

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

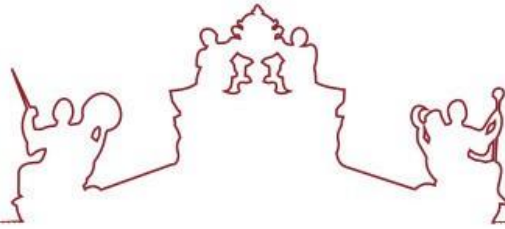
Relatório de Estágio

Visita domiciliária e proteção ao aleitamento materno

Nareth Zambrano Marin

Orientador(es) / Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2021



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

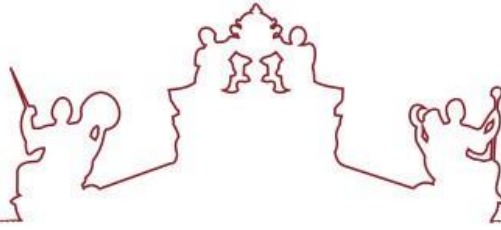
Relatório de Estágio

Visita domiciliária e proteção ao aleitamento materno

Nareth Zambrano Marin

Orientador(es) / Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2021



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus:

Presidente / Otília Zangão (Universidade de Évora)

Vogais / Ana Maria Aguiar Frias (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Orientador)

*“Sem sonhos, as perdas se tornam insuportáveis,
as pedras do caminho se tornam montanhas,
os fracassos se transformam em golpes fatais.
Mas, se você tiver grandes sonhos...
seus erros produzirão crescimento,
seus desafios produzirão oportunidades,
seus medos produzirão coragem.
Por isso, meu ardente desejo é que você
Nunca desista de seus sonhos”.*

Augusto Cury

DEDICATÓRIA

À minha filha Laia.

Ela que com seu sorriso me deu forças para lutar por um sonho.

Ela que aprendeu a passar meses longe de sua mãe.

Ela que nunca esquecerá que os obstáculos não existem.

*O seu pai, pelo apoio e por serem os braços que a sustentaram durante a
minha ausência com tanto amor.*

Ao meu pai, que do céu se orgulhará da minha conquista.

À minha mãe e meus irmãos por seu exemplo de luta e seu apoio incondicional.

*E toda a minha família que sempre acreditou em mim, Mensa e Rosy por darem
parte de suas vidas para eu alcançar esse sonho.*

A vida não me alcançará para agradecê-lo.

Agradecimentos:

À Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e todo o corpo docente que tornou este sonho possível, por abrir as portas e nos receber com tanto carinho. A Portugal e às pessoas maravilhosas que conheci no caminho.

À Sra. Professora Doutora Maria da Luz Barro, por aceitar a orientação deste trabalho, pelo apoio, sugestões e incentivo apesar de todos os contratempos vividos pelo caminho, obrigada por acreditar em mim.

A todos os supervisores clínicos EESMO do Hospital Garcia de Orta, ao serviço de consulta externa de obstetrícia, Guadalupe, Sonia, Adelaida, Sara, ao internamento de grávidas, minha querida Mariana, elas que com a sua experiência e profissionalismo dedicaram o seu tempo e paciência para o meu melhor aprendizado, a minha profunda admiração pela qualidade humana que ali encontrei, e principalmente ao serviço do bloco de parto, graças a toda a sua equipa, a Margarida, Cristiana, Cristina, Flora, Paulina, Isabel e tantos outros profissionais, graças a eles meu amor por esta profissão é ainda maior.

À Unidade Docente de Matronas do Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno-Infantil da ilha de Gran Canaria, infinito obrigado pelo carinho e acolhida, em especial às Matronas Elizabeth Guerra e Julia Jeperson, o amor por esta especialidade não conhece fronteiras. A Iraya, Alba, Gabi, a toda equipa que compõe o bloque do parto e a internamento do puerpério por compartilhar com paixão e profissionalismo o cuidado à mulher e ao seu bebé.

Às minhas colegas Tânia Fernández e Tânia Montesdeoca, amigas de viagem, de longas noites, por compartilharem com entusiasmo este sonho e também suas dificuldades, obrigada por me acompanharem, me apoiarem e por nunca me deixarem cair.

E por fim, e mais importante, a todas as mulheres, companheiros e famílias que me permitiram acompanhá-los em um momento único, sagrado e especial, eles são o objetivo de continuar meu crescimento profissional e oferecer-lhes com carinho, um atendimento de qualidade.

Resumo

Título: Visita domiciliária e proteção ao aleitamento materno.

Introdução: Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora com realização do Estágio de Natureza Profissional que permite através de práticas clínicas a aquisição de competências específicas na área da especialidade. **Objetivo:** Apresentar de modo reflexivo as aprendizagens e competências desenvolvidas durante a realização dos estágios em diferentes contextos clínicos. **Metodologia:** Estágio realizado sob metodologia de supervisão clínica com análise das experiências clínicas vividas e de verificação da autoeficácia na amamentação após a alta, através do método exploratório de abordagem quantitativa. **Resultados:** Atingiram-se as competências e verificou-se que a experiência anterior de amamentação, influencia a alta autoeficácia. **Conclusões:** o Estágio constituiu-se como uma experiência diversificada que permitiu o desenvolvimento de competências do Enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia.

Descritores (DeCS): Aleitamento Materno; Autoeficácia; Visita Domiciliar; Enfermeiras Obstétricas.

Summary

Title: Home visit and breastfeeding protection.

Introduction: This report appears in the scope of the Master's Course in Maternal and Obstetric Health Nursing at the University of Évora with the completion of the Professional Nature Internship that allows, through clinical practices, the acquisition of specific skills in the area of specialty. **Objective:** To present in a reflective way the learning and competences developed during the internship in different clinical contexts. **Methodology:** Internship carried out under the methodology of clinical supervision with analysis of clinical experiences and verification of self-efficacy in breastfeeding after discharge, using the exploratory method of quantitative approach. **Results:** Achieved skills and found that previous breastfeeding experience influences high self-efficacy. **Conclusions:** the internship is a diversified experience that allowed the development of skills of the nurse specialist in maternal and obstetric health

Descriptors (DeCS): Breastfeeding; Self-efficacy; Home visit; Nurse Midwives.

Índice

1. Introdução.....	12
2. Contexto Clínico do Estágio de Natureza Profissional	15
2.1 Caracterização do contexto	15
2.1.1 Centro Hospitalar Garcia de Orta.....	15
2.1.2 Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno Infantil (CHUIMI),	20
2.2 Metodologia.....	25
2.2.1 Objetivos	25
2.2.2 População alvo	26
2.2.3 Método de aprendizagem.....	27
3. Contributos para a melhoria da assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	28
3.1 Concetualização	28
3.2 Metodologia.....	34
3.2.1 Objetivo.....	34
3.2.2 Abordagem.....	34
3.2.3 Apopulação alvo.....	37
3.3 Resultados.....	42
4. Análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências	48
4.1 Competências Comuns dos enfermeiros especialistas	48
4.2 Competências Especificas dos Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	50
5. Considerações finais.....	54
6. Referências bibliográficas	57
Apêndices.....	61
Apêndice A: Experiências decorrentes do Estágio de Natureza Profissional.....	61
Apêndice B : Reflexão do Estágio de Natureza Profissional.....	62
Referências bibliográficas	88
Apêndice C: Revisão da Literatura	89
Apêndice D: Consentimento Informado Livre e Esclarecido	108
Apêndice E: Questionário caracterização sociodemográfico.....	111
Apêndice F: Proposta de Projeto do Estágio Final	114

Apêndice G: Pedido de Parecer à Comissão de Ética da saúde e Bem-estar da Universidade de Évora	115
Anexos	119
Anexo A: Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora para Aplicação do Estudo	119
Anexo B: Autorização Institucional para Aplicação do Estudo e respetivo Parecer da Comissão de Ética do Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín	120
Anexo C: Escala de avaliação do grau de auto-confiança ao BSES – SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form)	122
Anexo D: Autorização para a Utilização da escala de avaliação do grau de auto-confiança ao BSES – SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form)	123
Anexo E: Curso Sutura Perineal	124
Anexo F: Sala de parto de baixa intervenção	125

Índice de Figuras

FIGURA 1 - GRÁFICO: PARTOS E CESARIANAS HGO, EPE (2017 A SETEMBRO 2020*)	16
FIGURA 2 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO HGO, EPE	17
FIGURA 3 - GRÁFICO: PARTOS E CESARIANAS CHUIMI (2016 A 2019)	21
FIGURA 4 - TAXAS LACTÂNCIA MATERTA CHUIMI	21
FIGURA 5 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CHUIMI	22
FIGURA 6 - PORCENTAGENS DE BEBÉS COM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO DE 0 A 5 MESES	31
FIGURA 7 - NÚMERO DE PARTOS / FILHOS	40
FIGURA 8 - TIPO DE PARTO	40
FIGURA 9 - AMAMENTAÇÃO MATERNA EXCLUSIVA ATUAL	41
FIGURA 10 - AULAS DE AMAMENTAÇÃO	41
FIGURA 11 - VISITA DOMICILIAR DA EESMO	41
FIGURA 12 - NIVEL DE AUTOEFICÁCIA.....	45
FIGURA 13. FLUXO DE INFORMAÇÃO DAS DIFERENTES FASES DE REVISÃO DE ACORDO COM O MODELO PRISMA	97

Índice de Tabelas

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	39
TABELA 2 - ALFA DE CRONBACH.....	43
TABELA 3 - AVALIAÇÃO GLOBAL DO INSTRUMENTO BSES-SF.....	43
TABELA 4 - AVALIAÇÃO DE CADA UM DOS ITEM BSES-SF	44
TABELA 5 - AMAMENTAÇÃO PRÉVIA E ALTA AUTOEFICÁCIA	46
TABELA 6 - TIPO DE PARTO E ALTA AUTOEFICÁCIA.....	46
TABELA 7 - AULAS DE LM E ALTA AUTOEFICÁCIA.....	46
TABELA 8 - DESEJO DA VISITA DO EESMO E ALTA AUTOEFICÁCIA	47

1. Introdução

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, equivalente à educação de *Midwifery Students*, é composta por uma fração curricular com 60 *European Credit Transfer System* (ECTS) realizada em meio real, através de estágios ou práticas clínicas cujo objetivo é demonstrar a capacidade para identificar problemas, analisar criticamente as atividades desenvolvidas do ponto de vista teórico e as competências que foram adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo do percurso, utilizando uma metodologia reflexiva que contribuiu para o processo de autoaprendizagem, desenvolvimento pessoal e desempenho profissional.

O desenvolvimento das competências clínicas decorreu no Hospital Garcia de Orta em Setúbal e no Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno-Infantil (CHUIMI) em Las Palmas de Gran Canaria – Espanha, de 17 de setembro de 2019 a 8 de março de 2020, data em que estiveram paralisados os estágios devido à pandemia Covid-19, sendo retomados novamente de junho a agosto de 2020. No 1º semestre a vivência clínica foi desenvolvida no âmbito da Sala de Parto, Consulta Externa Obstétrica e em serviços de Grávidas/Ginecologia, com duração de seis semanas em cada área clínica, no 2.º semestre a experiência clínica decorreu em Bloco de Partos/Urgências Obstétricas, Ginecológicas e Puerpério.

Durante esta fase, foram realizadas experiências práticas em regime de supervisão clínica que permitiram adquirir e desenvolver competências específicas na área da especialidade e competências comuns aos enfermeiros especialistas, atingindo assim as recomendações da Diretiva Europeia, transpostas para o direito português através da Lei n.º 9/2009 de 4 Março, com um total de 1010 horas presenciais, sob a orientação pedagógica da Professora orientadora Maria da Luz Ferreira Barros, e dos supervisores clínicos dos diferentes serviços.

Relativamente ao desenvolvimento de competências preconizados pela Ordem dos enfermeiros (OE) e as exigências da Lei n.º 9/2009 de 4 de março, no que concerne à formação de Parteira pela Comunidade Europeia, os itens referidos no Diário da República, 1.ª série, N.º 84, 2 de maio de 2014, serviram de orientação para o cumprimento dos requisitos previstos, sendo alcançados ao longo dos estágios que estão anexados no Apêndice A.

No decorrer do estágio, elaborámos um trabalho de reflexão com o objetivo de abordar duas componentes: a análise e a reflexão que descreverão o processo de desenvolvimento das competências adquiridas durante a prática clínica (Apêndice B), com base no Regulamento de Competências OE (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A outra parte deste relatório refere-se à realização e descrição dum trabalho de aprofundamento de conhecimentos que desenvolvemos durante o estágio, um tema relacionado com a nossa prática clínica, o que poderia fornecer um contributo para a sustentação científica das práticas.

Para demonstrar a aquisição de competências especializadas, e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o **tema central** deste relatório é a Promoção, a Proteção e o Apoio ao Aleitamento Materno (AM) aprofundado nos diferentes contextos da prática profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Despertou-nos interesse não só pelos inumeráveis benefícios demonstrados em estudos científicos nas últimas décadas, tanto para o recém-nascido quanto para a mãe, mas também, pelo interesse e carinho pessoais por um período intenso que vivemos nos últimos anos, em que o apoio, o reforço positivo e a segurança oferecidos pelas minhas colegas enfermeiras especialista durante as visitas domiciliárias, contribuíram para salvar uma amamentação bem estabelecida durante 4 anos. Deste modo, tivemos como **objetivo**, avaliar os aspetos que podem beneficiar a proteção do aleitamento materno exclusivo com os contributos da visita domiciliária puerperal feita pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. (EESMO).

Os primeiros dias de vida de um bebé são fundamentais para o estabelecimento da amamentação e como consequência de um bom desenvolvimento a longo prazo. O leite materno é considerado pela Organização Mundial da Saúde como alimento ideal nos primeiros meses de vida. No entanto, em Portugal, apesar das recomendações, ainda existem taxas elevadas de abandono precoce. Apenas 55%-64% das mães amamentam aos três meses e

apenas 34% aos seis meses (Aguiar & Silva, 2011). O início da amamentação é um momento vital, de grande importância para a família, onde o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), sendo o profissional que está em contato nesses primeiros momentos de adaptação, deve informar, acompanhar e incentivar o casal, para seu bom sucesso. A Ordem dos Enfermeiros reconhece como competência específica do EESMO a promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto, a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, a promoção da saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal, onde o enfermeiro especialista deve conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (Regulamento nº 391/2019, 2019).

Este relatório está estruturado de acordo com o Regulamento do Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional, Trabalho de Projeto e Dissertação de Natureza Científica do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Despacho nº 90/2018) e contém 6 capítulos, começando pela introdução, seguida da análise do contexto do Estágio de Natureza Profissional. Posteriormente, procede-se à metodologia, na qual iremos abordar os objetivos do estágio, população alvo e método de aprendizagem. Em seguida, é feita uma apreciação reflexiva do processo de aquisição de competências com a discussão dos resultados. Continua com a análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências comuns dos enfermeiros especialistas e específicas dos Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Finalmente, apresentamos as conclusões e referências bibliográficas. Como complemento ao texto, apresento os apêndices e os anexos. Foi redigido em concordância com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, tal como recomendado pela circular 4/2011 da Universidade de Évora, e executado respeitando as normas da American Psychological Association (APA, 2019).

2. Contexto Clínico do Estágio de Natureza Profissional

2.1 Caracterização do contexto (recursos humanos e materiais, estrutura física e dados estatísticos)

O desenvolvimento dos estágios foi efetuado em 2 contextos clínicos muito distintos, proporcionando uma grande riqueza na experiência clínica. O primeiro semestre ímpar foi desenvolvido em Portugal - Setúbal no Hospital Garcia de Orta com início no serviço de bloco de partos (6 semanas) seguido de consultas externa de obstetrícia (6 semanas), e por último, serviço de internamento de grávidas / ginecologia (6 semanas). No semestre par, continuo no Hospital Garcia de Orta, novamente no bloco de partos (4 semanas) terminando no dia 8 de março de 2020, momento em que se deu um mudança em todo o mundo devido à pandemia Covid-19, e o desenvolvimento dos nossos estágios ficou interrompido por quase 3 meses. Depois do estado de alarme que afectou Portugal, Espanha (lugar de residência) e grande parte do mundo, foram retomados os estágios, com dificuldade, mas com grande esforço por parte da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora e do Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria. Chegou-se a acordo para a conclusão dos estágios serem efetuados na ilha de Gran Canaria, (Ilhas Canárias - Espanha), sendo retomado em Junho no CHUIMI, no serviço de bloco de partos (8 semanas) e no serviço de internamento de Puerpério (4 semanas).

2.1.1 Centro Hospitalar Garcia de Orta

O Centro Hospitalar Garcia de Orta (HGO) cujo nome surge em homenagem ao notável Médico, Botânico e Naturalista do século XVI com o mesmo nome, o Hospital tem como missão: prestar cuidados de saúde diferenciados, desenvolver atividades de investigação e formação de profissionais de saúde, assim como atividades de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas. Iniciou a sua atividade em setembro de 1991, em substituição do antigo Hospital da Misericórdia de Almada/Hospital Distrital de Almada que, entretanto, deixara de conseguir dar resposta a uma população cada vez mais crescente da península de Setúbal e que assegurava apenas cuidados hospitalares básicos. Em 2003, como consequência do seu desenvolvimento e grau de diferenciação criado, foi classificado como Hospital Central, o único na margem sul do Tejo, deixando de pertencer ao Setor

Público Administrativo e passando para o Setor Empresarial do Estado, a partir de 2006, como entidade pública empresarial (EPE), estatuto que mantém até hoje (Hospital Garcia de Orta, 2019).

O HGO serve atualmente uma população estimada em cerca de 350 mil habitantes dos concelhos de Almada e Seixal, dispõe de uma lotação de 545 camas, distribuídas por várias especialidades e Serviços de referência que apoiam regularmente outros hospitais. A Maternidade do HGO realiza em média cerca de três mil partos por ano e é certificada como Hospital Amigo dos Bebés desde 2005 pela UNICEF, tendo sido o primeiro hospital a nível nacional a obter esta certificação, este hospital já foi alvo de várias reavaliações, tendo a último sido em 2014, a qual lhe continuou a conferir a acreditação.

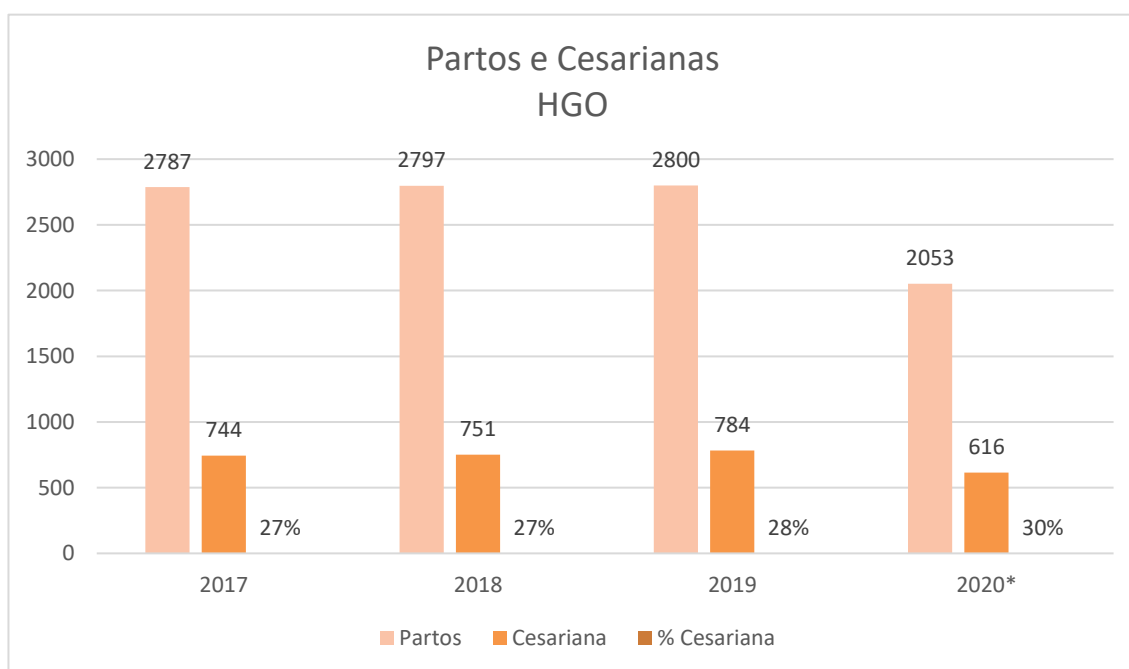


Figura 1 - Gráfico: Partos e Cesarianas HGO, EPE (2017 a setembro 2020*)

Fonte: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/partos-e-cesarianas/>

Está classificado como Hospital Perinatal Diferenciado e dá resposta a utentes da zona

sul do país e ilhas e tem capacidade de prestar assistência multidisciplinar para patologias associadas ou concomitantes da gravidez. Dispõe de um centro de diagnóstico pré-natal (CDPN), um centro de infertilidade e reprodução medicamente assistida (CIRMA), uma unidade de cuidados intensivos neonatais (Hospital Garcia de Orta, 2019)

O serviço de Obstetrícia-Ginecologia do Hospital Garcia de Orta é composto por:

- Internamento de Ginecologia;
- Internamento de medicina materno-fetal;
- Internamento de puerpério;
- Consulta Externa;
- Bloco Operatório;
- Bloco de Partos;
- Urgência Ginecológica-Obstétrica.

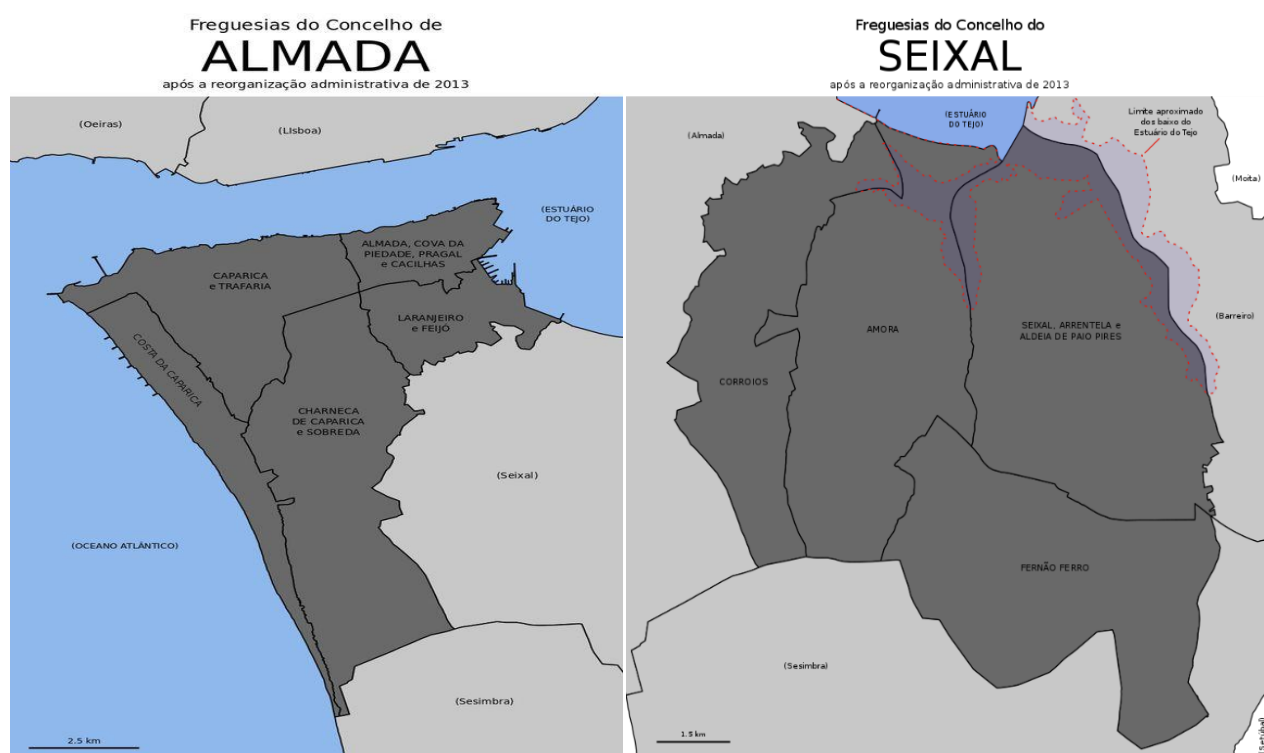


Figura 2 - Área de abrangência do HGO, EPE

SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA/ GINECOLÓGICA E BLOCO DE PARTOS

O Serviço de Urgência Obstétrica/ Ginecológica e Bloco de Partos fica no 1 andar do Hospital. O Serviço de Urgência tem 3 salas de atendimento com computadores, ecógrafos e todo o material necessário para a avaliação da mulher, 1 sala de triagem, uma sala para avaliação materna fetal com 3 cardiotocográficos, um bloco operatório, 2 casa de banho, 1 com duche, uma unidade de observação com 2 camas e uma sala de desinfecção/lixos.

O Serviço de Urgência presta atendimento a mulheres grávidas, parturientes, puérperas, mulheres com patologia ginecológica e adolescentes. O Bloco de Partos tem um gabinete da enfermeira chefe, uma copa, um vestiário, uma sala para o pessoal, 4 salas individuais para dilatação e parto, uma sala de vigilância com 3 camas, uma sala de cuidados imediatos ao recém-nascidos, 2 blocos operatório sob a responsabilidade da mesma equipa e uma sala de observação com 2 camas, 2 casa de banho para o pessoal e outro para as grávidas com duche e uma sala de desinfecção/lixos. As salas individuais para o parto tem cardiotocógrafo com telemetria se a mulher deseja liberdade de movimento, uma cama de parto, monitor para vigilância dos parâmetros vitais, dispositivo de música, bola de nascimento, lenço de suporte no teto, cadeira de parto. A equipa de Enfermagem é constituída por um chefe EESMO durante o turno da manhã, 34 EESMO, 10 Enfermeiros generalistas. Os registos de enfermagem são realizados no programa informático Sclínico.

Durante os estágios no bloco de partos HGO, realizámos um total de 37 partos eutócicos, participei de 11 partos distócicos e 4 cesarianas, realizámos 20 técnicas de sutura e 2 episiotomias com sua posterior episiorrafia. Prestámos cuidados imediatos a 44 recém-nascidos saudáveis e 6 recém-nascidos de risco que necessitaram de alguma ajuda nas manobras para adaptação extra-uterina.

SERVIÇO DE CONSULTA EXTERNA DE OBSTETRÍCIA

As consultas externas de obstetrícia estão divididas em 3 gabinetes para consulta da equipa médica ginecológica e 4 gabinetes para consulta de enfermagem especializada, equipados com cardiotocógrafo, maca, monitor de pressão arterial, mesa, computador, cadeiras e todo o material de apoio necessário para as seguintes consultas:

- ✓ Consulta peri-parto;

- ✓ Consulta de idade materna;
- ✓ Consulta GND;
- ✓ Embrio-fetal;
- ✓ Materno-fetal;
- ✓ Consulta de diabetes gestacional.

A equipa de trabalho é composta por 2 administrativas que acolhem as mulheres na chegada à sala de espera, 2 assistentes operacionais, 7 EESMO, um deles exerce a função de chefe de equipa, das 8h00 às 16h00 horas de segunda-feira a sexta-feira e 3 médicos obstetras. Os registos são realizados no programa informático Sclínico.

Durante esses estágios, realizámos o acompanhamento pré-natal a 184 mulheres grávidas de risco e 32 mulheres com gravidez de baixo risco, onde pudemos desenvolver e fortalecer as competências necessárias para esses estágios

SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS

O serviço de internamento de grávidas, fica localizado no piso 5 do Hospital, tem uma sala de medicação, sala de exames com ecógrafo, um gabinete da enfermeira chefe, uma sala de reunião compartilhada com a equipa médica. Tem capacidade para 26 camas, cada quarto está equipado com duas ou três camas, cardiotocógrafo, uma televisão e um WC, os últimos dois quartos são usados geralmente, para acolher as grávidas em processo de perda fetal ou neonatal.

A equipa de Enfermagem é constituída por 1 supervisor clínico EESMO durante o turno da manhã, 15 EESMO, 7 Enfermeiros generalistas e 8 assistentes operacionais, 5 médicos obstetras, 4 médicos internos de especialidade, 1 dietista, 1 assistente social e 2 administrativas. O serviço de internamento recebe grávidas com patologia, grávidas em ameaça de parto pré-termo, grávidas em indução do trabalho de parto e mulheres com patologia ginecológica. Os registos são realizados no programa informático Sclínico. Durante esses estágios, realizámos o acompanhamento a 107 mulheres grávidas de risco e 10 mulheres com afeções ginecológicas.

2.1.2 Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno Infantil (CHUIMI),

O Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno-Infantil pertence à rede de hospitais públicos do Serviço de Saúde das Canárias, pertencente ao Ministério da Saúde do Governo das Canárias. O Complexo Hospitalar é constituído pelo Hospital Universitário da Ilha de Gran Canaria e pelo Hospital Universitário Materno e Infantil das Canárias, centros de referência na Comunidade Autónoma das Canárias. Encontra-se situado geograficamente na cidade de Las Palmas de Gran Canaria, capital da ilha de Gran Canaria (população de 851.231 habitantes), pertencente à Comunidade Autónoma das Ilhas Canárias, em Espanha.

Fazendo uma breve contextualização histórica, é de referir que o Hospital Materno-Infantil tem uma história de mais de 30 anos. Iniciou a sua atividade em 1982, sendo a maioria dos seus profissionais provenientes do antigo Hospital Nuestra Señora del Pino. Hoje, o Complexo Hospitalar Insular Materno Infantil é o maior centro de saúde de todas as Ilhas Canárias. Além disso, distingue-se por ser um Hospital com uma longa tradição de ensino e investigação. Com 4.852 profissionais e tecnologia avançada, é referência para todo o arquipélago das Ilhas Canárias, no tratamento da Deficiência Auditiva, na assistência a pacientes com Lesões Medulares, no tratamento de Doenças Infecciosas e Medicina Tropical e no atendimento à Cirurgia Cardíaca Infantil (Servicio Canario de Salud., 2020).

É também considerado um hospital de referência na área da Saúde Materna e Obstetrícia, dadas as taxas baixas de cesarianas a nível nacional, em 2019 apresentou 10,91%, de acordo com os valores recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e 3.995 de partos total que se realizaram nesse mesmo ano (Afonso, 2019).

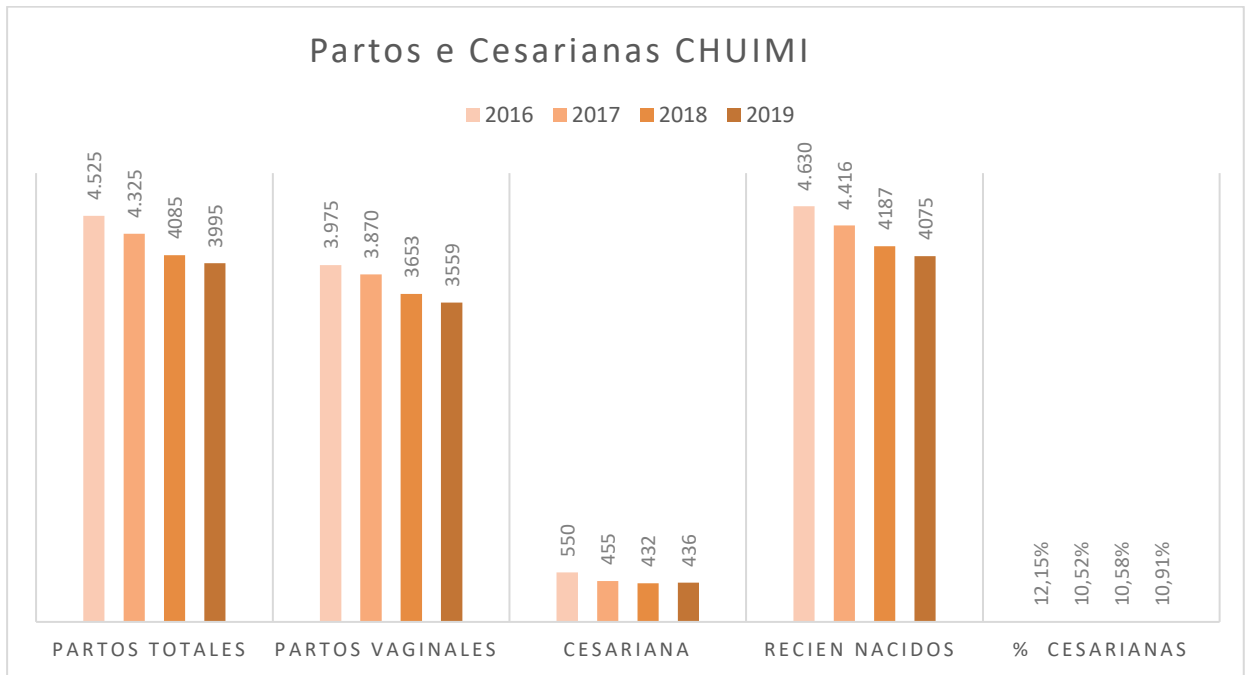


Figura 3 - Gráfico: Partos e Cesarianas CHUIMI (2016 a 2019)

Fonte: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/listaimgenes.jsp?idDocument=f57831df-03cd-11e2-afb1-b9b294c3b92c&idCarpeta=04d48f0a-541c-11de-9665-998e1388f7ed>

O centro encontra-se em processo de acreditação da fase 3 do projeto Iniciativa para Humanização do Nascimento e Lactação (IHAN), promovido pela OMS e Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com o objetivo de obter a certificação internacional como Hospital Amigo das Crianças, para benefício de mães e bebês. O Complexo Hospitalar criou a Comissão de Lactação em março de 2016, com o objetivo de melhorar a saúde materno-infantil da população e garantir a todas as mulheres o direito ao aleitamento materno, o que é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde como um direito humano.

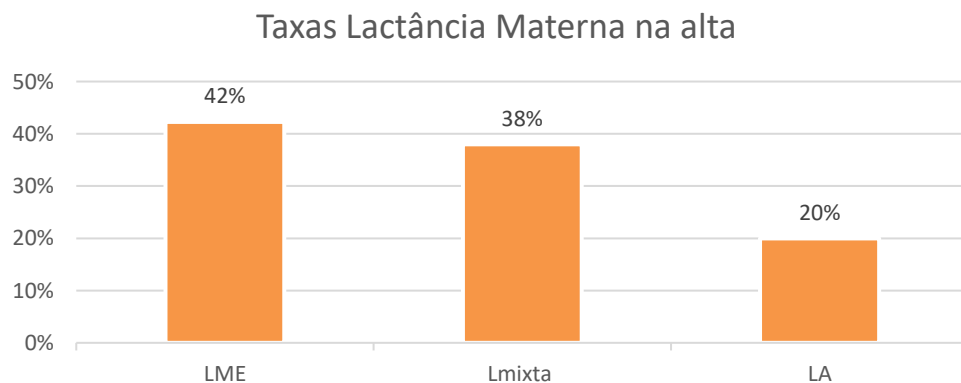


Figura 4 - Taxas Lactância Materna CHUIMI

Fontes: estatísticas do hospital

Atualmente, esta instituição hospitalar tem atribuída toda a população da ilha de Gran Canaria, com idades compreendidas entre 0 a 13 anos (Pediatria 101.454 cartões de saúde) e mulheres de idade superior a 14 anos (Ginecologia e Obstetrícia 366.273 cartões de saúde). Trata-se de um hospital de nível III no que toca à sua área de influência e atendimento de situações de risco e de maior complexidade, abrangendo a ilha de Gran Canaria e as que constituem a província (Lanzarote e Fuerteventura) (Afonso, 2019).

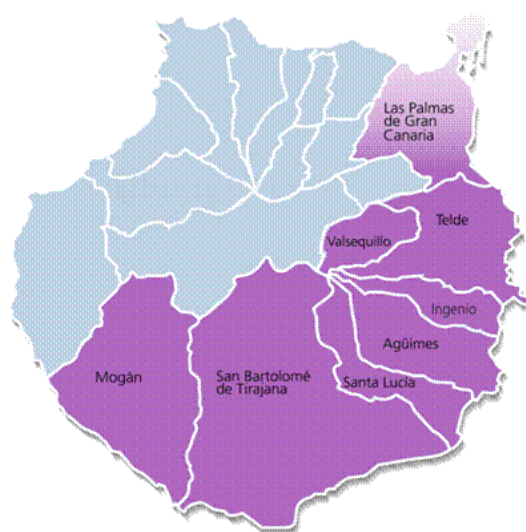


Figura 5 - Área de abrangência do CHUIMI

Fonte: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/gc/30/memorias/11/asistenciales/index.htm#>

O Hospital Universitário Materno-Infantil dispõe dos serviços necessário para fornecer cuidados de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), entre as quais está a Unidade de Serviço de Urgência Obstétrica/ Ginecológica (SUOG) com uma consulta de triagem, duas consultas de avaliação, uma sala de observação obstétrica, uma sala de observação ginecológica e uma sala de espera, bloco de partos, uma sala de puerpério imediato, duas unidades de internamento de obstetrícia e puerpério, uma unidade de obstetrícia e ginecologia de alto risco, unidade hospitalar de fisiopatologia fetal, a unidade ambulatorial de fisiopatologia fetal, Hospital obstétrico de dia, unidade ambulatorial educação em diabetes, unidade de neonatologia, uma unidade de monitorização para gravidez de alto risco, unidade de diagnóstico pré-natal e unidade de patologia pélvica e cervical.

SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA/ GINECOLÓGICA E BLOCO DE PARTOS

- Serviço de Urgência Obstétrica/ Ginecológica (SUOG) com uma sala de espera e três gabinete de reconhecimento com um WC individual. Duas salas são para os ginecologistas/obstetras e outra para o EESMO quem realiza a triagem. Em todas existe computadores, ecógrafos e todo o material necessário para a avaliação da mulher e do bebé.
- Área de Observação obstétrica chamada “*expectantes*”, com seis camas, seis cardiotocógrafos para o controlo fetal.
- Sala de observação ginecológica.
- Bloco de Partos (BP) consta de 10 unidades individuais, com camas de dilatação-expulsivo, cardiotocógrafos e área de ressuscitador neonatal. Destes 10 salas, uma é para parto gemelar e parto pélvico, outra para gestantes que chegam no período expulsivo e outra para um parto natural (Anexo F) .
- Bloco Operatório sob a responsabilidade da equipa do bloco operatório.
- Área de Puerpério Imediato para seis puérperas.
- Área de Transição para recém-nascidos com quatro incubadoras.

No que concerne a recursos humanos, esta unidade conta para sua coordenação com uma supervisora EESMO uma enfermeira geral e uma assistente operacionai no turno da manhã.

No bloco de parto há 60 EESMO e 47 assistentes operacionais, cada turno tem 10 EESMO que realizam um turno diurno de 12 horas no dia seguinte um turno noturno de 12 horas, uma saída de guarda e 2 dias de folga, 6 EESMO estão destinados à área do bloco de parto, assistindo uma grávida, exceto o EESMO que está na sala n. ° 4 e sala n.º 7 que fica responsável por ambos.

A área de observação ginecológica e obstétrica é coordenada por 2 EESMO, a área de urgência por um EESMO realizando a triagem e outro EESMO pelo puerpério imediato. Existem ainda 12 enfermeiros na área de transição responsáveis pelo atendimento dos recém-nascidos (RN) que necessitem de cuidados especiais. Os registos são realizados no programa informático Drago para a história clínica e Philips para o partograma e CTG .

Durante os estágios no bloco de partos realizámos um total de 20 partos eutócicos, participámos em 11 partos distócicos, realizámos 15 técnicas de sutura, prestámos cuidados imediatos a 25 recém-nascidos saudáveis e 8 recém-nascidos de risco que necessitaram de alguma ajuda nas manobras para adaptação extra-uterina.

SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PUERPÉRIO

O Internamento de Puerpério fica localizado no piso 6 e 7 do Hospital, tem 80 camas distribuídas por dois serviços, cada quarto está equipado com duas camas e uma casa de banho comum. Cada serviço possui um gabinete da enfermeira chefe, uma sala de medicamentos com computadores para enfermagem geral, uma sala de observação obstétrica com todos os equipamentos: cardiotocógrafo, marquesa, dopplers para auscultação cardiofetal e duas salas para a atender aos RN, uma em cada serviço. Esta unidade conta com 2 supervisoras enfermeiras gerais, 28 enfermeiros, 28 auxiliares de enfermagem e 10 EESMO.

É importante destacar que em Espanha as unidades de internamento de grávidas e puérperas ainda estão a cargo de enfermeiras generalistas, esta questão continua a ser polémica, visto que as Enfermeiras Especializadas em Saúde Materna e Obstetrícia lutam há muitos anos para desenvolver as suas competências e responsabilidades assumindo o cargo de responsáveis destas unidades. Graças a esta luta no CHUIMI tem-se conseguido que a avaliação do puerpério tardio em internamento seja efectuada por um EESMO e assim tenham 2 por turno, um em cada serviço durante o turno da manhã e um EESMO nos turnos da tarde e da noite. Os registos são realizados no programa informático Drago. Durante estes estágios, realizámos o acompanhamento a 100 puérperas normais, 6 de risco e prestámos cuidados de enfermagem especializados à 6 recém-nascido normais e 7 de risco.

2.2 Metodologia

2.2.1 Objetivos

Para delinear os objetivos, baseamo-nos no Regulamento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em que se preconiza que o enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica adopta no seu exercício profissional intervenções autónomas nos cuidados prestados em situações de baixo risco, ou seja, aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. Refere também “*as intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher*” (Regulamento nº 391/2019, 2019, pág. 13561).

Partindo destas determinações, e procurando o desenvolvimento de habilidades nesta área para contribuir com um crescimento profissional, foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências para o exercício de EESMO, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 391/2019) referente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia;
- Desenvolver uma prática profissional centrada nas mulheres, famílias e respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão;
- Desenvolver capacidade de análise e reflexão sobre a prática clínica desenvolvida ao longo dos Ensinos Clínicos e Estágio com Relatório na aquisição de competências especializadas em saúde materna e obstétrica;
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, RN e família;
- Desenvolver competências relacionadas com a promoção de intervenções de enfermagem que promovam a autoeficácia da mulher na amamentação.

De acordo com a ficha da Unidade Curricular do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade

de Évora Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, os objetivos de aprendizagem definidos, são os seguintes:

- ✓ Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade:
 - a. No âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional;
 - b. No período pré-natal;
 - c. No âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
 - d. Nos vários estádios do trabalho de parto em situação de saúde/des-vio de saúde;
 - e. No período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde;
 - f. Durante o período pós-natal;
 - g. A vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
 - h. Demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

- ✓ Demonstrar uma aquisição de conhecimentos considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência.
- ✓ Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua atuação no estágio final.

2.2.2 População alvo

Durante o desenvolvimento dos estágios de natureza profissional que foram desenvolvidos por diferentes unidades de saúde, tivemos a oportunidade de atender mulheres em idade fértil, grávidas, puérperas, casais e recém-nascidos, mulheres com patologia ginecológica e na fase do climatério.

2.2.3 Método de aprendizagem

A metodologia utilizada durante o desenvolvimento do estágio nas diferentes áreas clínicas esteve sob a supervisão clínica de um EESMO, que se caracterizou por um processo de aprendizagem, reflexão e aquisição de conhecimentos e competências através da prática clínica. Tivemos também o apoio e orientação da professora orientadora de estágio tendo ocorrido diversos encontros presenciais e *online*, nos quais foram esclarecidas dúvidas, orientando nas aprendizagens e ajudando na elaboração final deste relatório.

As avaliações de todo este processo de aprendizagem e aquisição de competências foram efetuadas em todos os campos clínicos ocorrendo em 2 momentos, com uma avaliação intermédia e outra final, onde foi realizada uma reflexão conjunta com o supervisor clínico dado a conhecer o grau de integração, o desenvolvimento e aquisição de competências utilizando um instrumento de avaliação onde constavam as Competências de diagnóstico/apreciação, de planeamento, de execução, de avaliação de gestão de cuidados e de responsabilidade profissional e prática segundo a ética.

Em todos os locais de estágio vivemos um período de adaptação e integração para perceber e identificar a estrutura do serviço, a dinâmica da equipa de trabalho e os protocolos da unidade, com a preocupação acrescida de fazer um esforço por compreender a linguagem e superar a barreira de expressarmos corretamente com toda a equipa e principalmente com todas as mulheres que acompanhamos e cuidamos.

Após o término de cada campo clínico, entregámos um trabalho de reflexão (Apêndice B) sobre as competências desenvolvidas, o grau de aquisição dos objetivos propostos, atualização das diretrizes internacionais e uma revisão da literatura (Apêndice C). Todo esse processo ajudou a adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados especializados à mulher.

3. Contributos para a melhoria da assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

3.1 Concetualização (revisão da literatura)

Ao longo do estágio o principal tema a aprofundar centrou-se nas intervenções dos EESMO para ajudar a aumentar a autoeficácia das mães após a alta médica, contribuindo assim para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. A principal intervenção foi a visitas domiciliárias, altamente reconhecida como eficazes no atendimento à comunidade e recomendada por organizações mundiais (OMS, UNICEF, 2009) e em Portugal são também reconhecidas em 2006 e propostas no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013).

Nas últimas décadas, as diferentes investigações destacam as vantagens da amamentação para a saúde do bebé e da mãe. Para os autores Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares, & Gomes a amamentação é considerada um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção das crianças já que promove o desenvolvimento cognitivo da criança e é um momento único entre mãe e bebé (2006).

Os primeiros dias de vida de um bebé são fundamentais para o estabelecimento da amamentação e como consequência de um bom desenvolvimento a longo prazo. O leite materno é considerado pela Organização Mundial da Saúde como alimento ideal nos primeiros meses de vida promovendo assim o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. Estas recomendações são difíceis de alcançar sendo um problema mundial, em Portugal, a taxas de abandono precoce ainda é altas, aos três meses apenas 55%-64% das mães amamentam e apenas 34% aos seis meses (Aguiar & Silva, 2011).

Consideramos que, promover o Aleitamento Materno (AM) é o que mais se faz. No entanto, não há sucesso sem apoio e proteção. Ou seja, não basta apenas criar valores e comportamentos culturais favoráveis a esta prática, é também necessário criar condições para resolver os problemas que surgem (apoio) e cuidar para que nenhum obstáculo seja colocado no percurso da amamentação (proteção). A promoção do AM envolve considerar os aspectos biofisiológicos influenciados por fatores sociais, económicos, políticos e culturais. A superação das dificuldades relacionadas à amamentação depende, em grande parte, das atitudes e o grau de confiança materna, do vínculo, do apoio recebido pelas mulheres, e no

grau de acompanhamento e apoio dos profissionais (Carvalho & Tavares, 2010; Graça, 2010; Alves, 2011).

Nas primeiras semanas após a alta da maternidade, as mulheres tendem a sentir-se inseguras começando a surgir as primeiras dificuldades na amamentação. O facto de pertencerem a uma geração onde nunca presenciaram a amamentação na sua família ou no seu meio social, pode aumentar as suas dúvidas e desconhecimento acerca deste processo. Muitas vezes as mulheres não sabem como superar essas dificuldades, e é nesse momento que os profissionais de saúde como os EESMO devem intervir, por forma a auxiliar as mulheres na resolução das suas dúvidas e inseguranças, promovendo assim o aleitamento materno (Castelli, Maahs, & Almeida, 2014).

O apoio e orientação para o sucesso da amamentação nos primeiros dias após a alta da maternidade dado pelos profissionais de saúde é bastante reconhecido e a Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés do Comité Português para a UNICEF defende a importância dos primeiros quinze dias de vida do bebé para o estabelecimento da amamentação. Defendem que “ *Durante este período de tempo, a mãe deverá ser ajudada por alguém que a substitua nas tarefas caseiras, a fim de poder dedicar-se plenamente ao seu bebé e ter o apoio de profissionais de saúde competentes e disponíveis no centro de saúde, através de consulta telefónica ou mesmo visita domiciliária, se necessário* ” (Levy & Bértolo, 2012, págs. 13-14)

As recomendações mais recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre cuidados pós-parto para mães e recém-nascidos destacam a necessidade de visitas domiciliárias como uma boa prática no cuidado pós-natal para todas as mães e recém-nascidos (OMS, 2015). A Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a OMS, em comunicado conjunto, defendem que as visitas domiciliárias após o nascimento são uma estratégia que incentiva a amamentação exclusiva e o início imediato, recomendando estas visitas durante a primeira semana de vida para aumentar a sobrevivência dos recém-nascidos (OMS, UNICEF, 2009)

O domicílio é um lugar privilegiado para observar as relações entre os membros da família. Essas relações podem ser benéficas para o bem-estar logo, favorecem a sobrevivência e a manutenção do estado de saúde ou então constituem um risco, portanto, uma das causas da vulnerabilidade. A visita domiciliária permite ao EESMO uma visão mais real destas potencialidades ou dificuldades, podendo assim intervir para a resolução das suas vulnerabilidades e para a produção de comportamentos adaptativos saudáveis (Mandú, Gaíva, Silva, & Silva, 2008).

No estudo de Carvalho, Carvalho, Santos, & Santos (2018), o aspeto que influenciou negativamente a manutenção do aleitamento materno foi a ausência da primeira visita domiciliária puerperal. Para Carvalho e Tavares (2010), as visitas domiciliárias à puérpera e recém-nascido, nos primeiros dias após a alta hospitalar, garantem transição segura entre o meio hospitalar e o domicílio. Sendo o EESMO o profissional apto para avaliação da díade, capaz de dar respostas às necessidades dos intervenientes neste período, além de orientar e tomar medidas necessárias, bem como, encaminhar os mesmos aos recursos disponíveis na comunidade, promovendo e potencializando a melhoria na qualidade dos cuidados prestados (Lowdermilk & Perry, 2008)

Em Portugal os Cuidados de Saúde Primários (CSP) foram reorganizados em 2006, com a criação das Unidades de Saúde Familiares (USF). Nesta reformulação realizada ao nível dos CSP, uma das propostas é a visita domiciliária. A visita domiciliária ao RN e família é também recomendada, sendo referido no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil:

*“é de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a **visitação domiciliária**, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco”* (DGS, 2013, pág. 7)

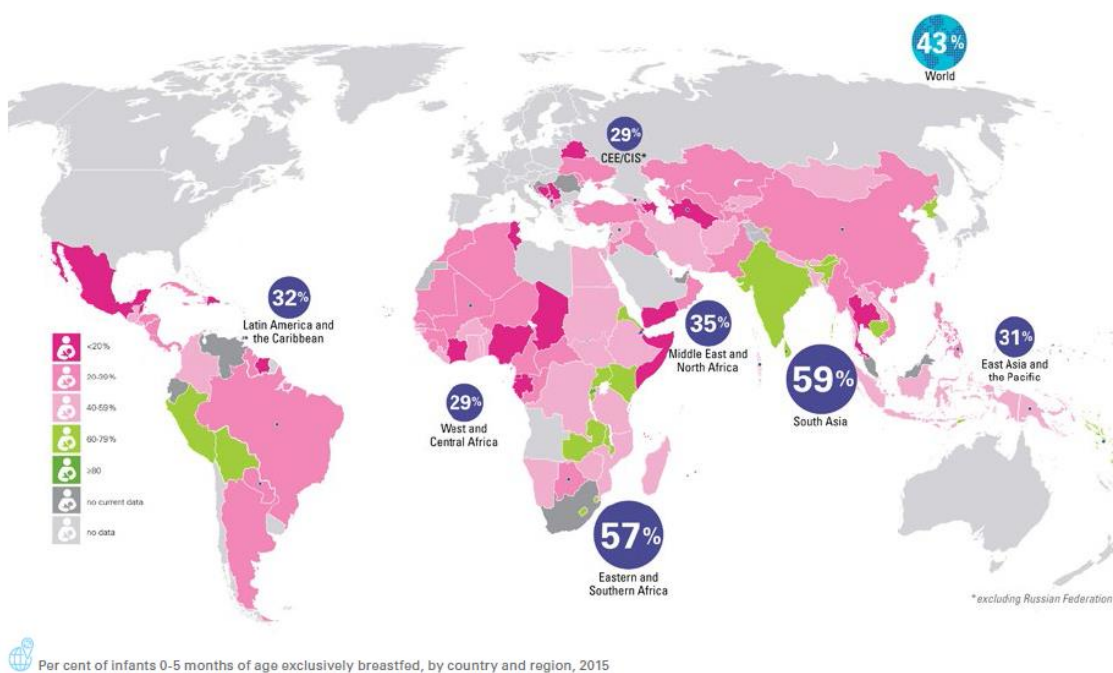
Vários autores têm investigado e refletido sobre a prática do aleitamento materno. Autores como Levy & Bértolo (2012), refletiram sobre a amamentação em Portugal e referem que

“em Portugal Alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência no

aleitamento materno, o que significa que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno. Referem ainda estes autores, ” No entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem da amamentação durante o primeiro mês de vida do bebé”. (Manual de Aleitamento Materno, pág. 7).

A situação mundial não difere muito dessa realidade, os dados publicados em 2016 pelo United Nations Children’s Fund (UNICEF, 2016) indicam que, globalmente, apenas 43% (2 em 5) das crianças continuam em Aleitamento Materno Exclusivo (AME) aos 6 meses de vida. As maiores taxas são apresentadas pelos países do Sul da Ásia com percentual de AME de 60%, seguidos do Leste e Sul da África com 57%. Muito preocupante é o fato de que em muitas regiões esse percentual é de apenas 30%.

Globally, just over two out of five infants are exclusively breastfed



Fonte: banco de dados global UNICEF, 2016

Figura 6 - Percentagens de bebés com Aleitamento Materno Exclusivo de 0 a 5 meses

Apesar das recomendações de organizações internacionais e dos esforços políticos para implementar as visitas domiciliárias nas revisões pós-parto para puérperas e recém-nascidos em Portugal, durante a estratégia de realização deste relatório do estágio, foi difícil encontrar um Centro de Saúde na área de realização do estágio, que tenham esta visita

domiciliária pós-parto implementada nos seus serviços.

Esta situação não difere muito da realidade em Espanha, país onde o estágio foi finalmente realizado devido ao estado de alarme causado pela pandemia Covid -19. Na maioria das comunidades autónomas espanholas e países europeus, é recomendado realizar a visita puerperal na casa da mãe, a realidade é que mais de 90% das visitas são realizadas na consulta do Centro de Saúde, reservando o domicílio para os casos muito especiais (puérperas com complicações perinatais graves ou de alto risco social) e de urgência. (Lamas, 2010). A Associação Espanhola de Cuidados Primários de Pediatria e o grupo de Atividades Preventivas e Promoção da Saúde recomendadas para a infância e adolescência da Associação Espanhola de Pediatria de Cuidados Primários (AEPap) e o Programa de Atividades Preventivas e Promoção da Saúde (PAPPS-semFYC) preconizam visitas domiciliárias nos primeiros dias de vida do recém-nascido após a alta hospitalar, mas atualmente não existem estratégias de implementação.

Atendendo às nossas expectativas de desenvolver competências relacionadas com a promoção de intervenções de enfermagem que promovam a autoeficácia da mulher no aleitamento materno no domicílio, esperamos contribuir para as determinações propostos para Portugal e publicados no Relatório Primavera (2018) onde se estabelece como meta a atingir em 2025, " *pelo menos 50% de prevalência de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses*" (Barros, Rodrigues, & Teixeira, 2018, pág. 39) e assim, nos afastarmos da atual taxa de prevalência dos 6 meses de aleitamento materno exclusivo que é de 30,3%. Devemos continuar a investigar junto à mulher qual a melhor estratégia para alcançar esse objetivo.

Durante o desenvolvimento do 2º semestre do estágio, a realidade com a pandemia Covid-19 modificou o planeamento do projeto inicial na medida em que não era possível fazer-se a visita domiciliar, devido à situação pandémica e também porque, esta prática apesar de ser recomendada não tem sido praticada em todas as unidades de saúde. Deste modo, mantivemos o interesse em acompanhar a mulher no domicílio, optando por fazer contacto telefónico para a recolha de dados. No início do novo milénio, Carr & Worth (2001), entendem que a crescente popularidade da entrevista telefónica como método de investigação pode ser

um reflexo da mudança social e dos avanços tecnológicos, com aceitabilidade nos serviços de saúde. Anos mais tarde, Woo, Kim, & Couper (2014) defendem que as investigações feitas com recurso a telemóvel têm-se mostrado úteis em diversos tipos de populações podendo ser mais popular do que o uso da Internet. Considerando as mais-valias decorrentes dos avanços tecnológicos, as intervenções telefónicas são vistas como uma ferramenta que pode ser acrescentada às que já são utilizadas no sistema de saúde, para facilitar o acesso, orientação, apoio e acompanhamento da puérpera e dos seus filhos (Oriá et al., 2018); embora os resultados de outra revisão sistemática, que compara várias intervenções com intervenções hospitalares e de acompanhamento comunitário, tenha constatado que todas as intervenções tiveram um efeito positivo, exceto as intervenções por telefone (Olufunlayo et al., 2019).

No entanto, existe uma elevada concordância entre as várias revisões, no que diz respeito às intervenções por telefone terem que ser complementadas com visitas programadas, tanto no hospital como na comunidade, para incentivar a amamentação exclusiva (Galipeau et al., 2018; Mcfadden et al., 2017; McFadden et al., 2019; Skouteris et al., 2017).

Por este motivo, considerou-se pertinente realizar a avaliação da autoeficácia no aleitamento materno por meio de contato telefónico e nesse sentido, foi importante avaliar com base nas evidências atuais, se as intervenções telefônicas de acompanhamento, dirigidas pela EESMO, favorecem as mulheres a continuarem a amamentar exclusivamente nos primeiros seis meses.

Esta situação permitiu-nos realizar uma Revisão da Literatura baseada em revisões sistemáticas e narrativas que compilam o estado atual das evidências publicadas em bases de dados científicas. As fontes das evidências foram as revisões, devido ao grande volume de estudos primários existentes nas diferentes bases de dados sobre as intervenções para promover a continuidade da Aleitamento Materno Exclusivo.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados MEDLINE (Pubmed) e na Cochrane Library desde 2016 até à data atual, sendo apenas incluídos estudos em inglês. A partir da pesquisa bibliográfica e da seleção dos estudos, foram identificadas oito revisões sistemáticas que respondem à questão de pesquisa do presente estudo. (Apêndice C)

3.2 Metodologia

A metodologia de um estudo de pesquisa consiste na apresentação do desenho do estudo e na descrição do planeamento e execução do trabalho desenvolvido (Fortin, Côté, & Fillion, 2009). Assim, este capítulo apresenta os objetivos do estudo, a metodologia utilizada, a população e a amostra em estudo. Será descrita detalhadamente os instrumentos utilizados de recolha e tratamentos de dados e por fim a análise estatística.

3.2.1 Objetivo

Para além dos objetivos já referidos no ponto 2, os seguintes objetivos foram definidos, para a temática a abordar:

Objetivo Geral:

- Avaliar os aspectos que podem beneficiar a proteção do aleitamento materno exclusivo com os contributos da visita domiciliária puerperal feita pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Objetivos Específicos:

- Adquirir conhecimentos técnicos, científicos e humanos que permitam prestar cuidados especializados no âmbito do aleitamento materno exclusivo.
- Identificar fatores (sociodemográficos e obstétricos) que possam influenciar negativamente a prática do aleitamento materno exclusivo no domicílio.
- Avaliar o nível de autoeficácia em relação à amamentação em puérperas uma semana após a alta da maternidade.

3.2.2 Abordagem

Uma vez definido o problema e os objetivos a ser abordados a metodologia para

realizar este relatório, foi um estudo do tipo observacional, pois não houve manipulação das variáveis (Castro, 2013), os resultados do presente estudo refletiram naturalmente o nível de autoeficácia em relação à amamentação das puérperas que livremente decidiram assinar o termo de consentimento para participar deste estudo (Apêndice D).

De acordo com o planeamento de recolha de dados, o estudo foi do tipo prospetivo, porque as informações foram registradas de acordo como os fenómenos que ocorreram no momento da aplicação dos instrumentos de pesquisa. E por fim, quanto ao número de medições, o estudo é tipo transversal porque a variável foi estudada num determinado período de tempo-espaço e correlacional pois pretende-se estudar fenómenos através do estabelecimento de relações entre as variáveis (Castro, 2013).

Para a recolha dos dados sociodemográficos, foi elaborado um questionário (Apêndice E) que as puérperas preencheram no dia da alta médica e deram seu consentimento assinando o termo de consentimento para receber um contacto telefónico para responder a escala de avaliação do grau de auto-confiança ao BSES – SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form) (Anexo C) uma semana após a alta médica.

O questionário sociodemográfico foi composto por 18 questões, divididas em 3 dimensões: características demográficas (idade e local de origem), características sociais (estado civil, nível de escolaridade e ocupação) e características obstétricas (tipo de parto, índice obstétrico, planeamento da amamentação, tipo de amamentação na maternidade, frequência às aulas de amamentação e desejo de visita domiciliar).

O instrumento escolhido para a avaliação do grau de auto-confiança das mães no período da amamentação foi o Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) identificando aquelas que necessitam de suporte adicional. Foi construído por Dennis, em 1999, e reformulado, em 2003 (Dennis, 2003), a pesar de ter sido criado e validado no Canadá, o BSES-SF tem sido validado também para outros países, nomeadamente Brasil, China, Espanha (Roig, y otros, 2012) e Portugal (Santos & Bárcia, 2009). Trata-se de uma escala de auto-preenchimento composta por 14 itens. Em cada item avaliado, a mulher recebe uma

pontuação (segundo uma escala de Likert, variável de 1 a 5 pontos) A avaliação das respostas a cada um dos itens foi realizado da seguinte forma: "muito seguro" = 5 pontos, "seguro" = 4 pontos; "Não tenho muita certeza" = 3 pontos; "Inseguro" = 2 pontos e "muito inseguro" = 1 ponto. Assim, *os scores* totais da escala variam entre 14 a 70 pontos, sendo as mulheres com maior pontuação, aquelas que têm maior confiança no leite materno e no seu potencial para manter a amamentação, tendo portanto uma maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento materno exclusivo por um período mais longo (Santos & Bárcia, 2009). Foi solicitada autorização da Dra. Dennis para o uso de sua Escala através de um e-mail, obtendo sua resposta positiva (Anexo D).

Oriá (2008) categoriza o *score* total em: baixa eficácia (de 14 a 32 pontos), media eficácia (de 33 a 51 pontos) e alta eficácia (de 52 a 70 pontos). O BSES-SF é organizado aleatoriamente em duas categorias: Técnico (8 itens) e pensamentos interpessoais (6 itens). No primeiro, a escala se concentra nos aspectos técnicos em aleitamento materno, como posição correta do bebê durante a amamentação, conforto durante a amamentação, reconhecimento de sinais de boa amamentação, entre outros fatores. Na segunda categoria, o desejo de amamentar, motivação e satisfação com a experiência do aleitamento materno (Dennis, 2003). O seu uso é essencial, pois identifica mães em risco de abandono precoce da amamentação, avalia comportamentos e aspectos das técnicas de amamentação para identificar estratégias de construção de confiança e avaliar a eficácia de várias intervenções (Santos & Bárcia, 2009). Com o uso do BSES-SF, pretende-se conhecer os objetivos da mãe na amamentação e sua percepção de autoeficácia para amamentar o filho.

O conceito de Autoeficácia foi introduzido por Albert Bandura em 1977 na sua Teoria Social Cognitiva, (Bandura, 1977) onde o desenvolve extensivamente, relacionando-o com a motivação e o comportamento humano. A autoeficácia constitui o conjunto de crenças que as pessoas têm sobre as suas capacidades, aptidões e habilidades para organizar e realizar uma ação considerada necessária para atingir um objetivo (Coudray, Osuna, Rayo, Martínez, & Roig, 2011). A teoria da autoeficácia de Bandura foi adaptada ao Amamentação pela Dra. Cindy Lee Dennis, da Universidade de Toronto, que levantou a "teoria da autoeficácia na amamentação maternal "; onde enfatizou a confiança que a mãe tem em relação à sua

capacidade de amamentar o seu filho; apontando ainda que se o nível de autoeficácia materna for conhecido, será possível prever se ela escolherá ou não amamentar, quanto esforço dedicará a esta atividade, se terá automotivação suficiente, se se sentirá derrotada durante a prática da amamentação e como responderá às dificuldades de amamentar.

As mães com baixa confiança tendem a desistir de amamentar precocemente (Dennis, 2003), assim, é importante identificar mães com maior risco de abandono prematuro do aleitamento materno, uma vez que pode ser útil para a promover recursos e para o desenvolvimento de intervenções de apoio às mulheres que amamentam. Julgamos ser fundamental, avaliar o grau de confiança materna com base no conceito de "Autoeficácia", entendida como a crença na capacidade de organizar e executar o curso de uma ação necessária para atingir um objetivo. Para nosso entendimento, a autoeficácia é a crença da mãe na sua capacidade de enfrentar com sucesso o AM.

Para implementar esta pesquisa, o processo iniciou-se com a apresentação de um pré-projeto que foi submetido aos Serviços Académicos da Universidade de Évora com código de registro GD/44140/2019 (Apêndice F) e um pedido de parecer à Comissão de Ética Évora (Apêndice G) para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora, com parecer positivo (Anexo A). Foi também realizado um pedido à comissão de Ética do Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, com parecer positivo para a realização de recolha de dados (Anexo B).

3.2.3 Apopulação alvo

A população do estudo foi constituída por mulheres com partos assistidos no Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno-Infantil da Ilha de Gran Canaria com recém-nascidos saudáveis. A amostra foi não probabilística e de conveniência (Castro, 2013), composta por mulheres que concordaram em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que atendam aos critérios de inclusão e exclusão:

- Critérios de inclusão
 - Mulheres que praticaram o aleitamento materno durante o internamento na maternidade;
 - Mulheres sem contraindicações para amamentar;
 - Mulheres que mantêm o aleitamento materno após a alta hospitalar.

- Critérios de exclusão:
 - RN que foram alimentadas com leite de fórmula desde o nascimento;
 - RN com patologia que os impossibilite de mamar;
 - Mães que deixaram de amamentar no momento da aplicação do instrumento de recolha de dados.

A recolha da amostra foi realizada durante o período de pandemia Covid-19, sendo esta uma situação muito crítica, representou enormes dificuldades para sua realização. Por exemplo, o Comitê de Ética de investigação do Hospital Universitário de Gran Canaria Dr. Negrín, dada a situação de pandemia, não se podia reunir para avaliar os projetos no decorrer dos meses de estágio. Ainda assim, e graças à colaboração da chefe da Unidade Docente de *Matronas*, esforçaram-se por avaliar de uma forma extraordinária, permitindo assim recolher a amostra antes de terminar os estágios no internamento de puérperas. Por esse motivo, o período de recolha da amostra foi limitado a 2 semanas, com muitas restrições devido aos protocolos Covid-19 e ao pouco pessoal da EESMO presente, visto que alguns enfermeiros estavam em isolamento preventivo e a carga de trabalho era muito elevada.

Apesar das dificuldades e constrangimentos, conseguimos que participassem do presente estudo 20 puérperas com idade entre 19 e 40 anos, com média de idade de 31,7 anos. 60% eram solteiras, mas 100% viviam com o atual companheiro. Toda a amostra é alfabetizada, sendo que a maior parte 70% (14) dos participantes possuíam formação superior e 35% (7) do total trabalhava na área da saúde. (Ver tabela 1).

Tabela 1 - Características Sociodemográficas

Características Sociodemográficas	
Idade (anos), M(DS)	31,7 (6)
Estado civil	
Solteira, n(%)	12(60)
Casada, n(%)	8(40)
Convivência com o companheiro	
Sim, n(%)	20(100)
Não, n(%)	0(0)
Nível de educação	
Secundária, n(%)	2(10)
Formação profissional, n(%)	4(20)
Educação universitária, n(%)	14(70)
Profissão (área)	
Saúde, n(%)	7(35)
Educação, n(%)	2(10)
Administração, n(%)	3(15)
Serviços gerais, n(%)	3(15)
Outros, n(%)	5(25)
Trabalho	
Sim, n(%)	12(60)
Não, n(%)	8(40)
Local de residência	
Las Palmas, n(%)	20(100)

Fonte: SPSS

Características clínicas

- ✓ 70% (14) das mulheres participantes vivenciam o primeiro parto; entretanto, 30% (6) eram multíparas e haviam amamentado anteriormente.

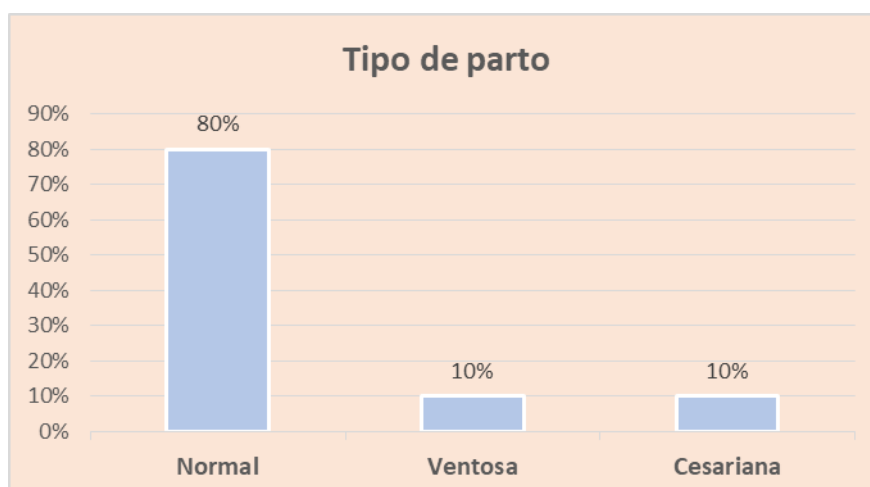
Figura 7 - Número de partos / filhos



Fonte: SPSS

- ✓ Em 80% (16) das participantes, o parto atual foi normal e nas restantes 20% (4) foi um parto de cesariana ou por ventosa.

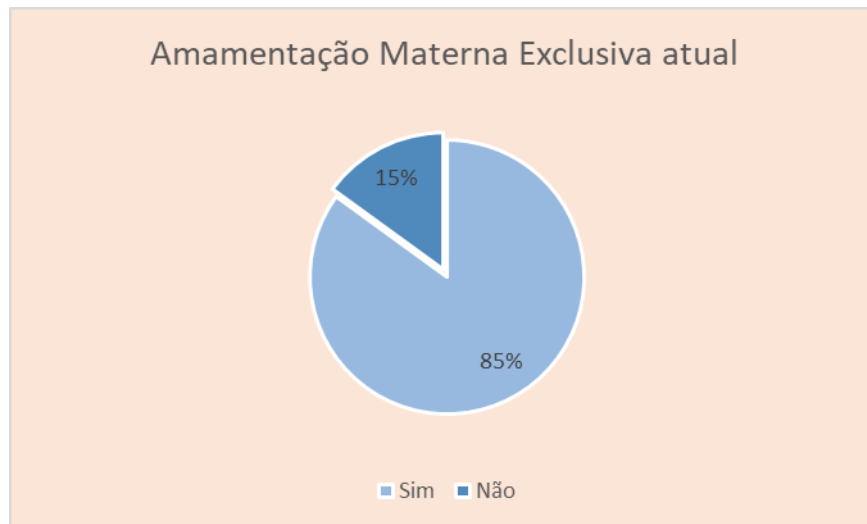
Figura 8 - Tipo de parto



Fonte: SPSS

- ✓ Foi também questionado às participantes se desejavam efetuar a amamentação materna exclusiva neste último parto e 85% (17) concordou.

Figura 9 - Amamentação Materna Exclusiva atual



Fonte: SPSS

- ✓ Do total das participantes, 70% (14) não frequentaram aulas de amamentação; 60% (12) de todas as mulheres expressaram a vontade de receber a visita de parteiras durante os primeiros meses de amamentação.

Figura 10 - Aulas de amamentação

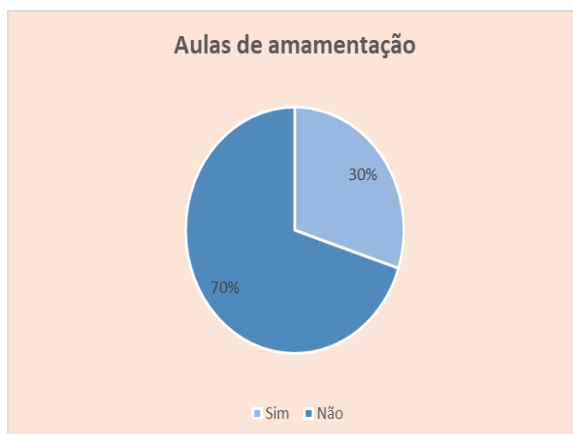


Figura 11 - Visita domiciliar da EEESMO



Fonte: SPSS

3.3 Resultados

Através de métodos estatísticos foram analisados os dados recolhidos, conforme apontado por Castro (2013) *“a estatística tem sido definida como um conjunto de métodos científicos ligados à obtenção, organização, compilação, apresentação e análise de dados, tanto para a dedução de conclusões como para tomar decisões razoáveis de acordo com as análises realizadas ”* (pág. 298)

Para o tratamento de dados, foi utilizado o Software IBM® SPSS® Statistic (Statistical Package for the Social Sciences), versão 24 para Windows. Este trabalho deu-nos a oportunidade de fazer uma incursão pela investigação, ajudando na aquisição de competências e simultaneamente dar resposta ao ponto D2.2 *Suporta a prática clínica em evidência científica* do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach Para conhecer a fiabilidade desse instrumento e nível de significância foi fixado em ≤ 0.05 .

Nível de Autoeficácia

Para avaliar grau de Autoeficácia das mães que amamentam foi utilizado o instrumento BSES-SF (Anexo C) para conhecer a fiabilidade desse instrumento, foi realizado o teste estatístico para conhecer o coeficiente Alfa de Cronbach. Desta forma, seguimos o conceito dos autores Oviedo e Campo (2005), e considerámos que o valor mínimo aceitável para o coeficiente alfa de Cronbach é de 0,7; abaixo desse valor a consistência interna da escala será chamada de baixa e um valor mais alto será chamado de alta consistência interna. Este valor mostra a correlação entre cada uma das questões; um valor superior a 0,7 revela uma relação forte entre as questões, um valor inferior revela uma relação fraca entre elas.

Após a aplicação do instrumento aos 20 participantes, verificámos que o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,916, o que significa que existe uma alta fiabilidade global do instrumento:

Tabela 2 - Alfa de Cronbach

Estatísticas de fiabilidade		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach baseado em elementos padronizados	N de elementos
0,916	0,915	14

A tabela seguinte mostra informações estatísticas adicionais da avaliação global do instrumento:

Tabela 3 - Avaliação Global do Instrumento BSES-SF

Estatísticas resumo dos elementos							
	Média	Mínimo	Máximo	Classificação	Máximo / Mínimo	Varição	N de elementos
Médias de elementos	3,911	3,35	4,4	1,05	1,313	0,094	14
Varição de elementos	1,257	0,832	1,629	0,797	1,959	0,082	14
Covariação entre elementos	0,552	-0,047	1,276	1,324	-26,944	0,076	14
Correlação entre elementos	0,434	-0,049	0,893	0,943	-18,15	0,037	14

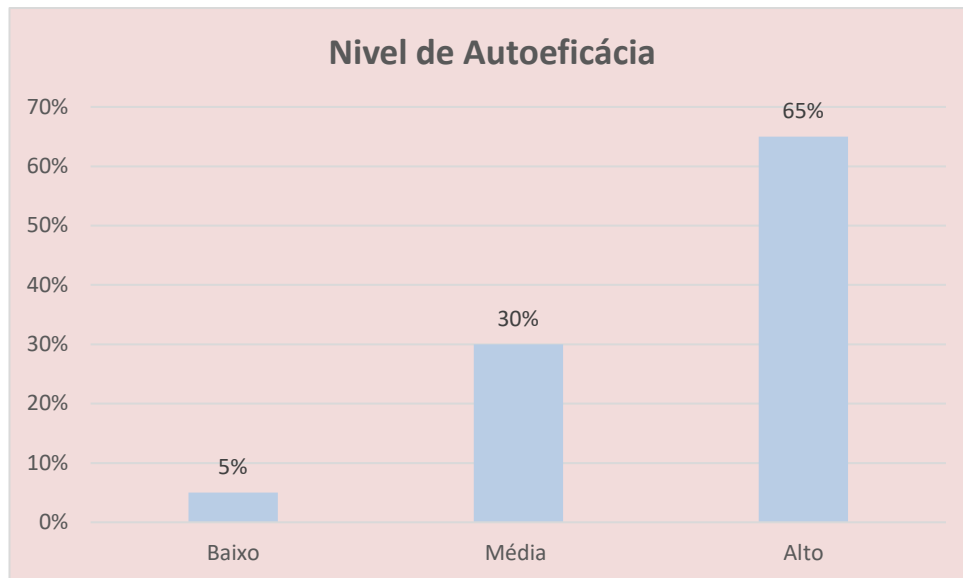
Também analisámos esse coeficiente para cada um dos 14 elementos incluídos no instrumento, e obtivemos um resultado semelhante para todos os elementos:

Tabela 4 - Avaliação de cada um dos item BSES-SF

Estatísticas totais dos elementos					
Item	Média de escala se o elemento foi eliminado	Variação da escala se o elemento foi suprimido	Correlação total de elementos corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o elemento foi suprimido
1	51,4	101,2	0,599	0,773	0,912
2	51	95,263	0,906	0,956	0,9
3	50,8	98,589	0,705	0,934	0,908
4	50,8	100,484	0,65	0,749	0,91
5	51,1	98,937	0,755	0,937	0,906
6	50,6	106,358	0,564	0,926	0,913
7	50,45	108,471	0,398	0,814	0,918
8	50,95	102,892	0,594	0,871	0,912
9	50,45	97,734	0,784	0,919	0,905
10	51,1	104,411	0,629	0,879	0,911
11	51,1	102,095	0,611	0,86	0,911
12	51	103,895	0,598	0,909	0,912
13	50,35	104,029	0,687	0,836	0,909
14	50,65	110,345	0,361	0,772	0,919

Em relação aos resultados de autoeficácia percebidos pelas mulheres participantes, constatamos que 65% (13) dizem ter uma autoeficácia alta uma semana após o puerpério na amamentação, eficiência média 30% (6) e apenas 5% (1) relatam baixa eficiência.

Figura 12 - Nivel de Autoeficácia



Fonte: SPSS

Uma revisão sistemática realizada por Rocha, Lolli, Fujimaki, Gasparetto, & Rocha, (2018) onde analisaram o nível de autoeficácia para amamentar por meio da escala BSES-SF, demonstrou que o nível de autoeficácia é um fator protetor para a amamentação, pois quanto mais altos níveis de autoeficácia são apresentados, maior será a confiança das mães para continuar a amamentar os seus filhos. Concluíram também que essa ferramenta é válida e confiável para detetar mães em risco de desmame prematuro e, portanto, os profissionais de saúde podem oferecer ajuda a essas mães para que continuem com o aleitamento materno exclusivo por mais tempo.

Apesar de a amostra ser pequena, foram pesquisados fatores que pudessem estar relacionados à alta autoeficácia. Para analisar a relação entre as variáveis, foi desenvolvida uma análise de tabela cruzada. Foi considerado coeficiente de confiança de 95%, portanto se o nível de significância for menor que 5% (0,05) foi considerado significativo, aceitando-se a hipótese de haver relação entre as duas variáveis (Castro, 2013)

Para isso, a amamentação anterior foi relacionada à alta autoeficácia e constatou-se que 100% das mulheres que tinham amamentado anteriormente apresentaram alta autoeficácia com valor de $p = 0,032$

Tabela 5 - Amamentação prévia e Alta autoeficácia

Característica	Autoeficácia alta			p valor
	Amamentação prévia	Total	Sim, n(%)	
Sim	6	6(100%)	0(0)%	0,032
Não	14	7(50%)	7(50)%	

A associação entre a experiência anterior na amamentação e os altos níveis de autoeficácia já foi demonstrada em vários estudos anteriores, onde sugerem que ter uma experiência positiva com a amamentação ajuda a mãe a se sentir mais segura e com uma mentalidade positiva diante deste novo desafio. Portanto, haverá menos hipóteses das mães multíparas se sintirem inseguras com a sua capacidade de amamentar (Basadre, Bello, Benavides, Bravo, & Carranza, 2013; Dodt, 2008).

No entanto, a relação entre o tipo de parto e a alta autoeficácia não foi significativa, conforme demonstrado na tabela seguinte:

Tabela 6 - Tipo de parto e Alta autoeficácia

Característica	Autoeficácia alta			p valor
	Tipo de parto	Total	Sim, n(%)	
Normal	16	12(75%)	4(25%)	0,09
Ventosa	2	0(0%)	2(100%)	
Cesariana	2	1(50%)	1(50%)	

A relação entre a alta autoeficácia e a participação nas aulas de AM não foi significativa. As razões pelas quais haviam poucas mães a participar nas aulas de amamentação, possivelmente, devesse ao facto de os dados terem sido recolhidos durante a pandemia de Covid-19, havendo várias restrições à realização das aulas e também cerca de 30% das mães já tinha experiência com amamentação anterior e não queria participar em mais aulas.

Tabela 7 - Aulas de LM e Alta Autoeficácia

Característica	Autoeficácia alta			p valor
	Aulas de LM	Total	Sim, n(%)	
Sim	6	2(33.3%)	4(66.7)%	0,05
Não	14	11(78,6%)	3(21.4)%	

A relação entre o desejo de ser visitada por um EESMO e a elevada autoeficácia, não foi significativa. Os motivos pelos quais apenas 60% das mães desejavam ser visitadas também está relacionado com o contexto pandêmico em que os dados foram recolhidos. A maioria das mulheres que não quiseram a visita domiciliar relataram que devido à pandemia não era uma boa opção.

Tabela 8 - Desejo da visita do EESMO e Alta autoeficácia

Característica	Autoeficácia alta				
	Desejo da visita	Total	Sim, n(%)	Não, n(%)	p valor
	Sim	12	7(58.3%)	5(41.7)%	0,44
	Não	8	6(75%)	2(25)%	

Mas devemos destacar que das 12 puérperas que desejavam a visita domiciliar pelo EESMO, 5 delas (41,7)% apresentaram um nível médio ou baixo de autoeficácia e durante a intervenção telefônica expressaram as suas dúvidas e medos de não poderem manter a amamentação materno exclusivo, algumas dúvidas foram respondidas e todas as mães foram lembradas de que havia a possibilidade de entrar em contato com o EESMO da sua unidade de Cuidados de Saúde Primários ou deslocar-se ao complexo Hospitalar CHUIMI e solicitar apoio.

4. Análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências

4.1 Competências Comuns dos enfermeiros especialistas

A mobilização das competências do enfermeiro especialista exige colocar em prática todas as habilidades e conhecimentos teóricos de que dispõe, adaptando-se às diferentes situações clínicas em que será avaliada a sua capacidade de decisão, os critérios de priorização e a ética que rege a prestação do seu cuidado. Ter tido a oportunidade de realizar o estágio em dois países e hospitais com contextos clínicos diferentes, ajudou a desenvolver todas as competências como futura enfermeira especialista, sendo esta experiência rica em oportunidades para evoluir em termos de conhecimentos, práticas e reflexão.

As competências comuns dos enfermeiros especialistas são definidas pela OE como sendo “(...) as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;” (Regulamento n.º 140/2019, pág. 4745).

Segundo a OE o enfermeiro especialista é aquele “*com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*” (Regulamento n.º 122/2011, pág. 8648).

A competência para a OE, é um “*fenómeno multidimensional complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional*” (2003, pág. 246).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, 2019), os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista, são as seguintes:

- a. Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b. Melhoria contínua da qualidade;
- c. Gestão dos cuidados;

d. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ao longo do estágio tivemos oportunidade de desenvolver intervenções que nos permitiram adquirir e aprofundar em todas as competências comuns dos enfermeiros especialistas. Mas um dos domínios mais exigentes no início dos estágios foi o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, visto que, uma das competências é:

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

“O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.”

A integração na equipa de trabalho foi um dos principais objetivos a atingir, exigindo assim uma adaptação a um contexto de trabalho profissional com algumas diferenças do país onde durante 10 anos desenvolvi a carreira profissional como enfermeira generalista e num idioma diferente. Graças à professora orientadora e a supervisora clínica, conseguimos estabelecer relações terapêuticas com as mulheres/ casais e relações multiprofissionais com toda a equipa, sendo de grande satisfação o acolhimento que tiveram sempre os diferentes Serviços de estágio.

No que respeita à competência: D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica, foi desenvolvida através de um aprofundamento temático focado na Promoção, a Proteção e o Apoio ao Aleitamento Materno, por meio de uma pesquisa bibliográfica, avaliando o nível de autoeficácia de puérperas uma vez no domicílio materno e participando de aulas de amamentação com a equipa EESMO dirigida para as grávidas do Hospitalar Garcia de Orta.

4.2 Competências Específicas dos Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019), define competências específicas como:

“são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (pág. 4745).

O EESMO é o profissional de saúde que presta assistência de enfermagem à mulher como um todo e assume competências no cuidado à mulher inserida na família e na comunidade, ou seja, no pré-natal, parto e puerpério, climatério e nos processos de saúde / doença ginecológica.

O processo de elaboração deste relatório e realização dos estágios em diferentes contextos clínicos, permitiram um aumento da capacidade de interpretar, analisar e formular juízos de forma crítica e reflexiva, conseguindo desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados especializados na área de Saúde Materna e Obstétrica. Ao longo do estágio e sob supervisão de uma EESMO, fomos desenvolvendo habilidades de diagnóstico / avaliação, planeamento, execução, avaliação, gestão do cuidado e responsabilidade profissional e prática de acordo com a ética, procurando sempre prestar um atendimento de qualidade, entendendo a mulher inserida na família e comunidade como um contexto global onde sua cultura, crenças e forma de enfrentar as diferentes etapas de sua vida sexual / reprodutiva eram únicas em cada uma delas, essa perspectiva de cuidado ajudou a mobilizar habilidades de um ponto de vista holístico, organizando o plano de cuidados de forma individualizada e em parceria com a mulher.

Durante o percurso dos estágios, valorizámos sempre a formação profissional, através da frequência de cursos, seminários de educação contínua, participámos no curso de urgências obstétricas, sutura perineal (Anexo E), amamentação e parto de lótus, contribuindo assim para a atualização do conhecimento e procurando prestar um cuidado com base em evidências científicas e adquirir competências técnicas e científicas.

O tema central deste relatório “a Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno” ajudou a mobilizar competências na temática da amamentação, fazendo uma procura constante na aquisição de conhecimentos atualizados, revisão bibliográfica, e uma pesquisa sobre autoeficácia materna, uma semana após a alta, do período puerperal por meio de contato telefônico.

Ao longo das diferentes fases da gravidez, parto e puerpério, conseguimos constatar o importante papel que o EESMO tem no sucesso da amamentação. Para alguns autores, em todas estas fases da gravidez é importante aconselhar, acompanhar e capacitar a mulher para conseguir nas semanas mais críticas, um alto nível de autoeficácia e assim, alcançar maiores taxas de manutenção do aleitamento materno exclusivo (Levy & Bértolo, 2012).

Em Portugal as competências que regem o EESMO são definidas através do Regulamento n.º 391/2019 (2019) que define e estabelece as competências comuns e específicas dos EESMO. De seguida, são apresentadas de modo esquemático as atividades que foram desenvolvidas durante o estágio nos diferentes contextos clínicos, e que levaram à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias a um futuro EESMO.

Local	Competências	Atividades	Resultados
Consultas extrenas	Cuidar a mulher/casal Período pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis na gravidez ✓ Promover a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré -natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade. ✓ Informar e orientar sobre programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável. ✓ Promover o plano de parto, aconselhar e apoiar a mulher na decisão. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação de lacunas. ✓ Diminuição de dúvidas. ✓ Manter uma gravidez saudável
	Diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré -natal e em situação de abortamento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar saúde materno -fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. ✓ Prescrever exames auxiliares de diagnósticos necessários à deteção de gravidez de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuição de dúvidas ✓ Diminuição riscos durante a gravidez. ✓ Reduzir os riscos durante o período de aborto

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potencializar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto. 	
	Implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar a motivação para amamentar ✓ Investigar sobre o conhecimento do casal sobre os benefícios da amamentação. ✓ Disponibilidade de apoio à amamentação. ✓ Oferecer aulas de amamentação. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivar as mulheres a amamentar. ✓ Fornecer conhecimento sobre os benefícios do leite materno. ✓ Aumentar a segurança e a confiança das mulheres para amamentar.
Bloco de parto	Promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extra uterina.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. ✓ Garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. ✓ Garantir intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. ✓ Promover da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos evitando separações desnecessárias 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Segurança e bem-estar do casal e do recém-nascido ✓ Satisfação da experiência do parto para a mãe. ✓ Empoderamento das mulheres após a experiência do parto. ✓ Vinculação estabelecida entre mãe, pai e recém-nascido.
	Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar trabalho de parto. ✓ Identificar e monitorizar o risco materno -fetal durante o trabalho de parto e parto. ✓ Identificar e monitorizar desvios ao padrão normal de evolução. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Boa evolução do trabalho. ✓ Agir cedo antes dos desvios da normalidade do trabalho de parto.
	Implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Segurar pele com pele mãe/ recém-nascido. ✓ Evitar separações desnecessárias. ✓ Garantir início precoce da amamentação. ✓ Garantir privacidade para o sucesso da tríade. ✓ Evitar interferências na amamentação (chupetas, mamadeiras, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Início satisfatório da amamentação. ✓ Boa pega do recém-nascido. ✓ Boa transferência de colostro.
Internamentode Grávidas	Providenciar cuidados à mulher e facilitar sua adaptação, durante o período pré -natal e em situação de abortamento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez. ✓ Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante. ✓ Aplicar medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica. ✓ Transferir e assegurar a transferência e cuidar da grávida durante o transporte. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuição riscos durante a gravidez. ✓ Controlar a patologia da gravidez de risco. ✓ Garantir bem-estar materno fatal. ✓ Reduzir os riscos durante o período de aborto o pós-aborto.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com situação de abortamento e complicações pós-aborto. 	
Maternidade	Promover a saúde da mulher e recém - nascido no período pós - natal.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida. ✓ Informar e orientar a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido. ✓ Informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós -parto 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação de lacunas. ✓ Diminuição de dúvidas. ✓ Manter uma pós-parto saudável. ✓ segurança e confiança nos cuidados prestados pela mãe.
	Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e recém -nascido durante o período pós -natal.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar, orientar e apoiar a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho. ✓ Identificar e monitorizar alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade. ✓ Identificar e monitorizar o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido. ✓ Identificar complicações pós-parto. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuição de dúvidas. ✓ Diminuição riscos durante o período pós-natal.
	Implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar interferências na amamentação (chupetas, mamadeiras, etc.) ✓ Garantir uma boa pega. ✓ Ajudar a mãe no posicionamento correto do bebé. ✓ Garantir suporte contínuo. ✓ Informar e esclarecer qualquer dúvida à mãe sobre a amamentação ✓ Convidar a participação da mãe na pesquisa objeto deste projeto, assinar o consentimento informado e realizar a primeira recolha de dados. ✓ Informar sobre o objetivo do estudo e a ligação que será feita horas após a alta. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuição de dúvidas. ✓ Bom desenvolvimento do recém-nascido. ✓ Segurança e confiança na mãe para manter uma amamentação eficaz. ✓ Participação das mulheres no estudo.

5. Considerações finais

A unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório permitiu desenvolver e adquirir todas as competências necessárias para atingir os objetivos propostos. Durante o desenvolvimento do estágio tivemos a oportunidade de acompanhar e prestar atendimento especializado a mulheres em idade fértil, grávidas, grávidas com patologia, parturientes, puérperas, casais, recém-nascidos, mulheres em processo de abortamento, mulheres com patologias ginecológicas e no climatério.

A execução do presente relatório permitiu refletir sobre todo o processo de aprendizagem e como gradualmente, graças a professora orientadora e os diferentes supervisores clínicos, foi adquirido maior habilidade, segurança e confiança no desenvolvimento das atividades, permitindo interagir de forma mais profissional, com a equipa e com as mulheres. A frequência no Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora representou para nós uma grande oportunidade de crescimento a nível pessoal e profissional. Ter vivido esta experiência num país diferente foi um grande desafio, resultando num alto nível de exigência para atingir as competências recomendadas pela OE, mas mesmo assim, conhecer e vivenciar a enfermagem em Portugal foi um grande privilégio, moldando em mim um novo perfil profissional como futura EESMO.

Consideramos ter atingido os objetivos de aprendizagem delineados para o estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, mas também desenvolver outro grupo de domínios que são as competências comuns do enfermeiro especialista, fornecendo uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo assim cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Também foi importante garantir um ambiente terapêutico e seguro através dos registos de enfermagem durante o estágio, e em todos os campos clínicos tirámos o melhor partido possível das potencialidades dos sistemas de registos clínicos de modo a garantir a continuação da prestação de cuidados. Os sistemas de informação implementados nos serviços de saúde, têm auxiliando no processo de tomada de decisão, no Hospital Garcia de Orta utiliza-se o SCLinic® e Alert® e no Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno-Infantil o DRAGO®. Recorremos sempre a corretos procedimentos na comunicação com os restantes membros da equipa de enfermagem, considerando que esses registos de enfermagem, utilizando uma linguagem padronizada, melhoram a qualidade dos cuidados. O recurso aos meios informáticos na enfermagem permitiu-nos adquirir competências na recolha, processamento e análise dos dados relativos a cada utente auxiliando assim no processo de avaliação diagnóstica.

O tema central deste relatório “a Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno” ajudou a mobilizar competências, conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade como futura EESMO no acompanhamento de puérperas e seus recém-nascidos. O desenvolvimento deste relatório de estágio, com recurso a uma metodologia, permitiu-nos uma aprendizagem mais profunda e dinâmica na construção de todo o processo de planeamento, apesar de todos os contratempos vividos ao longo da sua programação e execução, conseguimos desenvolver, fazendo em colaboração com a minha professora orientadora, todas as alterações necessárias para se adaptar ao actual contexto de pandemia. Efectuámos a contextualização do tema, o diagnóstico de a situação actual em Portugal, Espanha e a nível mundial, caracterizámos a amostra, definimos os objectivos e planeámos as estratégias e atividades, que após contínuos adiamentos, finalmente conseguimos executar o plano e efectuar a avaliação, embora os objectivos iniciais tivessem que ser adaptados à realidade.

Todo este processo ajudou-nos a desenvolver uma das competências recomendadas pela OE (2019):

4.1.4 — “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno”.

Acompanhar as puérperas durante a avaliação da amamentação na unidade de puerpério CHUIMI foi uma experiência rica e gratificante, levando-nos a exigir o mais alto nível de conhecimento, realizando pesquisa bibliográfica e revisão de literatura, a fim de oferecer cuidados num momento tão delicado para a mulher e o recém-nascido. A continuidade desse acompanhamento por contacto telefónico ajudou-nos a identificar o nível de autoeficácia das mães uma semana após a alta, verificando que a experiência anterior de amamentação, na nossa amostra influenciou a alta autoeficácia.

Limitações

Apesar dos esforços feitos para atingir os objetivos definidos no início deste relatório de estágio, foi difícil ultrapassar as barreiras que a pandemia Covid-19 representou, sendo impossível seguir o calendário nas datas propostas, uma vez que os estágios ficaram paralisados por muito tempo e no início em uma situação de incerteza; Foi também impossível recolher dados em Portugal visto que o estágio foi finalmente realizado em Espanha, e por fim, o principal objetivo a observar neste tema era avaliar os aspectos que poderiam beneficiar a proteção do aleitamento materno exclusivo com

os contributos da visita ao domicílio levada a cabo pela EESMO, situação que não foi possível concretizar face à realidade de confinamento e isolamento social que a pandemia obrigou a viver, sendo o contato telefónico a opção que melhor se adapta à real situação da pandemia e podendo acompanhar a puérpera uma semana após a alta da maternidade.

Apesar das limitações e da pequena amostra analisada, a elaboração deste trabalho, ajudou a despertar ainda mais o interesse pela temática da amamentação e o tão necessário acompanhamento nos primeiros dias do puerpério pelo EESMO, pretendendo assim continuar na procura de estratégias e pesquisas para ajudar a aumentar as taxas de AME na comunidade.

6. Referências bibliográficas

- Afonso, M. A. (2019). Memoria 2019 de la Unidad Paritorio Puerperio del Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUIMI. Servicio Canario de Salud. . Las Palmas de Gran Canarias.: Gobierno de canarias. Recuperado el Julio de 2020, de <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/listaImagenes.jsp?idDocument=f57831df-03cd-11e2-afb1-b9b294c3b92c&idCarpeta=04d48f0a-541c-11de-9665-998e1388f7ed>
- Aguiar, H., & Silva, A. I. (2011). Aleitamento materno: a Importância de Intervir. *Acta Med Port*, 24, 889-896.
- Alves, S. M. (2011). Grupos de apoio "Mãe para Mãe": Percursos e vivências da amamentação e implicações na Educação para a Saúde . Dissertação de Mestrado , Universidade do Minho, Mestrado em Ciências da Educação.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barros, H., Rodrigues, C., & Teixeira, C. (2018). Em torno do nascimento. Meio caminho andado. Relatório Primavera 2018 (págs. 29-41). Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Obtenido de <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>
- Basadre, Q. C., Bello, V. H., Benavides, B. J., Bravo, T. M., & Carranza, G. E. (2013). Lactancia materna exitosa en puérperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. *Horizonte. Horizonte Médico*, 13(2), 28-39. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3716/371637129005.pdf>
- Carr, E., & Worth, A. (2001). The use of the telephone interview for research. *Nursing Times Research*, 6, 511-524. Obtenido de <https://doi.org/10.1177/136140960100600107>
- Carvalho, M. J., Carvalho, M. F., Santos, C. R., & Santos, P. T. (2018). Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do Aleitamento Materno Exclusivo. *Revista Paulista de Pediatria*, 66-73.
- Carvalho, M. R., & Tavares, L. A. (2010). Amamentação: Bases Científicas (3ª edição ed.). Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.
- Castelli, C. T., Maahs, M. A., & Almeida, S. T. (2014). Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno. *Revista CEFAC*, 16(4), 1178-1186. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201411713>
- Castro, A. B. (2013). El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid: FUDEN, D.L.
- Coudray, M. L., Osuna, C. L., Rayo, M. D., Martínez, M. R., & Roig, A. O. (2011). Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. *Matronas Prof*, 12, 3-8. Obtenido de <https://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/fiabilidad-y-validez-de-la-version-espanola-de-una-escala-de-autoeficacia-en-la-lactancia-materna/>
- Dennis, C. (2003). The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assesment of the Short Form. *Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32, 734-744.
- DGS. (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil . Recuperado el 15 de 09 de 2019, de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/documentos-e>

- publicacoes/programatipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx
- Dodt, R. C. (2008). Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF). Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza. Obtenido de <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/2018>
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas no processo de investigação. Loures: Lusociência.
- Galipeau, R., Baillot, A., Trottier, A., & Lemire, L. (2018). Effectiveness of interventions on breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk supply: A systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 14(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.12607>
- Graça, L. C. (2010). Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno. Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem, Lisboa. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10451/3710>
- Hospital Garcia de Orta. (2019). Área materna e infantil. Recuperado el 12 de 10 de 2019, de <http://www.hgo.min-saude.pt/category/servicos/area-materna-e-infantil/>
- Hospital Garcia de Orta. (2019). História do HGO. Recuperado el 12 de 10 de 2019, de <http://www.hgo.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/>
- Kuschnir, K. (2008). Maternidade e amamentação: Biografia e relações de gênero intergeracionais. *sociologia, problemas e práticas*, 56, 85 -103. Obtenido de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0873-65292008000100005&script=sci_abstract&tlng=p
- Lamas, E. F. (2010). Escaso grado de implementación del programa de visita puerperal domiciliaria en la comunitat valenciana. I Congreso de Ámbito Nacional de la Associació de Comares de la Comunitat Valenciana. Valencia- España.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 13-14. Obtenido de <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). Enfermagem na Maternidade 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.
- Mandú, E. N., Gaíva, M. A., Silva, M. d., & Silva, A. M. (2008). Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, 17(1), 131-140. Obtenido de <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/15.pdf>
- Mcfadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., ... Macgillivray, S. (2017, February 28). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- McFadden, A., Siebelt, L., Marshall, J. L., Gavine, A., Girard, L. C., Symon, A., & MacGillivray, S. (2019, October 21). Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *International Breastfeeding Journal*, Vol. 14, p. 42. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0235-8>
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel.

- Olufunlayo, T. F., Roberts, A. A., MacArthur, C., Thomas, N., Odeyemi, K. A., Price, M., & Jolly, K. (2019). Improving exclusive breastfeeding in low and middle-income countries: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 15(3).
<https://doi.org/10.1111/mcn.12788>
- OMS. (2015). Postnatal Care for Mothers and Newborns- Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. . Obtenido de World Health Organization:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2014-Briefer_A4.pdf?ua=1
- OMS. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación. Recuperado el 20 de noviembre de 2019, de
<https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/272435>
- OMS, UNICEF. (2009). Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. . Recuperado el 05 de 09 de 2019, de
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70057/1/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa .
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa.
- Oriá, M. O. (2008). Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale : aplicação em gestantes. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade federal do ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza. Obtenido de
<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/2137>
- Oriá, M. O. B., Dodou, H. D., Chaves, A. F. L., dos Santos, L. M. D. A., Ximenes, L. B., & Vasconcelos, C. T. M. (2018). Effectiveness of educational interventions conducted by telephone to promote breastfeeding: A systematic review of the literature. *Revista Da Escola de Enfermagem*, Vol. 52. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017024303333>
- Oviedo, H. C., & Campo- Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfade Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 34(4), 572-580. Obtenido de
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502005000400009&script=sci_abstract&tlng=es
- Regulamento n.º 122/2011. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista D.R II série. Nº 35 (18/02/2011).
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. D.R. II Série. Nº 26 (06/02/2019).
- Regulamento nº 391/2019. (2019). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. D. R. II Série. Nº 85 (03/05/2019).
- Rocha, I. S., Lolli, L. F., Fujimaki, M., Gasparetto, A., & Rocha, N. B. (2018). Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3609-3619.
doi:<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.20132016>
- Roig, A. O., González, M. L., García, B. G., Tubio, J. R., Martínez, M. R., & Dennis, C. L. (2012).

- The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 169-173. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.08.005
- Santos, V., & Bárcia, S. (2009). Contributo para a adaptação transcultural e validação da «BSES-SF» - versão portuguesa . *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 363-369.
- Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. (2006). Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta pediátrica portuguesa*, 37, 9-14. Obtenido de http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424104556_APP_Vol_37_N1.pdf
- Servicio Canario de Salud. (2020). Gobierno de Canarias . Obtenido de <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=0f98cca2-a546-11df-bb08-49b71bb85ec3&idCarpeta=04d48f0a-541c-11de-9665-998e1388f7ed>
- Skouteris, H., Bailey, C., Nagle, C., Hauck, Y., Bruce, L., & Morris, H. (2017). Interventions Designed to Promote Exclusive Breastfeeding in High-Income Countries: A Systematic Review Update. *Breastfeeding Medicine*, 12(10), 604–614. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0065>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2015). Inducción del parto. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58, 54–64. doi:10.1016/j.pog.2014.11.002
- UNICEF. (2016). From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding. Obtenido de <http://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeedingpractices/>
- Woo, Y., Kim, S., & Couper, M. P. (2014). Comparing a Cell Phone Survey and a Web Survey of University Students. *Social Science Computer Review*, 33, 399–410. Obtenido de <https://doi.org/10.1177/0894439314544876>

Apêndices

Apêndice A: Experiências decorrentes do Estágio de Natureza Profissional

u^o évora
UNIVERSIDADE DE EVORA
UNIVERSITY OF EVORA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
Estágio Final
Ano Lectivo 2019 / 2020

Nome do Aluno Marcelo Zambonato Marín nº 42232

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	199
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente • Partos eutócicos (40) _____	57
• Participação activa em partos pélvicos _____	1
• Participação activa em partos gemelares _____	1
• Participação activa noutros partos _____	22
• Episiotomia _____	2
• Episiorrafia / perineorrafia _____	35
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40) • Gravidez _____	291
• Trabalho de parto _____	27
• Puerpério _____	6
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puéperas saudáveis (100)	100
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	167
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	21
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	15

Rubrica Professor

Flávia da Silva

Apêndice B : Reflexão do Estágio de Natureza Profissional

PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL NO BLOCO DE PARTO

Este relatório de estágio descreve as atividades realizadas no bloco de parto durante o estágio profissional do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, no Centro Hospitalar García de Orta, durante seis semanas, de 17 de setembro a 27 de outubro de 2019.

Após ter terminado o meu primeiro estágio no bloco de parto, pude reafirmar que ser EESMO seria a minha vocação. Desta forma, a frequência deste estágio é bastante importante para mim a nível pessoal, mas também fundamental para a minha formação com futura EESMO. As primeiras semanas foram complicadas, aprender a gerir as emoções nos momentos difíceis foi um desafio, no entanto graças ao apoio e compreensão da minha orientadora clínica senti que me consegui superar, e segui em frente sempre com bastante entusiasmo.

A escolha do HGO provou ser uma excelente opção, dada a existência de uma excelente tutoria e da predisposição de toda a equipa do bloco de parto, sendo assim possível alcançar muitos dos objetivos propostos para este estágio, e enriquecer assim a minha formação.

1. Descrição das Atividades Realizadas

Nos primeiros dias de estágio, a minha formação desenvolveu-se através da observação e integração das atividades a serem realizadas, conhecendo os protocolos da unidade e o seu funcionamento. Os primeiros dias foram extremamente exigentes para mim, pois senti a necessidade de absorver o máximo conhecimento possível durante o curto período de seis semanas, com a dificuldade adicional do idioma. Esta era a minha principal preocupação, pois para mim é muito importante interagir com as mulheres e seus companheiros, com a minha orientadora de estágio e com toda a equipa em geral.

Vou desenvolver as atividades realizadas em quatro etapas, as etapas em que o trabalho de parto é dividido segundo Lowdermilk, (2008):

1º estágio: começa com a instalação de contrações uterinas regulares que resultam em dilatação

e apagamento total do colo do útero.

2º estágio: abrange desde a dilatação completa até a expulsão completa do feto.

3º estágio: do trabalho de parto se estende desde o nascimento do bebê até expulsão da placenta.

4º estágio: inclui pós-parto imediato até 2 horas após o parto.

1º estágio

A admissão de grávidas no bloco de parto é feita após serem transferidas do serviço de urgência ou do serviço de internamento de grávida, de acordo com a indicação da sua admissão. Elas podem ser transferidas para uma sala de parto se estiverem em fase ativa do trabalho de parto ou para a sala de observação. Ao chegar, o enfermeiro responsável pela transferência da paciente informa sobre a sua história obstétrica, a situação atual da gravidez, o estado geral da paciente, o motivo da transferência, a evolução do trabalho de parto e os dados mais importantes sobre sorologia, exames complementares, CTG, alergias, antecedentes pessoais, etc.

Nesse primeiro contato com as grávidas, tentei sempre criar uma relação de confiança, apresentando-me como aluna da EESMO e demonstrando a minha disposição em acompanhá-la durante o seu processo de TP, ouvindo os seus desejos e possíveis preocupações que tinham naquele momento. Para mim, como futura EESMO, é importante aprender a transmitir às mulheres e aos seus acompanhantes a garantia de que os seus desejos serão ouvidos e respeitados, levando em consideração as suas preferências na organização dos cuidados (Biurrun & Goberna, 2013).

Algumas grávidas apresentaram o seu plano de parto, sendo uma grande ajuda para perceber quais eram as suas expectativas em relação ao TP. Este documento foi muito bem-recebido pela equipa e sempre levado em consideração para ajudar a mulher a fazer do parto uma experiência positiva. Whitford e Hillan (1998).

Tive a oportunidade de realizar ausculta fetal de batimentos cardíacos com o estetoscópio de pinard; inicialmente era difícil sentir as batidas, pois não era um som facilmente audível, mas com a orientação e as explicações do meu orientador, finalmente consegui. Realizei as manobras de Leopold para determinar a posição fetal e posicionar o RCTG, quando a situação da mãe e do feto permitia que fosse realizada de forma intermitente ou por telemetria, favorecendo a liberdade de movimento durante o trabalho de parto (OMS, 2018). Com o RCTG, avaliamos a contratilidade uterina, batimentos

cardíacos fetais, variabilidade e bem-estar fetal, aprendendo a identificar padrões de desvio da normalidade, como desacelerações e taquicardia fetal, aplicando medidas corretivas que correspondem ou derivam da equipa de ginecologia. Uma das situações stressantes que pude experimentar durante as minhas práticas foi a existência de uma desaceleração prolongada que apresentou um RCTG após administração de epidural. Foram estabelecidas medidas de reanimação in útero e foi aplicado o protocolo pela equipa, alterando a posição para decúbito lateral ou quatro apoios, administrando O2, soro intravenoso e Salbutamol inalado. O tratamento foi eficaz para alcançar uma recuperação ideal do bem-estar fetal (Néné, Marques, & Batista, 2016).

Outra das técnicas que desenvolvi neste estagio foi a realização de toques vaginais para a avaliação do progresso do trabalho de parto através da evolução do colo. Esta técnica, nas primeiras semanas, foi bastante difícil de realizar, pois foi a primeira vez que realizei uma exploração e não pude apreciar todas as características necessárias, como dilatação, apagamento, consistência e posição. Mas através das indicações do meu orientador, gradualmente consegui aprender a distinguir essas mudanças e a influência que elas tiveram na evolução do trabalho de parto. De acordo com as recomendações mais recentes das diretrizes internacionais (OMS, 2018), a elaboração de exames deve ser o mínimo necessário, desde que a mulher concorde e não hajam contra-indicações. De acordo com o protocolo da unidade, essas recomendações são seguidas e os exames são sempre restritos aos necessários para avaliar o progresso do trabalho de parto (a cada 4 horas) ou as queixas das mulheres (maior pressão, desejo de empurrar e maior intensidade de contrações) que pode ser indicativo de evolução do TP, sempre registrando todas essas características no partograma, uma vez aberto após ser considerado estar na fase ativa. Através do toque, consegui avaliar outras características, como perceber se a apresentação fetal estava apoiada, tocar e reconhecer a bolsa amniótica, com muito mais dificuldade também distinguir fontanelas e estruturas cefálicas. Também realizámos a técnica de amniotomia em três ocasiões, com o objetivo de acelerar o trabalho de parto, sempre avaliando o bem-estar fetal; se a apresentação estava apoiada para evitar os riscos de prolapso do cordão umbilical e nunca foram realizadas rotineiramente, seguindo as recomendações da OMS (2018). Depois de executar a técnica, mantivemos as precauções para evitar risco de infecção e avaliação da LA.

Outro fator que pode interferir no progresso da apresentação no canal do parto é a distensão da bexiga, por esse motivo a mulher foi incentivada a urinar regularmente e principalmente aquelas mulheres com analgesia loco-regional que apresentavam sinais de retenção, foi realizado o esvaziamento vesical.

Durante o trabalho de parto, as mulheres que queriam alimentar-se com chá, geléias, sumos e biscoitos foram incentivadas e permitidas, ajudando assim a manter a ingestão calórica e a hidratação oral, pois não há evidências científicas suficientes para apoiar a prática de manter jejum à parturiente e alguns estudos e guias como NICE (2014) e OMS (2018) propõem esta recomendação.

Quanto às técnicas de apoio ao alívio da dor, o pedido das grávidas da epidural foi mais frequente; muitas das mulheres que acompanhámos durante o trabalho de parto foram claras quanto ao desejo de solicitá-la; essa foi uma das técnicas mais desenvolvidas, o qual pude acompanhar a mulher e auxiliar o anestesista durante o procedimento, monitorizando o estado ideal da gestante e o bem-estar fetal após a técnica ser efetuada. A técnica de analgesia loco-regional proporcionou um grande alívio e descanso ao lidar com as contrações, com a vantagem de não impedir o seu livre movimento. Durante o internamento da grávida, foram sempre explicadas as diferentes alternativas para lidar com a dor durante a dilatação, tendo elas a possibilidade de escolher um banho quente, estar na bola de ginástica, caminhar, dançar, ouvir música relaxante, apoio emocional do seu companheiro ou medidas farmacológicas. Durante esta fase, tentei me mostrar o mais próximo possível da mulher, oferecer apoio emocional e fortalecer a sua capacidade de passar pelo momento do parto; Nessa fase, a mulher pode ficar desanimada e exausta, por isso era importante criar um relacionamento de confiança para ajudá-la a ter uma experiência positiva no trabalho de parto.

2º estágio:

O período expulsivo representou nas primeiras semanas um dos desafios mais intensos e desafiadores a ser enfrentados. Ganhar a confiança para acompanhar a mulher e receber o recém-nascido foram as experiências mais significativas que vivi durante esse estágio. Por ser um momento de grande tensão, foi muito importante para mim aprender a gerir emoções e manter o controlo da situação; nesse processo, o meu orientador clínico forneceu a segurança e a confiança necessárias para enfrentar os medos dos primeiros nascimentos, sempre me orientando nas técnicas a serem realizadas. Durante as 6 semanas do bloco de parto, realizámos 21 partos eutócicos cefálicos, dos quais 2 apresentaram distocia de ombros resolvidos com a manobra de Wood e 3 recém-nascidos com cordão cervical apertado que exigiam corte imediato do cordão. Eu colaborei em 3 partos distócicos, recebendo o bebé e acompanhando a mulher; ainda pude ver uma cesariana.

Nesta fase, o foco foi acompanhar a mulher e incentiva-la a tomar a posição mais confortável para ajudar o bebé a descer, ajudando-a a concentrar as energias nos esforços expulsivos e a manter a

oxigenação adequada, evitando manobras de Valsalva que possam comprometer a troca de oxigênio materno-fetal.

A variação do tempo dessa fase estava ligada à frequência das contrações e a sua intensidade, à capacidade da mulher de manter esforços expulsivos eficazes, à posição e à descida do feto. Durante a expulsão, a avaliação fetal foi continuada através do CTG, controlando o tempo todo da sua FC, garantindo que não houvesse desacelerações tardias ou bradicardia mantida, sinais de sofrimento fetal. Os toques vaginais foram restritos aos necessários para avaliar a descida da apresentação fetal e a sua rotação. O principal objetivo durante a expulsão foi controlar o bem-estar materno-fetal, identificando possíveis desvios da normalidade e mantendo a mulher concentrada para garantir a eficácia dos esforços expulsivos, sem desanimar e perder a garantia de que poderiam dar à luz.

A proteção do períneo foi uma das técnicas mais importantes a serem executadas durante a expulsão para evitar grandes lacerações e os seus efeitos colaterais na vida da mulher. A técnica a ser realizada foi sempre a manobra de Ritgen, durante a qual era muito importante aprender a posicionar bem as mãos e exercer pressão adequada para evitar um desgarro maior, trabalhando também em conjunto com a mulher que a orientava sobre o momento de empurrar e respirar com mais calma para evitar uma expulsão acelerada. Foram realizadas 3 episiotomias, uma delas foi realizada por mim depois de me sentir segura e confiante. Essa técnica não é realizada rotineiramente no serviço e é avaliada no momento da expulsão case seja realmente necessário efetua-la, conforme indicado pelas diretrizes internacionais.

Depois de receber o bebê, ele foi imediatamente colocado no peito da sua mãe, garantindo contato pele a pele se a condição do bebê e da mãe o permitir. A mãe ou o pai foram convidados a cortar o cordão umbilical após o colapso completo do cordão umbilical, garantindo assim que o bebê recebesse totalmente a quantidade de sangue que ainda estava no cordão e na placenta. Como indicam os estudos mais recentes acerca do corte ideal do cordão, conclui que não existe um tempo estipulado para o corte, deve ser avaliado em cada bebê o colapso completo do cordão, quando para de bater e fica completamente branco será então o momento ideal para realizar a corte. Garantir o respeito por essa técnica foi uma grande satisfação, pois a aprendizagem com rigor científico garante a execução de uma técnica apropriada, com a qual ajudamos o recém-nascido a ter uma melhor transição para a vida extra-uterina (WHO, 2014).

3º estágio:

Uma vez recebido o bebê, garantido o momento pele a pele e confirmada a boa condição da mãe e do bebê, iniciamos a 3ª etapa, o momento da expulsão da placenta. Para mim, um dos momentos em que pude desfrutar do parto com mais calma, e verificar se tudo correu fisiologicamente bem. Na maioria dos partos foi o que pude experienciar é que a mãe estava apaixonada pelo seu bebê, começam a conhecer-se, o pai estando presente no momento do parto também se encontra em êxtase, tentando os dois digerir tudo o que viveram. Nesse momento de calma, após o intenso momento do período expulsivo, valorizamos a contração uterina, a mudança de forma e da sua posição, esperamos o tempo necessário para o colapso do cordão umbilical e avaliamos os sinais de descolamento da placenta. Após cada parto foi mais fácil reconhecer a sua evolução fisiológica e dar tempo à sua expulsão natural, que nem sempre ocorre ao mesmo tempo. Algumas dequitudas ocorreram em 20 minutos e outras 40, o importante era avaliar a contração uterina e o seu sangramento. Algumas das manobras ativas que realizei durante a dequidura sob a supervisão do meu orientador foram: massagem uterina, tração controlada do cordão umbilical (manobra de Brandt-Andrews) e incentivar a mulher a realizar esforços expulsivos. Nos 21 partos realizados, a expulsão da placenta foi realizada espontaneamente sem complicações, a placenta e as suas membranas foram completamente expelidas e não houve casos de hemorragia pós-parto. A revisão da placenta e das suas membranas foi sempre realizada de maneira rigorosa, sempre reconhecendo a existência de todos os cotilédones na face materna e descartando a fragmentação das membranas. Quanto aos 2 mecanismos de descolamento, testemunhei duas vezes o mecanismo de Duncan (face rugosa) no qual o descolamento se inicia pela periferia, separando as membranas da parede uterina, esse tipo de descolamento é menos frequente. Após a expulsão da placenta, avaliei a formação do balão de segurança de pinard, a perda de sangue, aplicamos o protocolo de ocitocina e observamos cuidadosamente o períneo e o canal de parto para descartar possíveis lacerações. Caso houvesse, avaliar corretamente a sua extensão e profundidade para posteriormente reparar.

4º estágio:

No período imediato do puerpério ou período Greenberg, correspondente à primeira hora após a expulsão da placenta, o cuidado materno concentra-se em avaliar os processos hemostáticos e na adaptação extrauterina do recém-nascido (Néné, Marques, & Batista, 2016).

Após o tempo de parto e expulsão da placenta, continuamos com cuidados imediatos,

avaliando sempre as perdas vaginais, sinais de sangramento e uma contração normal do útero. Foi muito importante para mim ter a certeza de que a mulher estava confortável após o grande esforço efetuado. Estando a mulher deitada na cama, oferecemos comida para recuperar a sua energia e incentivámos a sua disposição e importância de amamentar o recém-nascido naquele momento.

Quanto aos cuidados com o RN, uma vez identificados com as pulseiras, perguntámos aos pais as suas preferências, e se eles queriam ter o bebé pele a pele ou queriam vesti-lo naquele momento, respeitando os seus desejos e promovendo o seu vínculo.

Após 2 horas de pós-parto imediato, a mulher foi avaliada, verificando a contração uterina, as perdas vaginais, o estado do períneo, a eliminação vesical espontânea, o seu estado hemodinâmico, controlo da dor, e em geral, se todos os parâmetros fossem ótimos para a sua transferência o cateter peridural e periférico era removido, se aplicável, e finalmente a paciente era transferida para o internamento de puerparas.

Durante este estágio, prestei cuidados imediatos a 25 recém-nascidos saudáveis, dos quais 3 necessitaram de estímulo, limpeza das vias aéreas com aspiração e oxigênio com máscara, respondendo de forma eficaz. O cuidado imediato que mais me causou ansiedade foi talvez o que implicou saber interpretar a adaptação à vida extra-uterina do RN, saber reconhecer quando era uma adaptação fisiológica que requeria tempo e quando o RN precisava de ajuda extra. Apesar de conhecer a teoria, sabendo como aplicar o teste de Apgar e conhecendo os seus parâmetros de avaliação, acho que é um dos momentos em que preciso ganhar ainda mais confiança, experiência e fortalecer conhecimentos, que me darão segurança na minha avaliação.

O protocolo da unidade para RN, a vitamina K foi administrada em todos os RN e o cloranfenicol colírio apenas se necessário. Foi realizada uma inspeção ocular física para descartar desvios do normal, pesados e vestidos se a mãe o desejasse. Nesta primeira hora pós-parto, também chamada de hora sagrada, é importante garantir o vínculo materno, oferecendo um ambiente acolhedor e íntimo para que pais e recém-nascidos se encontrem e possam desfrutar de toda a cascata hormonal que os acompanha após o esforço da mãe e do bebé. Se fosse necessário ou se a mãe o desejava, tentei sempre apoiar e oferecer confiança no início do processo de amamentação, verificando neste momento se havia uma boa pega, pois é essencial para o bom processo de amamentação. Nesse momento o bebé encontra-se mais receptivo à procura pelo mamilo da mãe, respondendo a estímulos como o cheiro do mamilo e sua cor, é por isso que a hora sagrada desse vínculo é essencial para os próximos dias. Após aprender gradualmente a organização do serviço, durante as 6 semanas pude confirmar que esse

momento de intimidade era respeitado e garantido nas *box* de parto individuais, sempre que a disponibilidade e o número de mulheres hospitalizadas o permitisse, e ainda com a garantia de que as condições de ambos fossem ótimas para tal.

Segunda rotação de estágios no bloco de parto HGO

Durante a minha segunda rotação de estágios no bloco de parto HGO após 4 meses durante quatro semanas, de 13 de fevereiro a 8 de março de 2020, continuei a minha formação sob a supervisão do meu orientador clínico dos estágios anteriores, sendo uma experiência muito mais enriquecedora desde os novos conhecimentos adquiridos durante os estágios em consultas externas e internamento de grávidas, me deu confiança e segurança no desenvolvimento de minhas habilidades. Neste segundo estágio pude desenvolver as minhas atividades de forma mais autónoma, trabalhando em equipa e com um conhecimento mais aprofundado dos protocolos da unidade, o que me permitiu funcionar com mais segurança, acompanhando as diferentes fases do parto, tomando decisões sobre o plano de cuidados a realizar, sempre levando em consideração o estado materno-fetal, os desejos do casal e seu plano de parto. Um dos principais objetivos ao longo do desenvolvimento destes estágios foi adquirir um pensamento mais crítico sobre as atividades e competências a desenvolver, transmitir confiança ao casal e tomar decisões em conjunto, onde se sentissem ouvidos e acompanhados, para oferecer um atendimento focado na mulher / casal respeitando seu direito à autonomia e poder de decisão, oferecendo suporte multidimensional durante o trabalho de parto (Brady, Lee, Gibbons, & Bogossian, 2019; News, 2020).

A unidade de bloque de parto do HGO é referência nacional na defesa desse modelo de atenção, reforçando um acompanhamento mais humanizado e empoderando as mulheres. Tive a sorte de desenvolver minhas competências em uma unidade onde a autonomia de a mulher / casal é a base da organização do cuidado, procurando garantir uma experiência positiva de parto. (Gobierno de España, 2007)

“O empoderamento das mulheres significa que elas são capazes de viver seu processo de nascimento como protagonistas dele. Para que as mulheres possam participar e tomar decisões nesse processo tão importante em suas vidas, elas precisam estar bem informadas”(pág. 33).

Procurei sempre que o meu acompanhamento durante o trabalho de parto não se focasse apenas no atendimento técnico e protocolar, mas também estar presente como fonte de informação, onde todas

as suas dúvidas fossem esclarecidas e ouvidas, os seus desejos levados em consideração e qualquer técnica a ser realizada. A mulher / casal foi sempre consultada. Quanto ao suporte emocional, procurei sempre ter uma atitude empática e compreensiva, sempre reforçando a mulher de forma positiva e tranquilizando-a quando necessário. Conforme proclama a ordem dos enfermeiros, um EESMO deve adquirir a capacidade de oferecer um cuidado adequado e holístico

“No cuidado centrado na Mulher, o EESMO/Parteira assume o papel de seu defensor, permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões, apoiando-a nas suas escolhas informadas, incentivando a sua autoeficácia, e oferecendo um leque de informação imparcial que abrange as suas crenças e valores, isenta de juízos.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, pág 9).

Durante esta segunda rotação realizei um total de 16 partos eutócicos, participei de 3 cesáreas, realizei 9 técnicas de sutura e 1 episiotomia com sua posterior episiorrafia. Prestei atendimento imediato a 19 recém-nascidos saudáveis e 5 recém-nascidos de risco que não precisaram de ajuda na adaptação extrauterina.

Durante o acompanhamento dos 16 partos eutócicos, 2 apresentaram complicações após o parto, no primeiro caso após manter um comportamento ativo na dequitação e após 45 minutos de avaliar que não havia sinais de descolamento como: sangramento de separação, prolongamento evidente do cordão umbilical, a equipa obstetra foi contactada para avaliação ecográfica, onde foi diagnosticada retenção placentária e finalmente realizada extração manual e curetagem sob anestesia geral no bloqueio cirúrgico. A placenta foi enviada para análise microbiológica com suspeita de placenta acreta.

O segundo caso ocorreu durante o quarto período de trabalho de parto, no puerpério imediato, a mulher apresentou sangramento maior, sem sinais de desestabilização hemodinâmica, que foi finalmente avaliada por ecografia e visualizados pequenos restos de membranas extraídas manualmente, foi aplicada o protocolo de drogas uterotônicas com ocitocina e misoprotol (via retal) e massagem uterina, foi finalmente diagnosticado como hemorragia leve no puerpério imediato, com boa evolução.

PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL NA CONSULTA EXTERNA DE OBSTETRÍCIA

Este relatório de estágio descreve as atividades realizadas nas consultas externas de obstetria durante o estágio profissional do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, no Centro

Hospitalar García de Orta, durante seis semanas, de 28 de outubro a 7 de dezembro de 2019.

O desenvolvimento das atividades realizadas durante estes estágios permitiu-me adquirir os conhecimentos necessários como futuro EESMO responsável pelo acompanhamento da mulher na fase de pré-natal, sendo esta uma das competências específicas regulamentadas à ordem dos enfermeiros:

2- *“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.” (OE, 2019).*

2.3.3 — *Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.*

2.3.4 — *Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante.*

2.3.5 — *Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica.*

2.3.6 — *Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte.*

Durante o estágio nas consultas externas de obstetria, pude adquirir as competências necessárias para acompanhar gestantes com fatores de risco, patologia materna ou obstétrica relevante. As consultas externas obstétricas são divididas em 4 gabinetes para consulta da equipa médica ginecológica e 5 gabinetes para consulta de enfermagem especializada, equipados com cardiotocógrafo, maca, monitor de pressão arterial, mesa, computador, cadeiras e todo o material de apoio necessário para as seguintes consultas:

- ✓ Consulta peri-parto
- ✓ Consulta de idade materna
- ✓ Consulta GND
- ✓ Embrio-fetal
- ✓ Materno-fetal
- ✓ Consulta de diabetes gestacional

A equipa de trabalho é composta por um pessoal administrativo que acolhe as mulheres à chegada na sala de espera, um auxiliar operacional e 6 EESMO, um deles exercendo a função de supervisor de equipa, das 8h00 às 16h00 horas de segunda a sexta-feira.

Durante esses estágios, realizei acompanhamento pré-natal a 184 mulheres grávidas de risco e 32

mulheres com gravidez de baixo risco, onde pude desenvolver e fortalecer as competências necessárias para esses estágios.

As principais atividades que realizei durante as consultas consistiram na recolha de dados para a entrevista diagnóstica, avaliação dos exames laboratoriais, boletim da gestante, avaliação dos sinais vitais, peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC), avaliação da altura do fundo do útero, realizar manobra de Leopold, auscultação dos batimentos cardíacos fetais, avaliação do bem-estar materno fetal através do CTG, cervicometria, recolha de urina (teste Combur), exames de sangue, recolha de amostras para triagem combinada precoce, educação e promoção da saúde de acordo com a idade gestacional e patologias de cada grávida, esclarecer dúvidas e informar os diferentes procedimentos, deixando um registro de todos os dados no sistema SClinic e no boletim informativo da gestante.

Participei ativamente e sob a supervisão da minha orientadora clínica em diferentes consultas como: gravidez gemelar, diabetes na gravidez, consulta de idade materna, GND, periparto, consulta materno-fetal e embriofetal, atingindo assim o objetivo de desenvolver minhas habilidades em todas nas consultas.

Consulta Peri-Parto

Foi uma das consultas que participei de forma mais ativa e independente, uma vez que é realizada pela EESMO e tem como objetivo avaliar o bem-estar materno-fetal, realizar ações de educação em saúde e esclarecer dúvidas, os temas que mais abordei nesta consulta foram, alimentação, desconforto nas últimas semanas de gravidez, plano de parto, sinais e sintomas do trabalho de parto, métodos de indução natural, sinais de alerta e de necessidade de recorrer ao serviço de urgência, contagem de movimentos fetais, amamentação e seus benefícios e conteúdo da mala para levar para o hospital. A primeira avaliação é feita com 39/40 semanas de gestação e a segunda avaliação é feita até 41 semanas, na segunda consulta, será marcada a data da internamento para provável indução do parto. Esta consulta é destinada a todas as grávidas, acompanhadas em centros de saúde, clínicas privadas ou mesmo noutros hospitais.

Consulta de idade materna

A diferença com as demais consultas consistiu na realização do Diagnóstico Pré-natal (DPN) que visa diagnosticar um defeito congênito, sendo a idade materna avançada a indicação mais comum

para DPN. O risco de conceber uma criança com trissomia cromossômica aumenta com a idade materna; Este aumento é mais acentuado para trissomia 21, 13, 18, X e Y.

Esta consulta é destinada a todas as mulheres grávidas com:

- Idade igual ou superior a 35 anos na altura do parto.
- Anomalias cromossômicas equilibradas em qualquer dos progenitores.
- Grávidas que apresentem feto com anomalias à observação ecografia
- Rastreio Bioquímico positivo
- Rastreio ecográfico positivo
- Casais que tenham história familiar de doenças hereditárias (ex: distrofias miotónicas, hemoglobinopatias,)
- Ansiedade Materna

Na consulta de diagnóstico pré-natal recolhemos os seguintes dados:

- História familiar de cromossomopatias.
- Exame físico da grávida.
- Auscultação dos BCF
- Recolha e registo de dados.
- Registo de exames complementares de diagnóstico e realização dos que estão em falta e sejam necessários

No desenvolvimento desta consulta foi muito importante dar um acolhimento caloroso ao casal ajudando-o a familiarizar-se com os termos e explicando de forma muito clara e simples todos os procedimentos, resultados e objetivos do teste, garantindo-lhes que se surgissem dúvidas ou precisassem de mais informações, encaminhasse para a equipa médica. Sempre com a ajuda do meu supervisor clínico, procurei abordar todas as informações possíveis, de forma próxima, explicando todas as informações necessárias:

- Explicação da possibilidade de DPN destas anomalias através da Amniocentese ou outros menos frequentes (como exemplo: Biopsia das Vilosidades)
- Explicação das possibilidades legais de interromper a gravidez se o feto tiver uma anomalia cromossômica grave.

- Explicação da relação entre a idade da grávida e a incidência de aneuploidia em nados vivos
- Explicação da amniocentese:
 - Como se faz
 - Cuidados a ter antes e depois
 - Riscos do exame
 - Relação entre os riscos do exame e os riscos de aneuploidia relacionados com a idade.
- Tipo de resultados esperados.
- Tempo de demora do resultado.

O procedimento consistiu em:

- Solicitar assinatura, pela grávida, do consentimento informado para amniocentese e para cariotipo.
- Preencher requisição do cariotipo com as informações relevantes.
- Marcar o exame.
- Dar 2 comprimidos de Diclofenac 50 mg à grávida.
- Marcar consulta de Idade Materna 3 semanas depois do exame para entregar o resultado do mesmo à grávida e avaliar o seu bem-estar.

A consulta de diagnóstico pré-natal, exigiu de mim uma preparação teórica mais aprofundada para poder explicar todos os procedimentos com mais clareza e segurança. A nível pessoal foi uma das consultas emocionalmente mais difícil de gerir, pois em alguns casos a comunicação dos resultados não era favorável e os casais precisavam de apoio, o que graças ao meu supervisor clínico aprendi a gerir e a acompanhar.

Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVE) ou também denominada GND - Gravidez Não Desejada

Sob a supervisão da EESMO, tive a oportunidade de desenvolver as competências necessárias para acompanhar essas mulheres nos momentos difíceis que elas enfrentavam.

Explicámos de forma clara e detalhada todo o procedimento envolvido nesta decisão, sempre de forma muito profissional, oferecendo todo o suporte necessário à mulher. Pessoalmente, foi uma aprendizagem muito importante acompanhar essas mulheres pela mão de uma EESMO muito comprometida com o seu trabalho e um profundo respeito pelas decisões daquelas mulheres que

passaram pela consulta, essa aprendizagem não foi só teórico-prática, foi também de apoio emocional, para criar um espaço de escuta ativa onde a mulher se sinta com liberdade e confiança para se expressar sem se sentir julgada. É muito importante a visão neutra que possamos ter como futuro EESMO sobre este procedimento, visto que os preconceitos podem afetar a maneira como as mulheres são acompanhadas

A consulta DNG foi desenvolvida em 3 etapas:

A 1ª consulta prévia onde são solicitados exames para confirmação do tempo de gravidez e esclarecimento do processo e esclarecimento de dúvidas, seguida de um período de reflexão (mínimo de 3 dias). Nesse período, a mulher pode solicitar apoio psicológico e / ou técnico ao serviço social. É necessário o seu consentimento livre e informado, ou do representante legal, em um documento escrito.

A 2ª consulta consiste na realização do procedimento (IVG), que pode ser cirúrgico ou medicamentoso.

A 3ª consulta é após o procedimento, é realizada a consulta de controlo médico, no prazo máximo de quinze dias após o dia do procedimento, é prescrito método anticoncepcional adequado e marcada consulta de saúde reprodutiva.

Durante as consultas explicamos às mulheres o procedimento IVG com medicamentos, alertamos sobre os sinais e sintomas do abortamento, realizamos educação em saúde e planeamento familiar e contraceção, cumprindo as orientações da OE (Regulamento nº 391/2019, 2019):

2.1 — Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

2.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

Consulta de diabetes gestacional

Após o Diagnóstico de Diabetes Gestacional, a gestante é orientada nesta consulta acerca duma dieta hipocalórica e multifracionada, enfatizando a importância da adesão (tanto para a gestante

quanto para o feto), a fim de controlar os valores glicêmicos dentro dos parâmetros normais: Jejum <93 mg / dl; 1 hora após o início das refeições <140 mg / dl.

Durante a consulta:

- Incentiva-se a prática regular de exercício físico (caminhada)
- Entrega-se folha/livro de auto registo da glicemia capilar e faz-se o ensino do preenchimento da mesma, realçando a necessidade/importância de os trazer sempre consigo
- Oferecesse o medidor da glicemia capilar fazendo o respectivo ensino de utilização e manutenção, assim como dos locais onde deve efetuar a avaliação da glicémia
- Valida-se os conhecimentos transmitidos convidando a grávida a fazer a primeira avaliação da glicemia presencial
- Realiza-se o ensino de autovigilância da glicemia capilar (quatro vezes/dia): em jejum; 1 hora após o início do pequeno-almoço, do almoço e do jantar.
- Marca-se consulta de Medicina Materno Fetal e de Diabetologia para os primeiros 15 dias após o início dos perfis glicémicos.

Aulas de amamentação

Durante o estágio, nas consultas externas de obstetria, tive a oportunidade de participar em aulas de amamentação oferecidas a gestantes que estavam nas últimas semanas de gestação e desejavam participar. As aulas foram realizadas pelo EESMO de internamento de puérperas e pela supervisora deste serviço. Foi uma experiência muito gratificante, por ser um dos temas que sempre mais despertou o interesse na minha formação como futuro EESMO e por ser o principal tema de estudo deste relatório, proporcionou muito conhecimento e uma experiência prática muito enriquecedora.

As aulas foram divididas em 4 sessões de 2 horas onde compartilhamos conhecimentos, experiências, práticas e dúvidas com as gestantes. A participação nestas aulas foi um reforço de toda a teoria estudada nas aulas de aleitamento materno (unidade curricular opcional) que escolhi durante o 1º ano de ensino. Durante o desenvolvimento dos meus estágios, todos esses conhecimentos foram essenciais para apoiar as novas mães que enfrentavam a amamentação com dúvidas e inseguranças. Ter uma boa base teórica e prática reforçou a minha segurança e os meus conhecimentos para alcançar uma das competências da ordem do enfermeiro como futuro EESMO:

2.1.9 - “Concebe, planeja, coordena, supervisiona, implementa e endossa programas, projetos e intervenções para a promoção da saúde materna.”

4.1.4 - “Concebe, planeja, implementa e endossa intervenções de promoção, proteção e apoio à assistência materna.” OE (2019)

Os principais tópicos que foram desenvolvidos nas aulas:

- Benefícios da amamentação
 - Para o bebé
 - Para a mãe
- Vantagens económicas da amamentação
- Vantagens ecológicas
- Anatomia da mama
- Características do leite materno
 - Colostro
 - Leite de transição

- Leite maduro
- Composição do leite artificial
- Hormônios envolvidos na amamentação
- Passos para uma boa pega
- Posições para amamentar
- Extrair e armazenar o leite materno
- Extratores e sua operação
- Protetores de mamilo e suas funções
- Cuidados com os seios e mamilos.

Formação em urgências obstétricas hospital de Cascais

Durante estes estágios, assisti também a uma sessão de formação em urgências obstétricas no hospital de Cascais, a convite do EESMO do bloco de partos e responsável pela sua organização. Esta sessão teve a duração de 8 horas e esteve a cargo da EESMO do bloco de partos e da unidade de internamento de grávidas em coordenação com a equipa de ginecologia. Foi uma experiência muito enriquecedora a nível teórico-prático que consistiu na atualização dos protocolos e organização da equipa para as urgências obstétricas mais comuns, tais como:

- Dispneia súbita
- Tromboembolismo pulmonar
- Embolia de líquido amniótico
- Bloqueio loco-regional / hipotensão
- Hemorragia pós-parto
- Inversão uterina
- Retenção de placenta
- Hematoma pós-laceração.

A participação nesta sessão foi muito útil, pois pude ampliar meus conhecimentos, conhecer os diferentes protocolos, ouvir as diferentes opiniões e dúvidas dos colegas EESMO e conhecer a coordenação entre as diferentes equipas multiprofissionais para o atendimento integral à mulher durante uma urgência.

PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL DE INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS

Este relatório de estágio descreve as atividades realizadas no serviço de internamento de grávidas durante o estágio profissional do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, no Centro Hospitalar García de Orta, durante seis semanas, de 9 de dezembro a 31 de janeiro de 2019.

A experiência de passar pelo serviço de Grávidas e Ginecologia foi uma grande aprendizagem a nível profissional e pessoal. Quanto ao nível profissional, tem sido uma experiência rica, cheia de novos conhecimentos e uma maneira de interiorizar todo o conhecimento teórico trabalhado no ano anterior. Conhecer o desenvolvimento de uma unidade de hospitalização, aplicar os protocolos, priorizar as tarefas a serem realizadas e acompanhar as mulheres de perto tem sido um desafio para mim, uma vez que não tinha experiência no ambiente hospitalar, aprender a gerir o meu tempo e controlar um grande número de pacientes sob os nossos cuidados. Graças ao esforço, confiança e paciência do meu orientador clínico, esse estágio foi muito gratificante ao nível da autoconfiança que tenho que desenvolver como futura EESMO, senti-me valorizada e integrada no serviço, executando tarefas de forma independente, sempre com a sua supervisão e apoio.

Durante o turno, pude atender várias grávidas à minha responsabilidade, organizando os seus cuidados e informando o meu orientador sobre as minhas decisões, aprendendo a organizar os cuidados, conhecer os protocolos e priorizar os sinais a serem monitorizados de acordo com a patologia ou diagnóstico. A unidade de internamento de grávidas é uma oportunidade para colocar em prática muitos dos nossos conhecimentos de enfermagem em patologia clínica, com a particularidade de ser adaptada à gestante, sendo os cuidados sempre desenvolvidos dando prioridade ao bem-estar materno e fetal, e nesse aspecto, o papel do EESMO é importante, pois somos os profissionais indicados para controlar qualquer desvio à normalidade, na mãe e no feto.

Uma das razões pelas quais este estágio foi um dos que mais aprendi, e, portanto, gostei mais, foi pela oportunidade oferecida no atendimento a grávidas de risco. À medida que desenvolvemos muitas atividades dentro das competências do EESMO, realizamos uma avaliação profunda do estado da gravidez e dos seus cuidados básicos, recebendo a mulher na chegada ao hospital com uma entrevista detalhada sobre a sua história médica, garantindo o status fetal, avaliando se se mantém num bom controlo de gravidez (vacinas, análises, alimentação, patologias, ecografias, etc). Todo esse conhecimento ajuda-nos a individualizar o cuidado de cada mulher e feto.

Acompanhar as mulheres durante a indução do parto, foi uma grande possibilidade de interiorizar muitos conhecimentos, pois é a parte mais específica que o EESMO realiza, e como enfermeira geral nunca tinha realizado. A indução do parto foi uma das atividades que mais desenvolvi durante os meus estágios no serviço de internamento de grávidas, acolhendo-as à chegada ao hospital, realizando a entrevista clínica, conferindo o controlo da gravidez, explicando os procedimentos a serem realizados, entregar e explicar a informação de consentimento, a sua assinatura, arquivá-lo no processo clínico, e estar disponível para esclarecer todas as suas dúvidas, foi parte fundamental do cuidado a ser desenvolvido.

As indicações mais frequentes para a indução do parto foram: indução para gestação prolongada (41 + 6), restrição do crescimento fetal, situações de patologia associada (HTA, pré-eclâmpsia, síndrome de HELLP), rutura prematura de membranas (RPM) com mais de 18 horas sem dinâmica uterina e gestantes com diabetes prévio ou gestacional (Néné, Marques, & Batista, 2016). Após o internamento das gestantes, estas foram avaliadas pela equipa médica para estabelecer o plano terapêutico a ser realizado, de acordo com a avaliação do índice de Bishop e da história obstétrica. A equipa decidia o método farmacológico mais adequado para cada gestante, de acordo com as condições do colo do útero, a indução do parto era iniciada com maturação do colo através de prostaglandinas E2 ou Misoprostol. Uma vez decidido o método de indução do parto, era importante confirmar se a gestante compreendeu o objetivo do plano terapêutico, os benefícios e riscos do tratamento farmacológico, a evolução esperada após o início do tratamento, os sinais e sintomas de alarme a comunicar e as indicações terapêuticas a seguir, como manter repouso no leito durante as 2 horas de registro cardiotocográfico, uma vez iniciada a indução. O acompanhamento do casal durante as horas de indução foi uma parte fundamental na minha aprendizagem. Prestar o meu apoio nas diferentes etapas que as gestantes passam durante o processo, era muito importante para elas, pois muitas vezes podem passar longas horas sem ocorrer a evolução desejada, sentindo-se desanimadas, ou durante o processo de dilatação e controlo da dor sentiam que estavam a perder o controlo da situação. Surgiram também situações mais difíceis como a suspeita de um mau registro cardiotocográfico (CTG) com sofrimento fetal e tivemos que realizar uma transferência da grávida para o bloco de parto sendo esta uma situação estressante, provocando medo no casal. Diante os sentimentos expressados, eu e a minha orientadora clínica tentámos estar sempre ao lado do casal para informar e transmitir a nossa disponibilidade e apoio, sendo esse acompanhamento sempre bem valorizado, oferecendo a segurança e confiança necessárias.

Outro grande desafio foi acompanhar as mulheres na fase latente do parto, pois na hospitalização as medidas para alívio da dor são mínimas e só temos analgesia como paracetamol, nolotil e buscopan, e como método não farmacológico, o duche de água quente, quando essas medidas não eram suficientes, contactámos com o bloco de parto para transferir a mulher mesmo que ela não estivesse na fase ativa do trabalho de parto, por forma a oferecer mais suporte farmacológico se ela necessitasse.

Quanto à parte da ginecologia, foi muito interessante aplicar os cuidados pós-cirúrgicos às mulheres com patologia ginecológica. A organização e a priorização do atendimento também foram uma nova etapa para mim, aprendendo a organizar o meu trabalho e o atendimento à mulher. Durante esse estágio, realizei dois turnos de ginecologia, porque o meu orientador sempre deu maior importância aprender os cuidados à gestante, uma vez que eram os cuidados que mais desconhecia.

PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL NO BLOCO DE PARTO

Este relatório de estágio descreve as atividades realizadas no bloco de parto durante o estágio profissional do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, no Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno-Infantil (CHUIMI) do Serviço de Saúde das Canárias, por oito semanas, de 17 de junho a 30 de junho de 2020 e de 1 de agosto a 31 de agosto de 2020. Iniciar as práticas clínicas neste hospital após 3 meses de confinamento devido à pandemia Covid-19 foi um grande desafio, conhecer novos protocolos e uma forma diferente de trabalhar, mas o entusiasmo por terminar com sucesso os estágios deu-me forças para continuar.

Após a avaliação da mulher, era transferida para observação para iniciar ou continuar a indução ou, se estava em trabalho de parto, entrava no bloco de parto em quarto individual. Apesar da pandemia, a mulher sempre pôde contar com o acompanhamento de uma pessoa significativa que deveria cumprir rigorosamente o protocolo de segurança da Covid-19, no qual eram feitas as perguntas de confirmação de não tivesse sido exposta a situações de risco.

No momento da internação da mulher e seu acompanhante significativo, procedemos à realização da entrevista para finalizar o registro dos dados na história clínica, explicamos as normas da unidade adaptadas aos novos protocolos Covid-19 e conversamos com a mulher sobre os seus

desejos de acompanhamento e plano de parto, é de notar que as mulheres Canárias vão cada vez mais ao hospital com o seu plano de parto, a equipe tenta respeitar o máximo possível de acordo com o estado de bem-estar da mãe e do bebê. Neste hospital existe a possibilidade de parto na sala individual "sala de parto 8" com baixa intervenção, se a mulher deseja um parto mais fisiológico e cumpre os critérios para gravidez de baixo risco, esta sala é ampla permitindo a livre circulação de a mulher e é composta por uma banheira, uma cadeira de parto, monitorização intermitente, um lenço de suporte no teto e colchonetes para realizar diferentes posturas no chão. A fotografia encontra-se em anexo (Anexo F). Os restantes quartos individuais, 10 no total, possuem todo o material necessário para a assistência ao parto.

Quanto ao atendimento das diferentes fases do parto, pude desenvolver as minhas competências já adquiridas no bloco de parto do Hospital Garcia de Orta (HGO) acompanhando a mulher nas diferentes fases, observando as seguintes diferenças:

- Quando a dor não era controlada ou suportada pela mulher, elas decidiram solicitar analgesia através da epidural, esta técnica marcou a diferença ao nível das minhas práticas clínicas desenvolvidas no HGO, visto que neste hospital (CHUIMI) as mulheres com epidural mantinham a analgesia por meio de infusão contínua de medicamentos, apresentavam uma grande dificuldade de mobilização, e em grande parte da fase de dilatação ficavam deitadas na cama.
- Outra grande diferença em relação aos protocolos de atendimento ao parto foi o nível de intervenção vivenciado pelas mulheres que desejavam este tipo de analgesia, pois antes de iniciar a técnica era necessário realizar monitorização interna da dinâmica uterina e frequência cardíaca fetal, que levava a uma amniotomia prévia se a bolsa estivesse intacta. Estas técnicas permitiram-me aprender e desenvolver capacidades na monitorização interna e na realização da amniotomia. Neste sentido, refleti com a minha orientadora clínica esta prática, visto que estava longe das recomendações internacionais sobre a monitorização do bem-estar materno e fetal já que causava dor na mulher, desconforto, diminuição do movimento livre, aumento do risco de infecção, febre e mais probabilidades de causar uma corioamniotite, tendo ela concordado que eram protocolos estabelecidos pela equipa médica e só em algumas ocasiões podiam ser evitados, como quando a mulher recusa este procedimento, ou a monitorização externa é bem garantida ou o trabalho de parto evolui rapidamente. Esta prática exigiu uma maior vigilância e os toques vaginais foram restritos aos necessários.
- Durante o período expulsivo, a única diferença foi quanto às situações da circular cervical,

neste hospital foram resolvidas com a Manobra Somersault, sendo de grande satisfação evitar o corte prematuro do cordão e cumprir as diretrizes internacionais sobre o corte ideal do cordão (WHO, 2014).

- Quanto aos cuidados do recém-nascido neste hospital eram realizados pela equipa de transição, quando a mulher estivesse no momento do período expulsivo, a equipa era avisada, se não houvesse intercorrências só comparecia a enfermeira, se havia sinais de sofrimento fetal ou alguma complicação durante esta fase, foram acompanhados pela equipe de neonatologia.

Esta equipe se encarregou de realizar os primeiros cuidados do recém-nascido em cima da mãe, mantendo pele a pele e aguardando o corte do cordão umbilical quando estivesse totalmente colapsado, em caso a adaptação extrauterina do recém-nascido não fosse ideal e precisasse de ajuda, foi cortado o cordão e assistido na mesma sala na área do reanimador neonatal perto dos pais.

No quarto estúdio a mulher foi transferida para o puerpério imediato com outro EESMO onde se prestaram os cuidados para avaliação dos sinais vitais, involução uterina, e da ferida perineal. Procurei sempre verificar as condições de articulação do trabalho para me permitir continuar a acompanhar a puérpera e seu RN durante as 2 horas que ficaram no quarto, para ajudar na adaptação da nova família e se a mulher precisasse de orientações com a amamentação. Os registos de enfermagem são realizados através da aplicação informática Drago e o Philips. No Drago é registada a história do parto, enquanto no programa Philips escreve-se o partograma e o CTG.

Durante as 8 semanas no bloco de parto, realizámos 20 partos eutócicos cefálicos, dos quais 2 apresentaram distocia de ombros resolvidos com a manobra de Mc Roberts. 11 partos distócicos, realizámos 15 técnicas de sutura, prestámos cuidados imediatos a 25 recém-nascidos saudáveis e 8 recém-nascidos de risco que necessitaram de alguma ajuda nas manobras para adaptação extra-uterina.

PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL DE INTERNAMENTO DE PUERPÉRIO

Este relatório de estágio descreve as atividades realizadas no serviço de internamento de puerpério durante o estágio profissional do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, no Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno-Infantil do Serviço de Saúde das Canárias, por quatro semanas, de 1º de julho a 31 de julho de 2020.

A aquisição de competências decorreu sob a supervisão da equipa da EESMO de segunda-feira a sexta-feira das 8 às 16 horas. Nos primeiros dias o estágio centrou-se em conhecer a organização do serviço, a articulação com a equipa geral de enfermagem, a equipa médica, os protocolos e as atividades que passaria a desenvolver autonomamente. No início do turno, a distribuição de pessoal é organizada numa unidade de atendimento sendo atribuída a cada EESMO, o internamento de puérperas e grávidas que fica no 6º e 7º andar ou o internamento de grávidas de risco que fica no 5º andar. Se o número de EESMO permitir, uma enfermeira especialista será responsável pelas mulheres que precisam de apoio com a amamentação e fará os relatórios de altas desse dia.

Durante os meus estágios nesta unidade consegui adquirir um grande número de competências, graças ao volume de trabalho que existe, foram estágios muito ricos em novas experiências, técnicas, vigilância de sinais e sintomas de risco no puerpério tardio, promoção da saúde da mulher no puerpério, cuidado do recém-nascido e a sua adaptação nos primeiros dias, apoio e promoção na amamentação, apoio emocional e acompanhamento de mães/casais, transição para a paternidade, informações sobre os recursos disponíveis na comunidade e esclarecimento de dúvidas sobre sexualidade e contraceção pós-parto.

Assim, consegui adquirir novos conhecimentos e competências, atingindo os objetivos propostos para estes estágios, segundo o Regulamento de Competências Específicas do EESMO (OE, 2019):

“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós -natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém -nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”.

O início deste estágio foi um novo desafio aos meus conhecimentos e competências, porque não só tinha que prestar cuidados e vigilância à mãe / RN / família, mas também saber responder e tirar as dúvidas dos novos pais. Todas essas situações estimularam-me a adquirir mais informações através da pesquisa de evidências científicas atualizadas, procura nos guias internacionais mais recentes, e assim ser capaz de refletir e oferecer informações comprovadas e atualizadas.

Nestes estágios desenvolvi as minhas competências como futura EESMO na área do internamento pós-parto, recebendo a puérpera e o recém-nascido, avaliando o seu estado hemodinâmico e geral, verificando a sua história clínica, história pessoal e obstétrica, como evoluiu o seu parto: indução, tipo de parto, horas de trabalho de parto, complicações, estado do períneo, tipo de analgesia, medicação, tipagem sanguínea e fator Rh da mãe, estado de vacinação, Apgar do RN, se houve algum tipo de ajuda

na adaptação extrauterina, se a pele com pele e a amamentação foram realizadas no bloco de parto. Feitas todas essas verificações, realizei todos os cuidados do puerpério tardio, avaliando o fundo uterino, lóquios, micções e períneo, edema e veias varicosas nos membros inferiores e estado geral físico e emocional desde o parto. Depois de conhecer o desejo materno de amamentar o recém-nascido com leite materno ou com leite artificial, prestei os cuidados necessários. Se pretendessem o aleitamento materno exclusivo, avaliei as características da mama e dos mamilos, como ocorreu a amamentação durante esse período, abordei instruções básicas de como realizar uma boa pega, mamada eficaz, explicar os diferentes tipos de leite materno, sinais de saciedade, micções, dejeções, sono e repouso, desenvolvendo assim uma das competências e objetivos para esse estágio:

4.1.4 — “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno”.

Estas competências foram mais desenvolvidas durante os dias que acompanhei a EESMO encarregada da amamentação, foi uma das experiências mais ricas a nível profissional e pessoal, sendo este o tema principal deste relatório, proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, deram-me a oportunidade de passar muitas horas com as mães, os seus bebés e acompanhantes, resultando numa experiência muito gratificante. Pude acompanhá-los em momentos vitais na sua transição para a parentalidade, nas primeiras horas onde vão conhecendo a díade e a tríade, onde muitos sentimentos contraditórios e algumas situações podem levar a uma sobrecarga dos pais e do recém-nascido, sendo fundamental os profissionais responsáveis oferecerem todas as ferramentas necessárias para enfrentá-los. Essas visitas de apoio à amamentação foram realizadas sempre antes da alta médica e durante o internamento, para as mulheres que precisavam de ajuda ou tinham dúvidas a esse respeito. Durante as visitas foi muito importante criar um clima de confiança e escuta ativa, procurei sempre permitir que as mães se expressassem livremente sem se sentirem julgadas e foram elas que expressaram as suas dúvidas, sentimentos e desejos em relação à amamentação, e assim, fazer com que as mães vissem em mim um profissional que as acompanha nas suas decisões, oferecendo-lhes todos os recursos necessários para alcançar os seus objetivos. Ficando claros os desejos da mãe e o apoio que ela tinha, trabalhamos em equipa para atingir os seus objetivos. Cada mãe e o seu bebé eram uma nova história a acompanhar, muitas vezes esse apoio consistia apenas em reforçar positivamente o bem que ela estava a fazer e explicar os sinais que indicavam que o seu bebé estava bem alimentado. O apoio que as mulheres mais necessitavam na amamentação era ensiná-las a realizar uma boa pega, já que a queixa mais comum era a dor nos mamilos, nesta situação aproveitei para explicar a fisiologia da mama e assim entendiam o porquê de ser importante o seu bebé ter uma boa pega, para garantir uma boa

extração do leite sem agredir os mamilos.

Outra das situações mais complexas a nível emocional e mais frequentes que acompanhei foi acompanhar as mães que tiveram os seus bebés internados por alguma circunstância temporária. Estas mães, com um forte desejo de amamentar, foram um ensinamento para mim. Apesar do seu estado emocional, o seu cansaço físico após o parto e a separação do bebé, que até há instantes atrás estavam mais unidos do que nunca, tiveram forças para estimular os seios a cada 2 horas para manter a produção de colostro, extrair manualmente após aprendida a técnica de Marmet e entregar aos seus bebés em seringas. Para essas mães, o apoio da EESMO é tão importante, não só ao nível dos cuidados físicos, mas também na orientação num caminho novo ou desconhecido, e na incerteza de como a situação se desenvolverá.

Durante a consulta de alta médica, o mais importante era avaliar uma boa pega e conversar com a mãe para saber os sentimentos e a confiança com que ela voltaria para casa. Em algumas situações complicadas de amamentação, não tendo a certeza da existência de uma boa pega do bebé, a opção de ficar mais um dia no internamento foi aconselhada à mãe, sendo esta a opção mais optada por elas. Outras habilidades que desenvolvi e alcancei durante esse estágio, em relação à promoção, proteção e apoio à amamentação foram:

- ✓ Desfazer preconceitos.
- ✓ Diminuir dúvidas.
- ✓ Minimizar as dificuldades.
- ✓ Aplicar a escala LATCH para avaliar a pega.
- ✓ Respeitar a singularidade e individualidade de cada mãe/RN.
- ✓ Explicar os benefícios na promoção da saúde da díade em relação a amamentação exclusiva.
- ✓ Traçar estratégias respeitando crenças da tríade.
- ✓ Promover a Autoeficácia através de ensinamentos de técnicas que permite à mãe tornar-se independente.

As mães nem sempre quiseram manter o aleitamento materno exclusivo, em algumas ocasiões as mães foram claras sobre a sua opção pela amamentação artificial. Nesses casos o papel da EESMO foi saber o motivo da escolha dessa opção e verificar se a mãe tinha todas as informações necessárias acerca dos benefícios do aleitamento materno exclusivo. Uma vez confirmada a sua decisão, explicámos o procedimento farmacológico para evitar o aumento do leite e os cuidados e sinais de

alarme que elas deveriam conhecer para evitar complicações, e também explicámos os cuidados com a alimentação artificial.

Ao longo deste estágio desenvolvi as minhas competências em coordenação com toda a equipa multidisciplinar, derivando em algumas situações que estavam para além das nossas competências, durante a manhã a reunião de equipa serviu para falar e refletir sobre alguns casos que precisavam de ser avaliados em conjunto com a equipa pediátrica, assistente social, equipa obstétrica ou enfermagem geral. Os registos de enfermagem são realizados através da aplicação informática denominada Drago.

Referências bibliográficas

- Biurrun Garrido, A. & Goberna Tricas, J., (2013), *La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto*, *Revisión bibliográfica, Matronas Prof.*, 14(2):62–6.
- Brady, S., Lee, N., Gibbons, K., & Bogossian, F. (2019). *Woman-centred care: An integrative review of the empirical literature*. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 107-119. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001>
- Gobierno de España. (2007). *Estratégia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministério de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones.
Obtenido de
<https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>
- LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon (2008) – *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.
- Nacional Institute for Health and Care Excellence (2014). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. Disponível em:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- News, J. (2020). *Ginecologia-Obstetrícia do HGO: Mais de 25 anos a promover a humanização*.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Gody SA.
- OMS. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación*. Recuperado el 20 de noviembre de 2019, de
<https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/272435>
- Whitford, H. & Hillan, E., (1998), *Women’s perceptions of birth plans*, *Midwifery*, 14(4):248-53.
- WHO. (2014). *Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes*. Recuperado el enero de 2020, de
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/delayed-cord-clamping/es/

A intervenção telefônica como estratégia de apoio à
continuidade da amamentação exclusiva

Telephone intervention as a strategy to support
exclusive breastfeeding

La intervención telefónica como estrategia de apoyo
para la continuidad de la lactancia materna
exclusiva

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA
2020

Nareth zambrano marin - Mestranda de Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica

RESUMO

Antecedentes: A amamentação contribui para o aumento do crescimento e desenvolvimento precoce da criança e beneficia a sua saúde bem como a da mãe. Existem várias correntes de estudo que estão empenhadas em promover e garantir a amamentação materna exclusiva nos primeiros seis meses da criança.

Objetivos: Avaliar, com base nas evidências atuais, se as intervenções telefônicas de acompanhamento contribuem para as mulheres continuarem a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses.

Métodos: Revisão bibliográfica baseada em revisões sistemáticas e narrativas desde 2016. A pesquisa foi realizada nas bases de dados Medline e Cochrane Library.

Resultados: É importante que as intervenções telefônicas sejam complementadas com visitas contínuas e programadas, com uma componente educacional seja por telefone ou através do acesso a sites na internet. Não se sabe se as intervenções telefônicas por si só promovem a amamentação materna exclusiva ou se têm impacto na saúde materna. As intervenções teriam de ser adaptadas ao ambiente e às necessidades do grupo populacional.

Conclusões: Não existem evidências fortes de que o acompanhamento por telefone seja o mais eficaz ou substitua as visitas presenciais de promoção da amamentação. São necessários estudos de alta qualidade, bem controlados e com uma população representativa para aumentar a evidência.

Descritores (MeSH): Amamentação exclusiva, intervenções por telefone, acompanhamento por telefone, saúde materna, saúde neonatal

ABSTRACT

Background: Breastfeeding is effective in promoting early growth and development, and benefits in child health and mother as well. There are many interventions that are being implemented to encourage and ensure exclusive breastfeeding in the first six months.

Objective: To assess on the basis of current evidence whether follow-up telephone interventions favour women to continue exclusively breastfeeding in the first six months.

Methods: Rapid literature review based on systematic and narrative reviews since 2016. The search literature was conducted in Medline and Cochrane library databases.

Findings: It is important that telephone interventions are accompanied by continuous scheduled visits with educational component, either by telephone or by access to websites. It is no known whether only telephone interventions encourage exclusive breastfeeding or whether it has an impact on maternal health. Interventions would have to be adapted to the environment and the needs of the population group.

Conclusions: There is no uncertain evidence that telephone interventions are the most effective or replaces face-to-face visits to encourage breastfeeding. High-quality, controlled studies and representative population are needed to increase the evidence.

Descriptors (MeSH): Exclusive breastfeeding, telephone interventions, telephone monitoring, maternal health, neonatal health.

RESUMEN

Antecedentes: La lactancia materna es eficaz para fomentar el crecimiento y desarrollo temprano, y beneficios en la salud del niño, así como de la madre. Existen diversas intervenciones que se están aplicando para fomentar y asegurar la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses.

Objetivos: Evaluar en base a la evidencia actual, si las intervenciones telefónicas de seguimiento favorecen que las mujeres continúen amamantando de forma exclusiva en los seis primeros meses.

Métodos: Revisión bibliográfica rápida basada en revisiones sistemáticas y narrativas desde el 2016. La búsqueda se realizó en las bases de datos de Medline y Cochrane Library.

Resultados: Es importante que las intervenciones telefónicas estén acompañadas de visitas programadas continuas con un componente educativo, ya sea por vía telefónica o acceso a sitios web. No se sabe si las intervenciones telefónicas por sí solas fomentan la lactancia materna exclusiva o si tiene un impacto en la salud materna. Las intervenciones tendrían que adaptarse al entorno y a las necesidades del grupo de la población.

Conclusión: No hay evidencia sólida que el seguimiento telefónico sea el más efectivo o reemplace a las visitas cara a cara para fomentar la lactancia materna. Se necesitan estudios de alta calidad, bien controlados y una población representativa para aumentar la evidencia.

Descriptores (MeSH): Lactancia materna exclusiva, intervenciones telefónicas, seguimiento telefónico, salud materna, salud neonatal

INTRODUÇÃO

Contexto actual

A amamentação materna exclusiva (AME) nos primeiros meses de vida faculto o nutriente mais completo ao recém-nascido, pois fornece o leite materno que possui toda a energia, vitaminas e minerais de que o bebé necessita (Khayat, Fanaei, & Ghanbarzahi, 2017). Poucos comportamentos relacionados com a saúde têm um impacto tão amplo e duradouro como a amamentação, sendo esta eficaz no aumento do crescimento e desenvolvimento precoce da criança bem como os benefícios que proporciona à saúde da criança a longo prazo, tais como: reduzir o risco de doenças cardiovasculares e diabetes (Bernardo L. Horta, Loret De Mola, & Victora, 2015; Bernardo Lessa Horta & de Lima, 2019). Também ajuda a mãe a ter um risco menor de sangramento pós-parto, promove o vínculo mãe-filho e aumenta o bem-estar materno (Victora et al., 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a amamentação materna exclusiva nos primeiros seis meses de vida, sendo recomendado após esse período a administração de alimentos complementares, mas sem abandonar a amamentação até os 2 anos ou mais (“OMS | Lactancia materna,” 2017). Para que isso seja possível na prática, é necessário implementar políticas que tornem as recomendações alcançáveis a todas as populações (Wouk et al., 2016). Globalmente, a percentagem de crianças dos 0 aos 6 meses que são exclusivamente alimentadas através da amamentação é de aproximadamente 40%. Mesmo em países desenvolvidos como a Austrália, Estados Unidos e Reino Unido, existem taxas significativamente baixas de amamentação materna exclusiva (“OMS | 10 datos sobre la lactancia materna,” 2017). Em países de baixo e médio desenvolvimento, os bebés não amamentados têm seis a dez vezes mais probabilidade de morrer nos primeiros meses do que os bebés amamentados (“OMS | Lactancia materna,” 2017).

A alimentação infantil encontra-se fortemente relacionada com as desigualdades na saúde, está longe de ser apenas uma decisão individual de cada mulher sendo um reflexo das diferenças estruturais na saúde (Mcfadden et al., 2017). Os padrões de amamentação diferem acentuadamente entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos. As barreiras e os fatores determinantes da amamentação em países de baixo desenvolvimento são as crenças culturais, educação, comercialização de fórmulas infantis e o acesso a cuidados de saúde, entre outros fatores. As barreiras nos países desenvolvidos são a obesidade, retorno ao trabalho, apoio

familiar insuficiente, vergonha de amamentar em público, bem como a educação (Skouteris et al., 2017).

Globalmente, existem várias iniciativas e políticas que apoiam as intervenções para promover e acompanhar a amamentação materna exclusiva em diferentes contextos. No entanto, está pendente a adaptação dessas intervenções aos diferentes contextos culturais e sistemas de prestação de serviços de saúde (Olufunlayo et al., 2019).

Os profissionais de saúde desempenham um papel importante nessas intervenções, pois podem ajudar a melhorar as práticas de amamentação, mas em ambientes com recursos limitados, torna-se difícil a promoção eficaz da amamentação exclusiva (Shakya et al., 2017). Porém, são os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) os profissionais de saúde que conhecem em primeira mão as necessidades e preocupações das mães que amamentam e, por isso, estão em constante inovação e adaptação para implementar intervenções acessíveis e eficazes. Além disso, a prática educativa do EESMO valoriza a utilização de estratégias e tecnologias que contribuam para a promoção da amamentação materna com o objetivo de fornecer experiências em vez de planeamento instrucional (Oriá et al., 2018).

Exposição do problema

A interrupção precoce da amamentação não é uma decisão que as mulheres tomam isoladamente, mas sim por consequência de um conjunto de problemas como dores nos seios e mamilos, apreensão quanto à suficiência do leite relacionada com o comportamento do bebé e, às vezes, a autoperceção da mãe acerca da experiência da amamentação.

Nos últimos anos, em diferentes cenários, tem sido utilizada a tecnologia como forma de monitorizar e auxiliar a assistência da enfermagem, por forma a melhorar a confiança, adesão e a subsistência da amamentação.

As visitas domiciliárias têm sido intervenções eficazes no atendimento à comunidade. No entanto, atualmente são necessárias outras estratégias que complementem o cuidado à comunidade. O suporte telefónico tem sido cada vez mais aceite como forma útil, acessível e amigável de apoio à saúde, especialmente no acompanhamento da assistência materna.

Nesse sentido, é importante avaliar com base nas evidências atuais, se as intervenções de

acompanhamento telefónico, conduzidas por parteiras, favorecem a continuidade da amamentação materna exclusiva, nos primeiros seis meses de vida da criança.

Pergunta de investigação

O acompanhamento de mulheres puérperas saudáveis, principalmente através de telefone, aumenta a adesão da amamentação materna exclusiva?

População: mulheres puérperas saudáveis

Intervenção: acompanhamento por telefone

Comparação: sem acompanhamento

Outcomes (Resultados): conformidade com a amamentação materna exclusiva.

MÉTODO

Desenho

O presente estudo corresponde a uma rápida revisão bibliográfica baseada em revisões sistemáticas e narrativas que compilam o estado atual das evidências publicadas em bases de dados científicas. As fontes das evidências foram as revisões, devido ao grande volume de estudos primários existentes nas diferentes bases de dados sobre as intervenções para promover a continuidade da amamentação materna exclusiva.

Pesquisa bibliográfica

Foi realizada uma procura bibliográfica na base de dados MEDLINE (Pubmed) e na Cochrane Library desde 2016 até à data atual, sendo apenas incluídos estudos em inglês.

Os termos da pesquisa desenvolvidos no Medical Subject Headings (MeSH) foram: (“Breastfeeding duration” OR “breastfeeding exclusivity” OR “exclusive breastfeeding” OR “Breastfeeding self-efficacy” OR “breastfeed”) AND (“Telephone intervention” OR “self-efficacy intervention” OR “Lactation education” OR “Social support” OR “counseling” OR “health promotion” OR “health education”) AND (Systematic review).

RESULTADOS

A partir da pesquisa bibliográfica e da seleção dos estudos, foram identificadas oito revisões sistemáticas que respondem à questão de pesquisa do presente estudo ([Figura 13](#)). As revisões incluem uma série de estudos primários e estes, em alguns casos, surgem em mais de uma revisão. No entanto, os resultados foram avaliados de forma a evitar a duplicação de informações.

As características das revisões incluídas no estudo estão descritas na [Tabela 1](#). Entre os dados recolhidos, constatou-se que existem diferentes tipos de intervenções para melhorar os resultados da amamentação, geralmente as que se baseiam na educação ou no apoio (Mcfadden et al., 2017). As melhorias na autoeficácia da amamentação antecipam aumentos na taxa de AME e são um fator alterável onde os profissionais podem vir a ajudar a melhorar (Brockway, Benzies, & Hayden, 2017; Galipeau, Baillot, Trottier, & Lemire, 2018).

As intervenções como apoio efetivo devem ser oferecidas durante o atendimento pré ou pós-natal e conduzidas por profissionais de saúde ou pessoal treinado (Mcfadden et al., 2017; Oriá et al., 2018). De acordo com os resultados obtidos num estudo, não houve evidência de que existe uma relação entre o efeito da intervenção e o pessoal que a dirige, sejam eles profissionais de saúde, educadores ou os próprios pares (Patnode, Henninger, Senger, Perdue, & Whitlock, 2016).

Por outro lado, verificou-se a importância das intervenções serem acompanhadas de visitas agendadas contínuas com uma componente educativa, seja por telefone ou através do acesso a sites (Galipeau et al., 2018; Mcfadden et al., 2017; McFadden et al., 2019; Skouteris et al., 2017). Não se sabe se as intervenções telefônicas por si só (mensagens, ligações, lembretes, etc.) promovem a amamentação materna exclusiva ou se têm impacto na saúde materna (Olufunlayo et al., 2019; Palmer et al., 2020). As intervenções teriam que ser adaptadas ao ambiente e às necessidades do grupo populacional (Mcfadden et al., 2017).

É provável que o apoio seja mais eficaz em locais com altas taxas de iniciação à amamentação materna exclusiva, predisposição materna e acesso a serviços de saúde, como dispositivos eletrônicos (Mcfadden et al., 2017).

Os ensaios incluídos nas revisões sistemáticas não são de alta qualidade, faltando-lhes poder estatístico e uma análise causa-efeito mais adequada para avaliar com segurança os efeitos e benefícios da comunicação direcionada ao paciente por meio de dispositivos móveis (Palmer

et al., 2020).

Figura 13. Fluxo de informação das diferentes fases de revisão de acordo com o modelo PRISMA

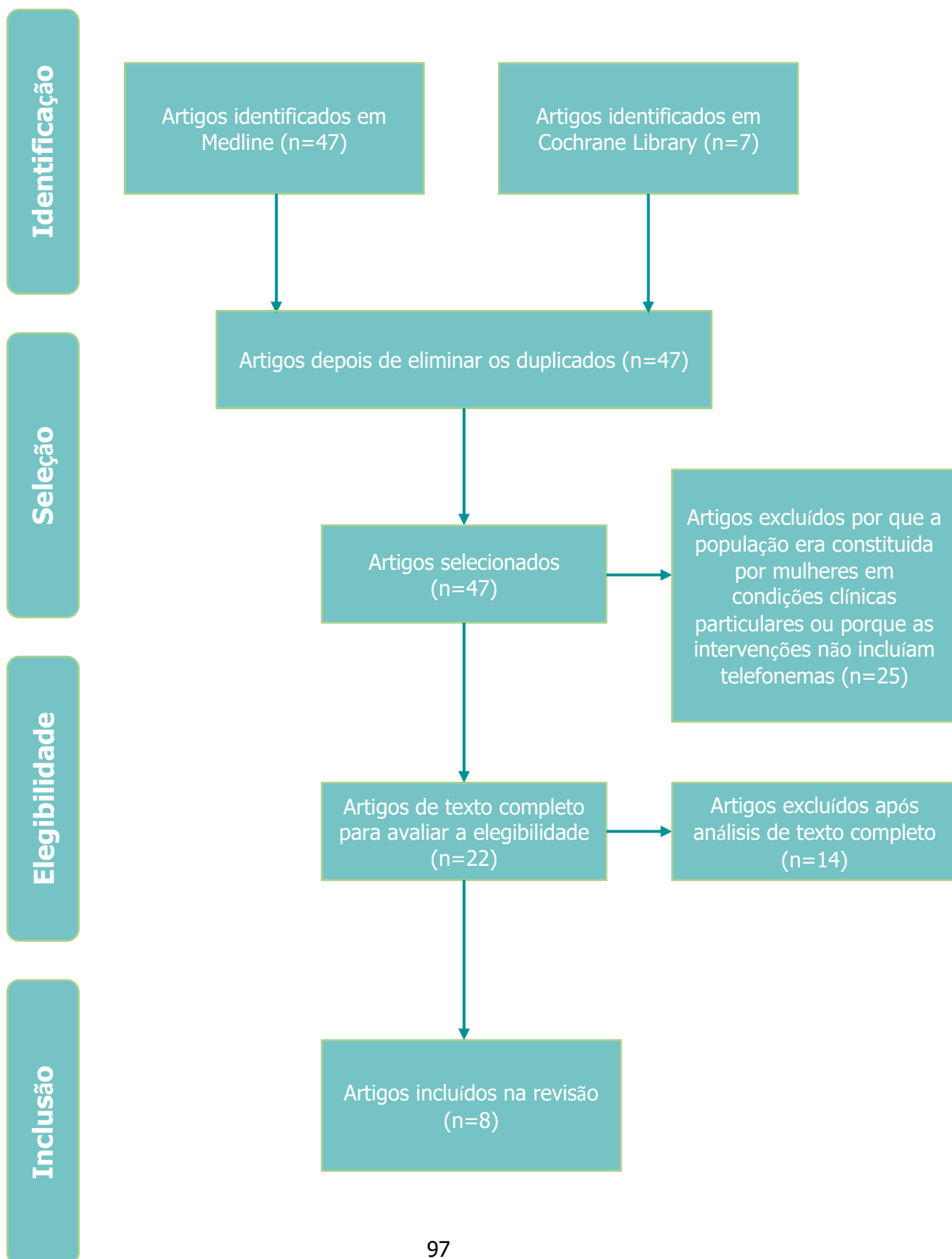


Tabela 1. Resumo das características das revisões incluídas

Título	Autor - Ano	Objetivo	População	Intervenção/ Comparação	Resultado
Targeted client communication via mobile devices for improving maternal, neonatal, and child health(Palmer et al., 2020)	Palmer - 2020	Avaliar os efeitos da comunicação dirigida ao cliente através de dispositivos móveis no comportamento de saúde materna, neonatal e infantil	Mulheres grávidas e puérperas	Comunicação dirigida ao cliente através de um dispositivo móvel VS atenção habitual, sem intervenção ou comunicação digital ou não dirigida.	<i>Em comparação com as mulheres que não recebem mensagens:</i> As mulheres podem amamentar mais em ambientes onde a amamentação exclusiva não é comum. Não sabemos se as mensagens afetam a saúde das mulheres ou dos bebês porque o grau de certeza das evidências é muito baixo. <i>Em comparação com as mulheres que recebem mensagens enviadas de outras formas:</i> as mensagens podem fazer pouca ou nenhuma diferença no número de mulheres que amamentam.
Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis(McFadden et al., 2019)	McFadden- 2020	Examinar as evidências acerca da eficácia no aconselhamento da amamentação para informar as diretrizes globais.	Mulheres grávidas que pretendiam ou estavam a pensar amamentar, ou mulheres que podiam iniciar a amamentação ou que já estavam amamentando	Aconselhamento em amamentação VS nenhum aconselhamento em amamentação	O aconselhamento sobre a amamentação deve ser dado pessoalmente e também via telefone, tanto fase pré-natal quanto na pós-natal, a todas as mulheres grávidas e mães com filhos pequenos.

Improving exclusive breastfeeding in low and middle-income countries: A systematic review(Olufunlayo et al., 2019)	Olufunlayo - 2019	Fornecer evidências acerca da eficácia de diversas intervenções na AME até aos 6 meses em países de baixo e médio desenvolvimento, em comparação com o tratamento padrão.	Mães no período pré-natal e/ou pós-natal, em países de baixo e médio desenvolvimento	Intervenções que promovam os cuidados de AME VS cuidados habituais (cuidados hospitalares e acompanhamento na comunidade)	São necessárias mais pesquisas para determinar como a taxa de AME é afetada pelas intervenções telefônicas.
Effectiveness of interventions on breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk supply: A systematic review and meta-analysis(Galipeau et al., 2018)	Galipeau - 2018	Avaliar a eficácia de uma intervenção na autoeficácia da amamentação e entender os resultados no fornecimento insuficiente de leite.	Mulheres no período pré-natal, pós-natal ou ambos	As intervenções foram complementares aos cuidados habituais da maternidade: educacionais, de apoio, psicossociais ou baseados na autoeficácia da amamentação, presencialmente, por telefone ou através do apoio a tecnologias eletrônicas	O único resultado significativo que foi encontrado ocorreu quando a intervenção foi efetuada de modo combinado (face a face e por telefone; SMD = 0,88, IC de 95% [0,18-1,58]; Z = 2,46, p) nas primeiras 4 a 6 semanas. Embora este estudo tenha revelado um efeito significativo das intervenções na melhoria da autoeficácia da amamentação, ainda existe uma escassez de evidências acerca do modo, formato e intensidade das intervenções.
Effectiveness of educational interventions conducted by telephone to promote breastfeeding(Oriá et al., 2018)	Oliveira - 2018	Avaliar a eficácia das intervenções educacionais por telefone sobre a duração e exclusividade da amamentação.	Mulheres grávidas ou a amamentar	Intervenção educativa por telefone VS sem intervenção	As evidências indicam que a utilização do telefone como suporte para as intervenções educativas contribui para a promoção da AME e representa uma potencial estratégia para a prática educativa do enfermeiro, ampliando assim o âmbito da enfermagem.

Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies(Mcfadden et al., 2017)	McFadden - 2017	Examinar a eficácia das intervenções de suporte (se o suporte oferecido foi proativo ou reativo, face a face ou por telefone) e se as intervenções que contêm elementos pré-natal e pós-natal foram mais eficazes do que aquelas que ocorrem apenas no período pós-natal.	Mulheres grávidas saudáveis e que estavam a pensar ou pretendiam amamentar / ou mulheres saudáveis que estavam a amamentar bebés saudáveis	Apoio complementar ao atendimento padrão fornecido naquele ambiente. Pode ser feito pessoalmente ou por telefone, e pode envolver apenas um contato ou contatos regulares e contínuos por vários meses.	Um apoio eficaz inclui visitas programadas e contínuas para que as mulheres possam prever quando o apoio estará disponível e que seja adaptado ao ambiente e às necessidades do grupo populacional. As estratégias que dependem principalmente do apoio "face a face" têm mais probabilidade de ter sucesso nas mulheres que amamentam exclusivamente.
Interventions Designed to Promote Exclusive Breastfeeding in High-Income Countries: A Systematic Review Update(Skouteris et al., 2017)	Skouteris - 2017	Atualizar uma revisão publicada anteriormente, apresentando uma síntese conceitual e metodológica de intervenções destinadas a promover o AME até aos 6 meses em países desenvolvidos	Mulheres no pós-parto em países desenvolvidos	Intervenções para melhorar a amamentação exclusiva até aos 6 meses	Um aumento significativo na duração da AME foi encontrada em 4 dos 12 estudos. Todas essas quatro intervenções bem-sucedidas tiveram programas pós-parto de longa duração, implementados por telefone, mensagens de texto ou via site. Algumas das intervenções bem-sucedidas também incluíram educação pré-natal ou apoio à amamentação no hospital.
Primary Care Interventions to Support BreastfeedingUpdate d Evidence Report	Patnode - 2016	Rever sistematicamente as evidências acerca das vantagens e desvantagens das intervenções na	Mães de recém-nascidos ou mulheres quase a ser mães.	Intervenções na amamentação e o seu impacto nos cuidados primários	Não houve evidência de uma mudança do efeito com base na intervenção (apoio profissional, apoio dos pares ou educação), número de sessões, apoio presencial ou apoio por telefone. As

<p>and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force(Patnode et al., 2016)</p>		<p>amamentação para apoiar o Grupo de Trabalho de Serviços Preventivos dos EUA. na atualização das suas recomendações de 2008.</p>			<p>intervenções eram muito variáveis para determinar se existiam diferenças de acordo com o tipo de intervenção ou o formato da sessão (em grupo versus individual)</p>
--	--	--	--	--	---

DISCUSÃO

A amamentação materna exclusiva, bem como os seus benefícios têm sido bastante estudados, no entanto, é necessário avaliar que tipo de intervenções pode ser mais eficazes.

Os fatores que contribuem para o sucesso da AME são provavelmente o contacto “cara a cara”, ao invés do contato por telefone, entre os profissionais de saúde e as mães que amamentam (Mcfadden et al., 2017). Outro estudo semelhante afirma que, apesar das limitações associadas ao uso da tecnologia, se utilizada de forma correta, pode ser mais benéfica em termos de tempo e número de utilizadores (Oriá et al., 2018).

As intervenções telefônicas são vistas como uma ferramenta que pode ser acrescentada às que já são utilizadas no sistema de saúde, para facilitar o acesso, orientação, apoio e acompanhamento da puérpera e dos seus filhos (Oriá et al., 2018); embora os resultados de outra revisão sistemática, que compara várias intervenções com intervenções hospitalares e de acompanhamento comunitário, tenha constatado que todas as intervenções tiveram um efeito positivo, exceto as intervenções por telefone (Olufunlayo et al., 2019).

No entanto, existe uma elevada concordância entre as várias revisões, no que diz respeito às intervenções por telefone terem que ser complementadas com visitas programadas, tanto no hospital como na comunidade, para incentivar a amamentação exclusiva (Galipeau et al., 2018; Mcfadden et al., 2017; McFadden et al., 2019; Skouteris et al., 2017).

Outra constatação é que as intervenções devem ter uma exploração prévia do contexto social e cultural e devem adaptar-se ao ambiente onde se pretendem implementar. Contudo, são poucos os estudos focados na faixa etária das mães (Cordell & Elverson, 2020). Isso pode ser uma lacuna para as evidências das intervenções da AME nas mães adolescentes e no seu grupo de apoio. Da mesma forma, constatou-se que as intervenções são predominantemente focadas nas mães, e não envolvem stakeholders, como casais (Tang, Gerling, Chen, & Geurts, 2019).

O apoio social foi outra das componentes constantes nos resultados de diferentes autores, (Cordell & Elverson, 2020; Mcfadden et al., 2017) uma vez que a combinação entre a educação e o apoio em rede resulta numa intervenção mais eficaz.

Limitações

Uma das limitações encontradas foi a variação entre as definições de intervenção telefônica e do uso de dispositivos móveis; bem como o período de intervenção dos estudos primários. Por outro lado, a procura dos artigos limitou-se ao idioma inglês, o que poderia ter ignorado evidências noutros idiomas.

Como a pesquisa foi feita apenas em artigos escritos em inglês, resultou num número desproporcional de artigos de países industrializados de língua inglesa, o que potencialmente mostra uma transferibilidade limitada para países com diferentes populações, taxa de desenvolvimento, sistemas de saúde e práticas de amamentação.

CONCLUSÕES

Não há evidências sólidas de que a comunicação por meio de dispositivos móveis seja a mais eficaz ou substitua o cuidado “face a face” no que toca a promover a amamentação. No entanto, devesse considerar implementar intervenções onde as evidências sugerem melhorias nos resultados, tal como a utilização de lembretes nas consultas de pré-natal.

Embora existam resultados de indiquem que as intervenções de acompanhamento por telefone foram eficazes quando realizadas em combinação com o contato “face a face”, são necessários estudos de alta qualidade, bem controlados e com uma população representativa para aumentar a evidência.

São necessárias pesquisas para determinar como é que as taxas da AME são afetadas pelas intervenções via telefone, mensagens, como forma de comunicação bidirecional e as intervenções dirigidas a membros da família, além da mãe (pai, avó, sogra) e que sejam fundamentais na amamentação.

Fazem falta estudos de longa duração, no puerpério, para comparar a eficácia das intervenções telefônicas de curta e longa duração relacionadas à exclusividade da amamentação.

É necessário no futuro existirem estudos que avaliem o custo-eficácia das intervenções telefônicas para posteriormente serem viabilizados subsídios para a sua implementação nos sistemas de saúde.

Além das intervenções de acompanhamento telefónico durante a amamentação, outras tecnologias de informação e comunicação devem ser consideradas, além de melhorarem o conhecimento das mães, oferecem um apoio abrangente incluindo outros membros-chave da família.

As autoridades de nível micro e macro devem identificar e implementar as intervenções que melhor se adaptam ao seu contexto cultural e sistema de prestação de saúde, para garantirem a saúde materna, neonatal e infantil.

Implicações práticas na enfermagem em saúde materna e obstétrica

A formação contínua (pré-natal e pós-natal) durante o acompanhamento e as intervenções de autoeficácia da amamentação exclusiva são fatores fundamentais para que a mãe possa decidir de forma independente as formas de amamentar. Essa educação deve contemplar a possível percepção da oferta insuficiente de leite nas primeiras semanas, pois pode ser um dos motivos para a opção pela suplementação ou levar mesmo à interrupção da amamentação.

Na prática clínica conduzida pelo EESMO, as intervenções “face a face” continuarão; contudo, isso não afasta a oportunidade de investigar outras formas acessíveis e eficazes de apoiar a intervenção, para atender à procura das mulheres nos primeiros seis meses de amamentação.

As diretrizes de práticas clínicas no acompanhamento pós-natal e na AME devem ser adaptadas às evidências atuais, considerando o contexto local onde são aplicadas.

Referências bibliográficas

- Brockway, M., Benzies, K., & Hayden, K. A. (2017). Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Human Lactation*, 33(3), 486–499. <https://doi.org/10.1177/0890334417707957>
- Cordell, A., & Elverson, C. (2020). Interventions to Improve Breastfeeding Outcomes from Six Weeks to Six Months: A Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 019394592096211. <https://doi.org/10.1177/0193945920962118>
- Galipeau, R., Baillot, A., Trottier, A., & Lemire, L. (2018). Effectiveness of interventions on breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk supply: A systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 14(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.12607>
- Horta, Bernardo L., Loret De Mola, C., & Victora, C. G. (2015, December 1). Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, Vol. 104, pp. 30–37. <https://doi.org/10.1111/apa.13133>
- Horta, Bernardo Lessa, & de Lima, N. P. (2019, January 1). Breastfeeding and Type 2 Diabetes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Diabetes Reports*, Vol. 19. <https://doi.org/10.1007/s11892-019-1121-x>
- Khayat, S., Fanaei, H., & Ghanbarzehi, A. (2017). Minerals in pregnancy and lactation: A review article. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(9), QE01–QE05. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/28485.10626>
- Mcfadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., ... Macgillivray, S. (2017, February 28). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- Mcfadden, A., Siebelt, L., Marshall, J. L., Gavine, A., Girard, L. C., Symon, A., & MacGillivray, S. (2019, October 21). Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *International Breastfeeding Journal*, Vol. 14, p. 42. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0235-8>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., Antes, G., ... Tugwell, P. (2009, July). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, Vol. 6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Olufunlayo, T. F., Roberts, A. A., MacArthur, C., Thomas, N., Odeyemi, K. A., Price, M., & Jolly, K. (2019). Improving exclusive breastfeeding in low and middle-income countries: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 15(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.12788>
- OMS | 10 datos sobre la lactancia materna. (2017). WHO. Retrieved from <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
- OMS | Lactancia materna. (2017). WHO. Retrieved from <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- Oriá, M. O. B., Dodou, H. D., Chaves, A. F. L., dos Santos, L. M. D. A., Ximenes, L. B., & Vasconcelos, C. T. M. (2018). Effectiveness of educational interventions conducted by telephone to promote breastfeeding: A systematic review of the literature. *Revista Da Escola de Enfermagem*, Vol. 52. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017024303333>
- Palmer, M. J., Henschke, N., Bergman, H., Villanueva, G., Maayan, N., Tamrat, T., ... Free, C. (2020, August 18). Targeted client communication via mobile devices for improving maternal, neonatal, and child health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2020. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013679>

- Patnode, C. D., Henninger, M. L., Senger, C. A., Perdue, L. A., & Whitlock, E. P. (2016). Primary care interventions to support breastfeeding: Updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 316(16), 1694–1705. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8882>
- Shakya, P., Kunieda, M. K., Koyama, M., Rai, S. S., Miyaguchi, M., Dhakal, S., ... Jimba, M. (2017). Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(5), e0177434. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177434>
- Skouteris, H., Bailey, C., Nagle, C., Hauck, Y., Bruce, L., & Morris, H. (2017). Interventions Designed to Promote Exclusive Breastfeeding in High-Income Countries: A Systematic Review Update. *Breastfeeding Medicine*, 12(10), 604–614. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0065>
- Tang, K., Gerling, K., Chen, W., & Geurts, L. (2019, September 1). Information and communication systems to tackle barriers to breastfeeding: Systematic search and review. *Journal of Medical Internet Research*, Vol. 21, p. e13947. <https://doi.org/10.2196/13947>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... Richter, L. (2016, January 30). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, Vol. 387, pp. 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Wouk, K., Lara-Cinisomo, S., Stuebe, A. H., Poole, C., Petrick, J. L., & McKenney, K. M. (2016). Clínicl interventions to promote breastfeeding by latinas: A meta-analysis. *Pediatrics*, 137(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2423>

Apêndice D: Consentimento Informado Livre e Esclarecido

TÍTULO DEL ESTUDIO: *Visita domiciliaria y protección de la lactancia materna.*

Estimada Señora:

La enfermera y estudiante de la especialidad de Enfermería en Obstetricia y Salud Materna, Nareth Zambrano Marín, solicita su colaboración para completar un cuestionario, que tendrá como objetivo preparar la Tesis de Maestría en Salud Materna "Visita domiciliaria y protección de la lactancia materna".

Para participar en este estudio, ahora y en cumplimiento de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre "Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica" reiteramos la explicación dada verbalmente, ahora, por escrito con objeto de que nos autorice a incluirlo en el mismo.

Antes de decidir si desea tomar parte, es importante que entienda por qué se realiza este estudio y qué es lo que implica si acepta participar.

Por favor, lea con detenimiento la siguiente información y, si hay algo que no está claro o desea más información, no deje de consultarlo, puede solicitar la ampliación de información al investigador principal o sus colaboradores. Le concederemos todo el tiempo que necesite para decidirse o no a participar.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El estudio consiste en valorar e identificar las dificultades que se presentan durante los primeros días posparto con la lactancia materna exclusiva tras el alta hospitalaria, que necesitan apoyo adicional y que se beneficiarían de la visita domiciliaria puerperal proporcionada por la matrona.

Tras el alta hospitalaria recibirá una llamada telefónica por parte de la investigadora principal para conocer su nivel de autoeficacia con la lactancia materna exclusiva a la semana del alta médica.

OBJETIVO QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El propósito de este estudio es evaluar los aspectos que pueden beneficiar la protección de la lactancia materna exclusiva con las contribuciones de la visita a domicilio puerperal realizada por la matrona. Por lo tanto, está destinado a contribuir a la mejora de la atención de la matrona para los recién nacidos y las mujeres en su posparto.

La participación es totalmente voluntaria. De ningún modo está obligado a participar y, si decide hacerlo, puede cambiar de opinión en todo momento. Todos los aspectos de este estudio, incluidos los resultados, serán tratados de manera estrictamente confidencial.

¿POR QUÉ HA SIDO ELEGIDO?

Usted ha sido elegida debido a que, como mujer que ha dado a luz y está ingresada en las plantas 6/7 del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias; deseo valorar e identificar las posibles dificultades que se presentan durante los primeros días posparto en su lactancia materna exclusiva después del alta.

CONFIDENCIALIDAD:

Se garantiza el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de todos los datos relativos a su salud, tanto de los obtenidos durante la investigación, como de los que constan en su historia clínica, en los términos establecidos en la Ley 3/2018 de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales y en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Para la finalidad expuesta, a Ud. se le identificará con un código y la información personal de sus archivos no será distribuida o cedida a terceras personas sin su consentimiento previo por escrito. En este sentido, no se le identificará personalmente en las publicaciones escritas o seminarios en los que se pudieran exponer los resultados de este estudio.

Los monitores, auditores, CEIC y las autoridades competentes tendrán acceso directo a la historia clínica original del sujeto para la verificación de los procedimientos y/o datos del estudio/ensayo clínico, sin violar la confidencialidad del sujeto, dentro de lo permitido por la norma pertinente y que, al firmar el formulario de consentimiento informado, el sujeto o su representante legal están autorizando el acceso a estos datos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Este estudio se llevará a cabo siguiendo las reglas de buena práctica clínica, y tienen como exclusiva finalidad evaluar los aspectos que pueden beneficiar la protección de la lactancia materna exclusiva con las contribuciones de la visita a domicilio puerperal realizada por la matrona. Esto quiere decir que, al participar en este estudio, a Ud no se le someterá a ningún procedimiento innecesario, y tampoco dejará de recibir las atenciones necesarias para tratarla si decide no participar.

DURACIÓN PREVISTA DE SU INCLUSIÓN EN EL ESTUDIO:

El estudio durará 1 mes, los datos se recogerán durante el mes julio de 2020.

NÚMERO APROXIMADO Y CARACTERÍSTICAS DE PARTICIPANTES QUE SE PREVÉ INCLUIR EN EL ESTUDIO:

Serán seleccionadas todas las mujeres que den a luz durante las fechas expuestas anteriormente y que cumplan los criterios de inclusión, y que durante su ingreso hospitalario decidan realizar una lactancia materna exclusiva

PREGUNTAS QUE PUDIERAN SURGIRLE DURANTE Y DESPUÉS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

Si alguna vez necesita respuesta a alguna pregunta sobre este estudio, puede contactar con: La residente de matrona Nareth Zambrano, del Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Teléfonos de contacto: 928 444 756 / 928 444 816

COMPENSACIÓN ECONÓMICA:

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto. Las participantes que deseen ser

incluidas en el estudio no recibirán compensación económica alguna.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

He leído y entendido la Hoja de información al paciente. He tenido la oportunidad de discutir las cuestiones relacionadas con esta información. Mis preguntas y dudas han sido respondidas de forma satisfactoria.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de abandonar el estudio en cualquier momento y sin que esto vaya en detrimento de mis derechos legales.

Entiendo que se pueden utilizar los datos de carácter anonimizados en otros documentos, quedando fuera de los mismos los datos personales y se tratarán con la debida reserva y confidencialidad.

Doy autorización para que se acceda a mis informes sin que se revele información personal. Estoy de acuerdo con que la información relativa a mi participación en este estudio sea comunicada a mi facultativo especialista y médico de cabecera si lo solicita.

He leído la información anterior y acepto participar en el estudio.

PARTICIPANTE

Nombre y apellidos: nº de teléfono:

Firma:

Fecha:

REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y apellidos:

Firma padre, madre o tutor legal:

Fecha:

INVESTIGADOR

Nombre y apellidos:

Firma:

Fecha:

Apêndice E: Questionário caracterização sociodemográfico

FORMULARIO DE CARACTERIZACIÓN

Este cuestionario se compone de preguntas abiertas (con líneas _____) y cuadros , donde puede escribir o marcar con una X, la respuesta que mejor se adapte a su experiencia.

1 - ¿Cuántos años tienes? _____ Años

2 - ¿Cuál es tu estado civil?

Soltera

Casada / unión de hecho

Divorciada

Viuda

3 - ¿En la actualidad con quien vives?

Sola

Marido / pareja

Padre y/o madre

Hermanos

Otros: Quién _____

4 - ¿Cuál es tu nivel de educación?

Educación primaria

Educación Secundaria obligatoria

Bachillerato

Formación profesional

Enseñanza Universitaria

5 - ¿Cuál es tu profesión?

6 - ¿Cuál es tu situación laboral?

Empleada

Desempleada

7 - ¿Zona dónde vives? _____

8- ¿Cuántos partos has tenido? _____

9 - ¿Cuántos hijos tienes? _____

10 - ¿Has amamantado previamente?

Sí - indique por cuánto tiempo: _____ días o _____ meses

No

11- ¿Tiene la intención de mantener una lactancia materna exclusiva?

Sí

No

12 - tipo de Parto

Normal

Ventosa

Fórceps

Cesárea

13- Lactancia materna después del nacimiento:

Inicio de Lactancia materna inmediatamente tras el parto

Inicio de Lactancia materna después de cuanto tiempo _____

14 - Lactancia materna durante el ingreso:

Lactancia materna exclusiva

Lactancia Mixta

15 - ¿Hasta qué edad desea mantener la lactancia materna exclusiva?

_____ Días;

_____ Meses;

16 -¿Hasta qué edad desea mantener la lactancia materna acompañada de otra leche u otros alimentos?

_____ Días

_____ Meses;

17 - ¿Participó en clases de lactancia materna?

Sí

No

18- ¿Le gustaría recibir una visita domiciliaria para apoyar la lactancia materna por parte de la matrona?

Sí

No

Asegúrese de haber respondido todas las preguntas

Muchas gracias por la colaboración.

Apêndice G: Pedido de Parecer à Comissão de Ética da saúde e Bem-estar da Universidade de Évora

 Serviços Académicos	Projeto de Tese/Dissertação/Estágio/Trabalho de Projeto PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA Impresso a anexar ao T-005 no caso de projetos que contemplem experiências com seres vivos, com vista ao pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora	MODELO T-013 Ano Letivo: 2019 / 2020
	1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE Nome Completo: <u>Nareth Zambrano Marin</u> Número: <u>42272</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u> Especialidade/Plano Alternativo: <u>Saúde Materna e Obstétrica</u>	
2. CONTACTOS DO ESTUDANTE Telef.: <u>+34 680856015</u> E-mail: <u>nareth05@hotmail.com</u>		
3. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO Título do Projeto: Visita domiciliária e proteção ao aleitamento materno Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal: Maria da Luz Ferreira Barros Responsáveis Académicos - Colaboradores:		
4. RESUMO A amamentação é fundamental na promoção e proteção da saúde das crianças. No entanto, muitas mães tendem a abandonar essa prática cedo. Profissionais de saúde, por meio de visitas domiciliárias, podem influenciar o seu sucesso ou fracasso. Nesse sentido, mulheres em situação de alto risco de abandonar a amamentação devem ser avaliadas com segurança e estratégias para aumentar a autoeficácia, devem ser identificadas e assim, contribuir para a manutenção dessa prática. Objetivo: Avaliar os aspetos que podem beneficiar a proteção do aleitamento materno exclusivo com os contributos da visita domiciliária puerperal feita pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. (EESMO) Metodologia: Estudo Descritivo, quantitativo com recolha de dados em dois tempos. A amostra deste estudo será não probabilística e de conveniência, composta por puérperas que tiveram parto num Hospital da Área Metropolitana de Lisboa. O Instrumento será o Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES - SF), em período de validação no projeto da Universidade de Évora "Autoeficácia nos cuidados maternos e aleitamento em puérperas portuguesas e estrangeiras". Através dos resultados, espera-se identificar aspetos que necessitam de suporte adicional, e que beneficiariam com a visita domiciliária puerperal assegurada pelo EESMO.		

5. FUNDAMENTAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Nas últimas décadas, as diferentes investigações destacam as vantagens da amamentação para a saúde do bebê e da mãe. A amamentação é considerada um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças (Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares & Gomes 2006). Além de nutrir, e em conformidade com os mesmos autores, protege e promove o desenvolvimento cognitivo da criança e é um momento único e rico de afeto, doação e troca entre mãe e bebê.

Os primeiros dias de vida de um bebê são fundamentais para o estabelecimento da amamentação e como consequência, de um bom desenvolvimento a longo prazo. O leite materno é considerado pela Organização Mundial da Saúde como alimento ideal nos primeiros meses de vida. No entanto, em Portugal, apesar das recomendações, ainda há altas taxas de abandono precoce. Em Portugal, apenas 55%-64% das mães amamentam aos três meses e apenas 34% aos seis meses de vida do bebê (Aguar & Silva, 2011).

A promoção do aleitamento materno (AM) envolve considerar os aspectos biofisiológicos influenciados por fatores sociais, econômicos, políticos e culturais. A superação das dificuldades relacionadas à amamentação depende, em grande parte, das atitudes e o grau de confiança materna, do vínculo e do apoio familiar / social recebido pelas mulheres, em que os profissionais de saúde assumem uma grande responsabilidade (Carvalho & Tavares, 2010; Graça, 2010; Alves, 2011). É um momento crucial na trajetória da vida, afetando a percepção de cada mulher em diferentes dimensões: relacional, sexual, profissional e corporal-física (Kuschmir, 2008).

Nas primeiras semanas após o nascimento, dificuldades podem surgir em relação ao aleitamento materno. Muitas vezes, as mulheres desconhecem ou ainda não estão preparadas para tal ato, o que as deixa mais vulneráveis a apresentar dificuldades e dúvidas ao longo do processo. Os profissionais de saúde desempenham um papel importante na prevenção e dificuldades relacionadas ao AM, o que exige conhecimentos, atitudes e habilidades específicas (Castelli, Maahs, Bonamigo & Almeida, 2014).

O domicílio, é um lugar privilegiado para observar as relações entre os membros da família. Essas relações podem ser benéficas para o bem-estar e, portanto, favorecem a sobrevivência e a manutenção do estado de saúde ou constituem um risco e, portanto, uma das causas da vulnerabilidade. A visita domiciliar puerperal, permite ao EESMO uma visão mais real destas potencialidades ou dificuldades, podendo assim intervir para a resolução das suas vulnerabilidades e para a produção de comportamentos adaptativos saudáveis. (Mandu, 2008)

As mães com baixa confiança tendem a desistir de amamentar precocemente (Dennis, 2003). É importante identificar mães com maior risco de abandono prematuro da amamentação, uma vez que pode ser útil para a provisão de recursos e para o desenvolvimento de intervenções de apoio às mulheres que amamentam.

6. OBJETIVOS

Objetivo Geral:-

Avaliar os aspectos que podem beneficiar a proteção do aleitamento materno exclusivo com os contributos da visita domiciliar puerperal feita pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Objetivos Específicos:

- Adquirir conhecimentos técnicos, científicos e humanos que permitam prestar cuidados especializados no âmbito do aleitamento materno exclusivo.
- Identificar fatores que indiciem a importância da implementação da visita domiciliar puerperal para a manutenção do aleitamento materno exclusivo.
- Identificar fatores (sociodemográficos e obstétricos) que possam influenciar negativamente a prática do aleitamento materno exclusivo no domicílio.

7. SELECÇÃO DA AMOSTRA

A população do estudo será composta por mulheres com partos assistidos num hospital da região metropolitana de Lisboa, com recém-nascidos saudáveis. A amostra deste estudo será não probabilística e de conveniência, composta por mulheres que concordaram em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que correspondam aos critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão :

- Mulheres que praticaram o aleitamento materno durante o internamento na maternidade;
- Mulheres sem contraindicações para amamentar;
- Mulheres que mantêm o aleitamento materno após a alta hospitalar.

Critérios de exclusão:

- RN que foram alimentadas com leite de fórmula desde o nascimento;
- RN com patologia que os impossibilite de mamar;
- Mães que deixaram de amamentar no momento da aplicação do instrumento de recolha de dados

8. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Será realizado um estudo descritivo de abordagem quantitativa, com amostra não probabilística e de conveniência. A recolha de dados ocorrerá em duas etapas.

9. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O instrumento escolhido para a avaliação do grau de auto-confiança das mães no período da amamentação foi o Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) identificando aquelas que necessitam de suporte adicional. Foi construído por Dennis, em 1999, e reformulado, em 2003 (Dennis, 2003). Apesar de ter sido criado e validado no Canadá, o BSES-SF tem sido validado também para outros países, nomeadamente Brasil, China, Espanha e Portugal (Santos e Bácia, 2009).

Trata-se de uma escala de auto-preenchimento composta por 14 itens. Em cada item avaliado, a mulher recebe uma pontuação (segundo uma escala de Likert, variável de 1 a 5 pontos) de acordo com o grau de concordância concedido pela mesma. Assim, os scores totais da escala variam entre 14 a 70 pontos, sendo as mulheres com maior pontuação, aquelas que têm maior confiança no leite materno e no seu potencial para manter a amamentação, tendo portanto uma maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento materno exclusivo por um período mais longo (Santos e Bácia, 2009).

Oriá (2008) categoriza o score total em: baixa eficácia (de 14 a 32 pontos), media eficácia (de 33 a 51 pontos) e alta eficácia (de 52 a 70 pontos) (Dodt, 2008).

O BSES-SF é organizado aleatoriamente em duas categorias: Técnico (8 itens) e pensamentos interpessoais (6 itens). No primeiro, a escala se concentra nos aspectos. Técnicos em aleitamento materno, como posição correta do bebê durante a amamentação, conforto durante a amamentação, reconhecimento de sinais de boa amamentação, entre outros fatores. Na segunda categoria, o desejo de amamentar, motivação e satisfação com a experiência do aleitamento materno (Dennis, 2003).

Seu uso é essencial, pois identifica mães em risco de abandono precoce da amamentação, avalia comportamentos e aspectos das técnicas de amamentação para identificar estratégias de construção de confiança e avaliar a eficácia de várias intervenções (Santos e Bácia 2009).

Com o uso do BSES-SF, pretende-se conhecer os objetivos da mãe na amamentação e sua percepção de auto-eficácia para amamentar o filho. Anexo.

10. COMO SERÃO RECOLHIDOS OS DADOS

Os dados serão recolhidos por mim em dois momentos diferentes.

No primeiro momento, antes da alta da maternidade. Os objetivos do estudo serão explicados e o anonimato e a confidencialidade dos dados serão garantidos, solicitando a assinatura do consentimento informado, será aplicado o questionário de caracterização e solicitado a cada puérpera o contacto telefónico para responder ao BSES - SF, três dias após a alta hospitalar, sendo este o segundo momento da recolha de dados.

11. COMO SERÁ MANTIDA A CONFIDENCIALIDADE NOS REGISTOS

Os registos incluirão apenas dados clínicos e de importância para este estudo, a identidade das mulheres não aparecerá neles, mantendo o anonimato estrito.

A identidade dos participantes só será conhecida pelo orientador e aluno responsável pela realização do estudo.

12. ESTUDOS PRÉVIOS EM QUE SE BASEIA ESTA INVESTIGAÇÃO

Aguiar, H., & Silva, A.I. (2011). Aleitamento materno: a importância de Intervir. Acta Med Port; 24: 889-896.

Alves, S.M.A.L. (2011). Grupos de apoio "Mãe para Mãe": Percursos e vivências da amamentação e implicações na Educação para a Saúde. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação Universidade do Minho.

Carvalho, M., & Tavares, L. (2010). Amamentação bases científicas. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Castelli, C., Maahs, M., & Almeida, S. (2014). Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno. Rev. CEFAC. 2014 Jul-Ago; 16(4): 1178-1186.

Dennis, C. (2003). 'The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form'. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 32, pp. 734-744.

Dotf, R. (2008). Aplicação e Validação da BSES-SF em Puérperas. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará.

Graça, L. C. (2010). Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno. Doutoramento em Enfermagem, universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Kuschmir, K. (2008). Maternidade e Amamentação - Biografia e relações de género intergeracionais. Sociologia, Problemas e Práticas, 56: 85-103.

Mandú, Edir Nei Teixeira et al (2008) – Visita domiciliária sob o olhar dos usuários do programa de saúde da família. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis Vol. 17, nