávida/casal e os profissionais de saúde no que se refere às suas escolhas
4. Proporcionar à grávida/casal informações sobre práticas, procedimentos e opções disponíveis na respetiva instituição, devidamente fundamentadas em evidência científica
5. Alertar e demonstrar à grávida/casal acerca da natureza imprevisível de alguns eventos relacionados com o trabalho de parto, parto, pós-parto e parentalidade, onde poderá ser necessário ajustar o planeamento inicial

EXPERIÊNCIA POSITIVA DE PARTO

(Ordem dos Enfermeiros, 2019)

PLANO DE PARTO: modelos



(Ordem dos Enfermeiros, 2019)

"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 seguidas à risca."

(Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2017, p. 3)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2017). *Reflexão sobre o trabalho de parto e Parto: construção de um plano de preferências de parto*. Recuperado de https://associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Reflex%C3%A3o-para-a-constru%C3%A7%C3%A3o-do-plano-de-parto-introducao.pdf
- CHUC (2021). Plano de Nascimento Personalizado do CHUC. Recuperado de https://www.chuc.min-saude.pt/media/c_gravidez/Plano_Nascimento_-_online.pdf
- Costa, E., Medeiros, R., Silva, J., Silva, A., Carvalho, L., & Silva, G. (2021). Análise da importância do plano de parto na assistência de enfermagem: revisão integrativa. *Saúde Coletiva (Barueri), 11*(60), 4556-4560. Recuperado de http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/889/1329
- Medeiros, R., Figueiredo, G., Correa, Á., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaucha de Enfermagem, 40*, 1–12. Recuperado de https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FwsQmg48tP6BrWrd95GhWhJ/?lang=pt&format=pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Livro de Bolso - Programas de Preparação para o parto, adaptação à parentalidade e ao pós-parto*.

OBRIGADA
PELA VOSSA
ATENÇÃO!

Sara Soares
2022

PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE: PLANO DE SESSÃO PRÁTICA
Moderadores: Sara Soares (estudante X MESMO, ESEnfC) Enf. [redacted]
Tema: Exercícios de Bem-estar na Gravidez
População alvo: Grávidas/casais a frequentar o PPP na [redacted]
Data: 02/06/2022 **Duração: 40 min**
OBJETIVOS (no final da sessão pretende-se que): - 90% dos participantes adquiram conhecimentos sobre exercícios possíveis para promoção de bem-estar na gravidez e trabalho de parto
CONTEÚDOS: Exercícios de aquecimento (pescoço, ombros, braços, bacia, pernas) com música "Fix You" (+/- 5min) Sentadas em cadeira e/ou em pé, exercícios para perceção dos movimentos da bacia (abertura do estreito superior vs ampliação do arco púbico) (5min) Em bola de pilates (ou em pé para quem não tiver): exercícios frente/trás, direito/esquerdo, 8, movimento de salto na bola (na contração) (5min) Treino de respiração (5min) Deitar em colchão (exercícios das básculas): 1º posição – pernas esticadas; 2ª posição – pernas dobras; 3ª posição sentada "à chinês"; 4ª posição: gata assanhada; por fim exercício da vela (10min) Dança (com uma música de Merengue – "Suavemente", fazer uma coreografia com as grávidas) (5min) Exercícios de alongamento (5min)
ESTRATÉGIAS: Método demonstrativo
RECURSOS: Computador com câmara e colunas de som Cadeiras Bolas de pilates Colchões Músicas
AVALIAÇÃO: Capacidade das grávidas presentes em reproduzir os exercícios demonstrados

Nota: esta sessão decorrerá de forma mista (presencial e transmitida via zoom)

PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE: PLANO DE SESSÃO PRÁTICA
Moderadores: Sara Soares (estudante X MESMO, ESEnfC) **Enf. [redacted]**
Tema: Exercícios de Bem-estar na Gravidez
População alvo: Grávidas/casais a frequentar o PPP na [redacted]
Data: 23/06/2022 **Duração: 40 min**
OBJETIVOS (no final da sessão pretende-se que): **- 90% dos participantes adquiram conhecimentos sobre exercícios possíveis para promoção de bem-estar na gravidez e trabalho de parto**
CONTEÚDOS: **Exercícios de aquecimento (pescoço, ombros, braços, bacia, pernas) com a música "Trevo" (+/- 5min)** **Em bola de pilates (ou em pé para quem não tiver): exercícios frente/trás, direito/esquerdo, círculo, 8, movimento de salto na bola (na contração) (10min)** **Deitar em colchão (exercícios das básculas): 1º posição – pernas esticadas; 2ª posição – pernas dobradas; 3ª posição sentada "à chinês"; 4ª posição: gata assanhada; por fim exercício da vela (10min)** **Exercício de imaginação guiada/relaxamento com música calma (10min)** **Exercícios de alongamento (5min)**
ESTRATÉGIAS: **Método demonstrativo** **Método interativo**
RECURSOS: **Computador com câmara e colunas de som** **Cadeiras** **Bolas de pilates** **Colchões** **Músicas**
AVALIAÇÃO: **Capacidade das grávidas presentes em reproduzir os exercícios demonstrados**

Nota: esta sessão decorrerá de forma mista (presencial e transmitida via zoom)

PLANO DA SESSÃO "DOR DO TRABALHO DE PARTO"
Moderadores: Sara Soares (estudante X MESMO, ESEnfC) Enf. [redacted]
Tema: Dor do Trabalho de Parto: estratégias para alívio da dor
População alvo: Grávidas/casais a frequentar o CPP na [redacted]
Data: 23/06/2022 **Duração:** 40 min
OBJETIVOS (no final da sessão pretende-se que): - 90% dos participantes adquiram conhecimentos sobre estratégias de alívio da dor de TP
CONTEÚDOS: Dinâmica Inicial (10min) "Dinâmica do cubo de gelo": numa 1ª fase a grávida deverá segurar um cubo de gelo na mão direita e exprimir, em voz alta, se for caso disso, aquilo que está a sentir, como por ex. dor; numa 2ª fase, repete-se o mesmo exercício, na mão esquerda, mas desta vez tentando desviar a atenção do cubo de gelo através da respiração, pensamentos positivos, outro. *Objetivo: verificar que se nos descentrarmos da dor, ela não será sentida da mesma forma!* Apresentação da temática "Dor do Trabalho de Parto: estratégias para alívio da dor" (15min) Esclarecimento de dúvidas / partilha de experiências anteriores de dor de TP (10min) Avaliação da sessão (5min)
ESTRATÉGIAS: Método expositivo e interativo
RECURSOS: Computador com câmara e colunas de som Cadeiras Projetor Apresentação powerpoint Cubos de gelo Toalha / Papel absorvente
AVALIAÇÃO: Avaliação dos conhecimentos: através da interação com o grupo Avaliação da sessão: referir uma palavra que resuma o que a dor significava antes e após esta sessão

Nota: esta sessão decorrerá de forma mista (presencial e transmitida via zoom)

PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE - MOMENTOS ÚNICOS

DOR DO TRABALHO DE PARTO

Estratégias para alívio da dor

[redacted]

Sara Soares
Estudante X MESMO, ESEnfC

DOR DE PARTO

A dor de parto é uma consequência das modificações nas estruturas maternas que ocorrem no trabalho de parto.

É uma dor fisiológica, causada por diversos fatores, como as contrações uterinas e a passagem do bebé pela bacia e canal vaginal.

(Bayeski & Bruggemann, 2010 citados por Pedrosa, 2020)

DOR DO TRABALHO DE PARTO

Fatores biológicos

Fatores psicológicos

Fatores socioculturais

Outros fatores que podem influenciar a intensidade da dor sentida no Trabalho de Parto:

- Motivação para o parto e maternidade
- Paridade
- Participação em programas de preparação para o parto
- Idade da Grávida
- Condições socioeconómicas
- Tamanho do feto
- Peso da grávida (IMC)
- Experiências anteriores
- Indução do trabalho de Parto
- Filosofia institucional

(Aveiro e Velosa, s.d.)

MEDO

TENSÃO

DOR

ESTRATÉGIAS PARA TORNAR ESTE MOMENTO MAIS FÁCIL...

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR

TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR

TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS

PARACETAMOL (RETAL OU EV)

- Analgésico
- Retal ou EV: efeito mais rápido

PETIDINA

- Analgésico opióide (dor moderada a intensa)
- Administração IM
- Com efeitos no feto

ANALGESIA EPIDURAL

- Analgesia administrada no espaço epidural
- Não provoca efeito no feto

BLOQUEIO EPIDURAL

Início Lento
Efeito ilimitado no tempo

BLOQUEIO SUBARACNOIDEU

Início rápido
Duração limitada

Fonte: https://www.mdsaude.com/cirurgia/cefaleia-pos-raqui/

BLOQUEIO SEQUENCIAL

Fonte: https://www.chporto.pt/documentos/CMIN/Cursos_de_preparacao_para_o_parto/Analgesia_de_Parto_folheto.pdf

POSICIONAMENTO

EFEITOS COLATERAIS EPIDURAL

Fonte: https://www.uacuida.com/blog/analgesia-epidural

1. Pernas pesadas / Dormentes
2. Hipotensão
3. Prurido (comichão) no corpo
4. Incapacidade de sentir vontade de urinar
5. Cefaleias (se punção da dura mater)

CONTRA-INDICAÇÕES Epidural

- Recusa da grávida
- Hipertensão craneana
- Alterações da coagulação
- Patologia da coluna (ex. espinha bífida)
- Infeções sistémicas ou locais
- Outras patologias incompatíveis (análise caso a caso)
- Tatuagens no local da punção

A epidural é infalível?!
NÃO!

- Colocação incorreta do cateter no espaço
- Migração do cateter
- Inadequada dose de instalação e/ou de manutenção
- Anatomia alterada
- Trabalho de parto precipitado
- Expetativas irrealistas da utente
- Baixo limiar de tolerância à dor

DOR DE PARTO

Qualquer ação desenvolvida para facilitar a biomecânica do parto diminuirá a dor, e as ações para diminuir a dor facilitarão a biomecânica do parto.

(Pedrosa, 2020)

BIOMECÂNICA DO PARTO

BIBLIOGRAFIA

- Aveiro, C. & Velosa, T. (s.d.). A dor em Obstetricia. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetricia_Madeira.pdf
- Pedrosa, J. (2020). Medidas não farmacológicas utilizadas no alivio da dor da mulher em trabalho de parto: a intervenção do EEESMO (Tese de Mestrado). Recuperado de https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3089/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20MESMO%20Jessica%20Pedrosa%20PUBLICACAO.pdf
- Santos, C.; Marçal, R.; Voltarelli, A.; Silva, R. & Sakman, R.Medeiros, R. (2020). Métodos não farmacológicos de alivio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal . Global Academy Nursing Journal, 1(1), 1-6. Recuperado de https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/1/3
- Sobrinho, D.; & Assis, E. (2021). Os efeitos da Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS), para o alivio da dor durante o trabalho de parto: uma revisão integrativa (Tese de Bacharelato). Recuperado de https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/20727/3/Os%20efeitos%20da%20Estimula%C3%A7%C3%A3o%20El%C3%A9trica%20Nervosa%20Transcut%C3%A2nea%20%28TENS%29%2C%20para%20alivio%20da%20dor%20durante%20o%20trabalho%20de%20parto%20uma%20revis%C3%A3o%20integrativa.pdf

APÊNDICE V

Sessão “Amamentação: conhecer para promover”

[redacted]

AMAMENTAÇÃO: CONHECER PARA PROMOVER

24, Junho, 2022

Sara Soares (estudante X MESMO, ESEnfC)
[redacted]

Support
Time
Education
Place

A CAMPANHA #WBW2022 DESTINA-SE A GOVERNOS, SISTEMAS DE SAÚDE, LOCAIS DE TRABALHO E COMUNIDADES.

O aleitamento materno melhora a nutrição, garante a segurança alimentar e reduz as desigualdades entre e dentro dos países

Cobertura e sobrevivência + Qualidade

A AMAMENTAÇÃO DEVE SER MANTIDA DE FORMA EXCLUSIVA DURANTE OS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA E, A PARTIR DESTA IDADE, DEVE SER INICIADA A DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR ENQUANTO COMPLEMENTO DO ALEITAMENTO MATERNO ATÉ AOS DOIS ANOS DE IDADE OU MAIS, VISTO QUE MANTÉM BENEFÍCIOS PARA A CRIANÇA E PARA A MÃE.

(OMS, 2017 REFERIDA POR CALVÃO E SILVA, 2020)

O **sucesso da amamentação** depende de vários fatores além do desejo das mães, devendo ser uma **obrigação da sociedade**, visto que os efeitos na saúde das crianças e das mães "se traduzem em custos com os cuidados de saúde e no absentismo ao trabalho e até pelas consequências ambientais devido ao uso de substitutos do leite materno"

(Silva, 2021, p. 24)

SUCESSO NA AMAMENTAÇÃO: Conjugação de fatores

UNICEF, 2012

- Decisão de Amamentar
- Estabelecimento da Lactação
- **Suporte na Amamentação**

ALGUNS DOCUMENTOS ESTRUTURANTES NA PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

49 RECOMENDAÇÕES

A 1.1. Alimentação saudável durante a gravidez

A 2.1. Suplementação com ácido fólico e ferro (prevenção anemia)

D 4. Recomendação exercício fisico (prevenção dores lombares)

E 7. Os modelos de cuidados pré-natais com um mínimo de oito contactos são recomendados, para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das mulheres com os cuidados

56 RECOMENDAÇÕES

9- Não se recomenda o uso de intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto e nascimento

39 - Não recomendado a realização de episiotomia por rotina

48 - Recomendada a realização de contacto pele a pele na 1º hora após o nascimento

49 - Recomendado colocar o bebé à mama o mais precocemente possível após o parto

"Uma experiência pós-natal positiva é definida como aquela em que mulheres, recém-nascidos, parcerias, pais, cuidadores e famílias recebem informações, garantias e apoio de uma maneira consistente de profissionais de saúde motivados; em que um sistema de saúde flexível e com recursos reconheça as necessidades de mulheres e bebês e respeite seu contexto cultural

OMS, 2022

MODELO DE CUIDADOS PÓS-NATAIS OMS

63 RECOMENDAÇÕES

1. Avaliação fisiológica da puérpera

4. Aplicação gelo (trauma perineal)

5 e 6. Alivio farmacológico da dor

63 RECOMENDAÇÕES...

8. Para o **tratamento da obstrução mamária** no período pós-parto, as mulheres **devem ser aconselhadas e apoiadas** a praticar a amamentação responsiva, o bom posicionamento do bebê na mama, a expressão do leite materno e o uso de compressas quentes ou frias, com base nas preferências da mulher

9. O uso de intervenções farmacológicas como ocitocina subcutânea e terapia com enzimas proteolíticas para o tratamento do ingurgitamento mamário no pós-parto **não é recomendado.**

63 RECOMENDAÇÕES...

10. Para o **prevenção da mastite** no período pós-parto, as mulheres **devem ser aconselhadas e apoiadas** a praticar a amamentação responsiva, o bom posicionamento do bebê na mama, a expressão manual do leite materno e o uso de compressas quentes ou frias, com base nas preferências da mulher.

11. A profilaxia antibiótica oral ou tópica de rotina para a prevenção da mastite no período pós-parto **não é recomendada**.

63 RECOMENDAÇÕES...

18. A triagem para **depressão e ansiedade pós-parto** com um instrumento validado é **recomendada** e deve ser acompanhada por serviços de diagnóstico e tratamento para mulheres com triagem positiva.

19. Intervenções psicossociais e/ou psicológicas durante o período pré e pós-natal **são recomendadas** para prevenir a depressão e a ansiedade pós-parto.

63 RECOMENDAÇÕES...

22 e 23. As mulheres no pós-parto devem limitar o tempo gasto como sedentárias. Substituir o tempo sedentário por **atividade física** de qualquer intensidade (incluindo intensidade leve) traz benefícios para a saúde.

24. **Recomenda-se** o fornecimento de **informações e serviços anticoncepcionais** abrangentes durante os cuidados pós-natal.

63 RECOMENDAÇÕES...

42. Todos os bebês devem ser **amamentados exclusivamente desde o nascimento até os 6 meses de idade**. As mães devem ser aconselhadas e receber apoio para amamentação exclusiva em cada contato pós- natal.

43a. As instalações que oferecem serviços de maternidade e recém-nascidos devem ter uma **política de amamentação** claramente escrita, que seja rotineiramente comunicada à equipe e aos pais.

43b. Os funcionários das unidades de saúde que prestam serviços de alimentação infantil, incluindo apoio à amamentação, devem ter **conhecimento, competência e habilidades** suficientes para dar suporte às mulheres na amamentação.

63 RECOMENDAÇÕES...

44. **Recomenda-se** um mínimo de quatro contatos de cuidados pós- natal. (...) Recomenda-se pelo menos três contatos pós- natais adicionais para mulheres saudáveis e recém-nascidos, entre 48 e 72 horas, entre 7 e 14 dias e durante a 6ª semana após o nascimento.

48. **Visitas domiciliares durante a primeira semana** após o nascimento por profissionais de saúde qualificados ou um agente de saúde comunitário treinado são **recomendadas** para o cuidado pós-natal de mulheres e recém-nascidos saudáveis.

PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ATUALIZAÇÃO CONSTANTE DE CONHECIMENTOS

CUIDADOS NA GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO

Vigilância pré e pós-natal
Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade / Recuperação pós-parto
Incentivo Plano de Parto

PROMOÇÃO E SUPORTE NA AMAMENTAÇÃO

Grupos de Apoio ao Aleitamento Materno
Cantinho da Amamentação

Amamentar é alimento, é partilha, é amor, é SAÚDE!

Fonte: https://www.facebook.com/WildSurvivalDaily/videos/541310355873412O

Obrigada pela atenção dispensada!

Sara Soares (estudante X MESMO, ESEnfC)
[redacted]

Junho, 2022

ESPAÇO DE PARTILHA

Qual a realidade atual dos profissionais de saúde?

Quais as principais dificuldades para colocar estas recomendações em prática?

Que sugestões para melhorar no futuro?

....

Bibliografia

-Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos adolescentes. (2016). Recuperado de http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_Global_Strategy_PT_inside_LogoOK2017_web.pdf
- Galvão, D., & Silva, E. (2020). Amamentação e Covid-19: contributos para práticas seguras. Millenium 2(5), 161-168.
- Organização Mundial de Saúde (2016). Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=A6ABFC9D294F14477950FC020D222574?sequence=2
- Organização Mundial de Saúde (2018). Recomendaciones de la OMS – Cuidados durante el parto para uma experiencia de parto positiva. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial de Saúde (2022). Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Silva, D. (2021). O aleitamento materno em mulheres trabalhadoras: contributos para a intervenção do enfermeiro de família. (Tese de Mestrado). Consultado em https://ria.ua.pt/bitstream/10773/32141/1/Documento_Diana_Silva.pdf
- UNICEF (2012). Manual de Aleitamento Materno. Consultado em https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf

APÊNDICE VI

Sessão “Sexualidade e Afetos: o que mudou com a parentalidade”

PROGRAMA [redacted]

Moderadores: Sara Soares (estudante X MESMO, ESEnfC)

Prof. [redacted] **(ESEnfC)**

Prof. [redacted] **(ESEnfC)**

Tema: Sexualidade e Afetos: o que mudou com a parentalidade

População alvo: Puérperas/casais a frequentar o Programa [redacted]

Data: 09/06/2022 **Duração: 45 min**

OBJETIVOS (no final da sessão pretende-se que):

- 90% dos participantes adquiram conhecimentos sobre estratégias para facilitar e melhorar a vivência da sexualidade no pós-parto

CONTEÚDOS:

- Apresentação - cada casal deverá apresentar-se da seguinte forma: o homem apresenta a mulher e vice-versa referindo o seu nome e a característica que mais aprecia no outro

- Apresentação do tema, através de PPT intercalando com algumas dinâmicas de casais:

- Dinâmica das fitas "Entrelaçados": cada casal deverá colocar uma fita que vai de um punho ao outro ficando o casal entrelaçado. O objetivo é que consigam desentrelaçar-se sem cortar ou tirar a fita dos punhos. A mensagem desta dinâmica é que <u>muitas vezes surgem dificuldades e nem sempre é fácil encontrar a solução, mas com paciência, comunicação e, por vezes, apoio externo, tudo se resolve</u>.

- Dinâmica da mensagem "As palavras que nunca te disse...": Cada elemento do casal deverá escrever num papel (entregue pela moderadora) uma mensagem para o outro, mas uma mensagem significativa com algo de bom que, provavelmente, nunca disseram! No final, colocam a mensagem dentro de um balão que devem encher e guardar. O objetivo é <u>fomentar a comunicação entre o casal</u>, promovendo o elogio e a expressão de emoções que não ocorre todos os dias...

- Dinâmica final "Proteja o seu balão!": entrega-se a cada elemento um palito, e explicamos que o objetivo desta dinâmica é proteger o balão, e que ganha quem o proteger até ao final (Atenção: NUNCA mencionar palavras como "rebentar", "picar", ou outras que induzam a essa ação!). Terminada a explicação aguarda-se o comportamento dos participantes. O objetivo desta dinâmica é <u>comprovar a importância da comunicação</u>, e como às vezes determinados discursos nos induzem a ilações erradas, visto que, apesar de nunca se mencionar que era para rebentar o balão, simplesmente se disse para o proteger, muitos ou quase todos entenderam que seria esse o objetivo.

ESTRATÉGIAS:

Método expositivo

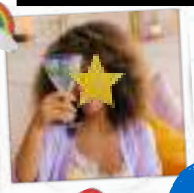
Método interativo

RECURSOS: **Computador com câmara e colunas de som** **Cadeiras** **Música** **Fitas** **Papéis para escrever** **Canetas** **Balões** **Palitos**
AVALIAÇÃO: **Participação e envolvimento dos participantes** **“Brainstorming” final: numa palavra descrever o que esta sessão significou para si**

[redacted]

SEXUALIDADE E AFETOS

O QUE MUDOU COM A PARENTALIDADE



Sara Soares
X MESMO - Junho, 2022

DINÂMICA INICIAL

"Entrelaçados"

SEXUALIDADE

Aspecto central do ser humano ao longo da vida engloba sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução.
A sexualidade é **vivenciada** e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos.
A sexualidade é **influenciada** pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais.

(OMS, 2006)

SEXUALIDADE NO PÓS-PARTO

ALTERAÇÕES FAMILIARES

- Presença do bebé no quarto
- Reorganização familiar (rotinas e papéis)
- Cuidados com o bebé

ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS

- Perturbações do sono
- Alteração da imagem corporal
- Seio materno vs seio erótico
- Receio de nova gravidez
- Medos / mitos
- Ansiedade / Blues pós-parto

ALTERAÇÕES FÍSICAS

Relaxamento muscular e pélvico

Lóquios

Abdómen flácido e aumentado

Amamentação

Episiorrafia

Dor

Lubrificação vaginal diminuída

CONTRACEÇÃO NO PÓS PARTO

MÉTODOS BARREIRA (PRESERVATIVO)

CONTRACEÇÃO HORMONAL ORAL (SÓ COM PROGESTATIVO)

DIU / SIU

CONTRACEÇÃO HORMONAL COMBINADA

LAQUEAÇÃO DE TROMPAS

AMENORREIA LACTACIONAL

QUANDO REINICIAR A ATIVIDADE SEXUAL??

O casal pode reiniciar a sua atividade sexual **quando se sentir preparado**, de acordo com o seu desejo e disponibilidade sexual!

A disponibilidade para compreender e se reaproximar do parceiro, reservar um tempo a dois, oferecer mais atenção ao companheiro e demonstrar carinho, favorecem o restabelecimento do casal e facilitam o retorno à intimidade sexual.

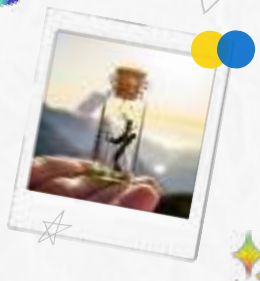
(Siqueira et al., 2019, p. 12)

REINVENTAR A SEXUALIDADE...

- Troca de beijos e carícias
- Comunicação
- Momentos a dois
- Surpreender o outro!
- Deixar o bebé com outro familiar

DINÂMICA DE CASAIS

"As palavras que nunca te disse..."



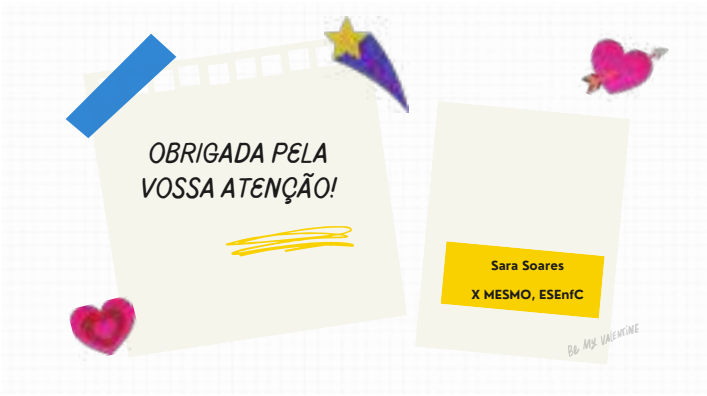
ALGUMAS DICAS...

- [ ] PEQUENO-ALMOÇO NA CAMA
- [ ] IDA AO CINEMA
- [ ] CONFECIONAR A COMIDA FAVORITA DELE(A)
- [ ] CAMINHAR NO PARQUE
- [ ] FAZER UM ELOGIO
- [ ] USAR LUBRIFICANTES VAGINAIS
- [ ] CRIAR AMBIENTE ROMÂNTICO
- [ ] CONVERSAR SOBRE DIFICULDADES E NECESSIDADES
- [ ] DIVIDIR TAREFAS EM CASA!
- [ ] MIMEM-SE! AMEM-SE! OS VOSSOS MIMOS NÃO SENTIR A DIFERENÇA!

"O verdadeiro amor não se conhece pelo que exige, mas por aquilo que oferece!"

JACINTO BENAVENTE

DINÂMICA FINAL
Proteja o seu balão!


OBRIGADA PELA
VOSSA ATENÇÃO!
Sara Soares
X MESMO, ESEnfC
BE MY VALENTINE

APÊNDICE VII

Sessão “IST’s: conhecer para prevenir”

PLANIFICAÇÃO DA ATIVIDADE A DESENVOLVER – “IST’s: Conhecer para prevenir!”

Moderadores: [redacted] (3º ano CLE, ESEnfC)**,** Sara Soares (X MESMO, ESEnfC)**,** Enf. [redacted])

População-Alvo: 15 Jovens - [redacted]

Tema: Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST’s)

Data e Hora: 22 de Junho de 2022, às 18h30

Local: [redacted]

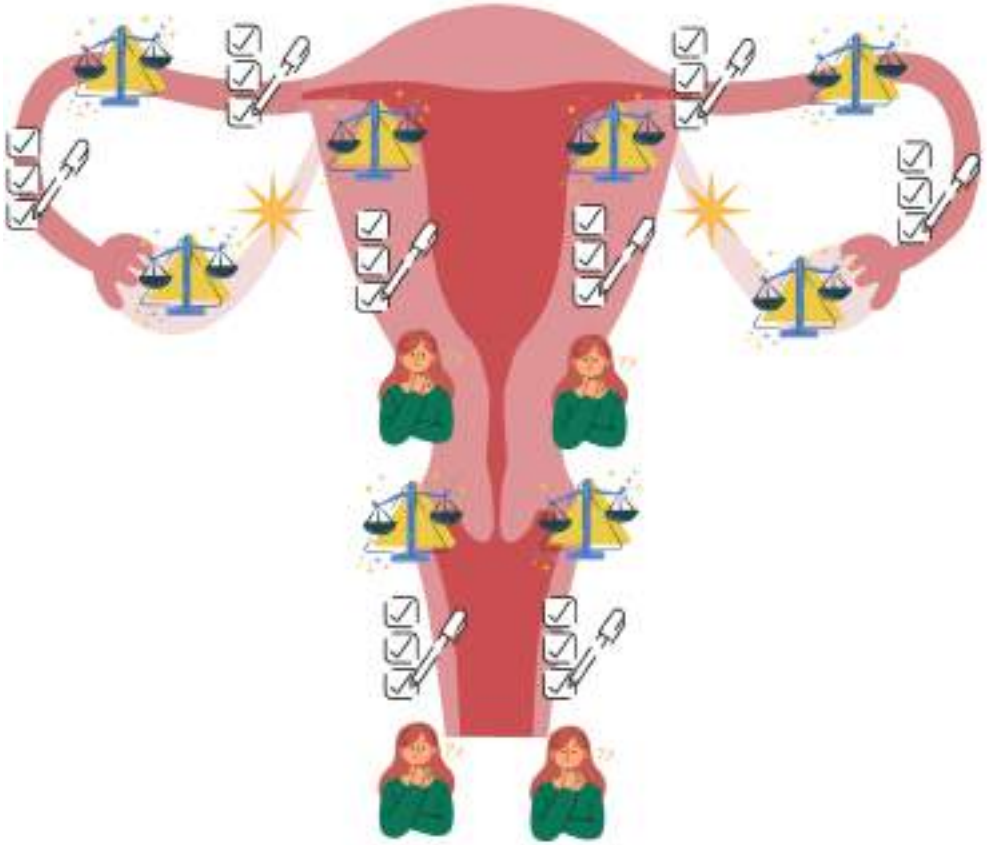
Duração: 60 minutos

OBJETIVOS (No final da sessão pretende-se que:)	FINALIDADE	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
90% dos participantes adquiram conhecimentos sobre IST’s: identificação e formas de prevenção	- Conhecer as IST’s mais comuns - Conhecer os sinais e sintomas das IST’s mais comuns - Identificar formas de prevenção das IST’s - Promover a educação para a saúde na população mais jovem	**- Dinâmica quebra-gelo (10min): “Contactos pessoais”** **Objetivo:** Facilitar a compreensão da transmissão sexual das IST´s. **Desenvolvimento:** 1 - Entregar a cada uma das participantes uma folha, com apenas uma figura já desenhada. O facilitador deverá desenhar em cada folha apenas uma figura geométrica, sendo: • 1 triângulo; • 2 quadradinhos (um por folha); • 12 círculos (um por folha). 2 - Os participantes deverão ir circulando pela sala ao som de uma música. 3 - Num determinado momento o facilitador deverá solicitar às participantes para parar e copiar o desenho do colega que estiver mais próximo. Repetir este ponto 3x.	Avaliação da sessão: dinâmica do post-it Avaliação dos participantes: Capacidade para participar ativamente no jogo; capacidade para responder acertadamente às questões; capacidade de, no final, identificar pelo menos 3 IST’s e a forma de as prevenir.

		4 - Após o término da música, o facilitador deverá referir o significado de cada símbolo, e assim cada participante vai perceber "os riscos que correu" sem saber! • círculo = pessoa sadia • quadrado = portador de IST • triângulo = portador de HIV **Pontos para discussão:** a) Quantos participantes começaram o jogo com círculos? b) Quantos participantes começaram o jogo com quadrados? c) Quantos participantes começaram o jogo com triângulos? d) Quantos participantes chegaram ao final do jogo sem triângulos na folha? e) O que significa ter mais de um triângulo na folha? f) O que significa ter mais de um quadrado na folha? g) É possível prever quem é portador de IST´s, levando-se em conta apenas a aparência física? h) Preocupa-vos a ideia de contrair IST´s? i) Que relação existe entre as IST e o HIV? **Resultados esperados:** Os adolescentes saberão discorrer sobre a transmissão sexual das IST´s, cadeia de transmissão, sexo seguro e situações de risco. **- Jogo de tabuleiro "IST's: Conhecer para Prevenir!", respondendo a questões de escolha múltipla, verdadeiro/falso e resposta aberta sobre IST's (35min)** (Adaptado de "*Jogos e Atividades para Adolescentes sobre Métodos Contraceptivos e Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis" da UNIFESP)* **Desenvolvimento:** O grupo de 15 jovens será dividido em 4 equipas (3-4 elementos cada). Em cada tabuleiro de jogo deverão ficar 2 equipas, que irão jogar uma contra a outra. Vão respondendo às questões para assim avançar (resposta correta) ou ficar na mesma casa (se resposta errada). O objetivo será chegar à casa final "STAY SAFE", em primeiro lugar, representando que viveram a vida sem se expor a riscos e sem ficar infetadas! No final, como há	

		2 tabuleiros, haverá um desempate entre as 2 equipas finalistas, com 3 questões abertas: “4. Refere 3 exemplos de IST’s”, “8. Qual o sintoma mais conhecido de HPV?”, e “3. Qual o único método capaz de prevenir IST’s?”. Cada equipa deverá escrever num quadro/folha as respostas e ganha quem responder acertadamente a mais questões e/ou mais rápido! **Objetivos:** • **lúdico:** chegar na última "casa" do tabuleiro primeiro, o que indica que evitaram as IST’s. • **de aprendizagem:** compreender melhor as IST’s: sua identificação e prevenção. **- Distribuição de panfleto com informação compilada acerca da temática e preservativos / Esclarecimento de dúvidas (10min)** **- Avaliação da sessão (5min): “Dinâmica do Post-it”** **Desenvolvimento:** é entregue a cada jovem um post-it, onde deverão escrever uma palavra que resuma o que significou esta sessão para si. Ao sair da sala, cada uma vai colando no tabuleiro de jogo o seu post-it.	

IST'S: conhecer para prevenir!



STAY SAFE

APÊNDICE VIII

Instrumento de recolha de dados

“AMAMENTAÇÃO PROLONGADA: FATORES INFLUENCIADORES”

SE É MÃE, SE AMAMENTA HÁ 24 MESES OU MAIS OU SE AMAMENTOU POR 24 MESES OU MAIS E SE O SEU BEBÉ NÃO TEM PATOLOGIAS ASSOCIADAS OU PROBLEMAS DESENVOLVIMENTAIS, ESTE PEDIDO DE COLABORAÇÃO É PARA SI! (Excluem-se mães de gémeos)

Exma. MÃE:
O meu nome é Sara Soares, sou enfermeira e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na ESEnfC, pelo que peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário, cujo objetivo é dar resposta à componente investigativa da Unidade Curricular de Estágio com Relatório.

O tema deste trabalho é “Amamentação Prolongada: fatores influenciadores”, sendo o objetivo principal, compreender os fatores que influenciam a amamentação além dos 2 anos de idade.
Agradeço, desde já, a sua colaboração, pois sem ela não poderei concluir o meu trabalho.

O tempo médio de resposta é de 10 minutos.
Na 1a parte solicita-se que responda a questões relativas a caracterização sociodemográfica.
Na 2a parte solicita-se que responda a questões mais direcionadas à sua experiência de amamentação.
Na 3a parte solicita-se a sua opinião sobre a amamentação.
Não existem respostas corretas ou incorretas, é somente a sua vivência e experiência pessoal que interessa.

Pede-se que leia com atenção todas as questões antes de responder, certificando-se que não deixou nenhuma questão sem resposta.
É garantido que todas as respostas são anónimas e confidenciais, pelo que não lhe será nunca solicitada a sua identificação.

Ao preencher e submeter este questionário afirma o seu consentimento em participar neste estudo!

Obrigada pela sua colaboração!
Sara Soares

*Obrigatório

Caracterização Sociodemográfica

1. 1. Idade *

_____

2. 2. Estado Civil (selecione apenas uma opção) *

Marcar apenas uma oval.

- ( ) Solteira
- ( ) Casada
- ( ) União de Facto
- ( ) Divorciada
- ( ) Viúva
- ( ) Outra: _____

3. 3. Constituição do agregado familiar (selecione todas as que se apliquem) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Companheiro(a)
- [ ] Filho(s)
- [ ] Pais
- [ ] Sogros
- [ ] Outra: _____

4. 4. Número de filhos *

_____

5. 5. Nível de Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 4 anos de escolaridade
- Ensino básico
- Ensino secundário
- Ensino superior
- Mestrado
- Doutoramento

6. 6. Situação profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Trabalhadora por conta própria
- Trabalhadora por conta de outrem
- Desempregada
- Outra: _____

7. 7. Profissão *

_____

Experiência Pessoal de Amamentação

8. 8. A senhora, ou alguém da sua família (irmãos ou primos, por ex.), foi amamentado por 24 meses ou mais? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sei

9. 9. O/A seu/sua companheiro(a) incentivou a amamentação? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não aplicável

10. 10. Amamentou MAIS DO QUE UM FILHO(A) por 24 meses ou mais? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não *Avançar para a pergunta 12*
- Não se aplica (só tive um(a) filho(a)) *Avançar para a pergunta 12*

Avançar para a pergunta 12

11. 10.1 Se sim, até que idade(s), em meses, amamentou o(s) outro(s)? *

_____

12. 11. Os conhecimentos que detém sobre amamentação foram obtidos em (selecione todas as opções que se apliquem): *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Consultas médicas
- [ ] Consultas de enfermagem
- [ ] Grupos de amig@s/conhecid@s
- [ ] Sessões de preparação para o nascimento
- [ ] Redes sociais
- [ ] Motores de busca da internet (ex. Google)
- [ ] Outra: _____

Tendo como referência A EXPERIÊNCIA EM QUE AMAMENTOU POR UM PERÍODO MAIS PROLONGADO, responda às seguintes questões:

13. 12. A gravidez foi vigiada (fez pelo menos 6 consultas)? *

Marcar apenas uma oval.

- ( ) Sim
- ( ) Não
- ( ) Não sei

14. 13. O nascimento do bebé foi: *

Marcar apenas uma oval.

- ( ) Parto normal
- ( ) Parto por ventosa
- ( ) Parto por fórceps
- ( ) Parto por cesariana

15. 14. Quando o bebé nasceu, já tinha decidido que iria amamentá-lo? *

Marcar apenas uma oval.

- ( ) Sim, desde sempre
- ( ) Sim, após aconselhamento com profissionais de saúde
- ( ) Não, só depois do nascimento decidi amamentar
- ( ) Outra: _____

16. 15. Fez contacto pele-a-pele após o nascimento? *

Marcar apenas uma oval.

- ( ) Sim
- ( ) Não
- ( ) Não se aplica

17. 16. Amamentou o bebé na 1ª hora de vida? *

Marcar apenas uma oval.

- ( ) Sim
- ( ) Não
- ( ) Não se aplica

18. 17. Usufruiu da licença de parentalidade? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não *Avançar para a pergunta 20*
- Não se aplica *Avançar para a pergunta 20*

Avançar para a pergunta 20

19. 17.1 Se sim, qual? *

Marcar apenas uma oval.

- Licença inicial (6 semanas)
- Licença exclusiva da mãe (120 dias)
- Licença exclusiva da mãe (150 dias)
- Licença exclusiva (120 dias) + licença alargada (90 dias)
- Licença exclusiva (150 dias) + licença alargada (90 dias)
- Outra: _____

20. 18. Quando regressou ao trabalho, o bebé ficou com quem? *

Marcar apenas uma oval.

- Companheiro(a)
- Outros familiares (avós, tios, outros)
- Creche/Jardim de Infância
- Ama
- Outra: _____

21. 19. Quando regressou ao trabalho, usufruiu do horário de amamentação (redução de 2 horas diárias)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, na totalidade
- Sim, parcialmente
- Não, por vontade própria
- Não, por imposição da entidade patronal
- Outra: _____

22. 20. Que idade tem o bebé atualmente (em meses)? *

_____

23. 21. Amamentou o bebé, EM EXCLUSIVO (ou seja, apenas com leite materno, sem suplementação de leite artificial nem introdução de outros alimentos), até que idade? *

Marcar apenas uma oval.

- 1 mês
- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- Outra: _____

24. 22. Ainda amamenta o seu bebé, atualmente? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a pergunta 26*
- Não

Avançar para a pergunta 26

25. 22.1 Se não, amamentou o bebé até que idade (em meses): *

_____

26. 23. Quais os motivos que considera terem contribuído para manter a amamentação além dos 24 meses de idade? (selecione todas as opções que se apliquem) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Duração da licença de parentalidade
- [ ] Horário de amamentação
- [ ] Fatores económicos (amamentação = alimento económico)
- [ ] Distância entre o local de trabalho e o local onde o bebé se encontrava
- [ ] Motivação pessoal da mãe
- [ ] Conhecimento sobre os benefícios da amamentação
- [ ] Introdução tardia (ou não introdução) de chupeta
- [ ] Introdução tardia (ou não introdução) de leite artificial/suplemento
- [ ] Extração de leite materno
- [ ] Existência de local adequado para extração de leite materno/amamentar no local de trabalho
- [ ] Apoio do(a) companheiro(a)
- [ ] Apoio familiar
- [ ] Apoio social
- [ ] Apoio do superior hierárquico
- [ ] Apoio dos profissionais de saúde
- [ ] Outra: _____

27. 24. Considera que os motivos que influenciaram a suspensão da sua amamentação após os 24 meses de idade foram: (selecione todas as opções que se apliquem) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Regresso ao trabalho
- [ ] Falta de intimidade do casal
- [ ] Diminuição da quantidade de leite
- [ ] Recusa do bebé
- [ ] Cansaço
- [ ] Falta de tempo
- [ ] Falta de apoio familiar
- [ ] Falta de apoio social
- [ ] Falta de apoio por parte dos profissionais de saúde
- [ ] Idade suficiente do bebé
- [ ] Problemas de saúde da mãe
- [ ] Problemas de saúde do bebé
- [ ] Desejo de parar de amamentar
- [ ] Exposição pública no ato de amamentar
- [ ] Otimização do padrão de sono do bebé
- [ ] Auto-imagem da mãe
- [ ] Dinâmica familiar
- [ ] Nova gravidez
- [ ] NÃO APLICÁVEL, AINDA ME ENCONTRO A AMAMENTAR
- [ ] Outra: _____

Opinião Pessoal sobre Amamentação

28. 25. Considera que o tema "Amamentação", atualmente, é: *

Marcar apenas uma oval.

- ( ) Valorizado demais
- ( ) Valorizado
- ( ) Pouco valorizado
- ( ) Sem opinião

29. 26. "Amamentar" para si é/foi... (responda com uma frase ou refira 2 a 3 adjetivos) *

_____
_____
_____
_____
_____

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários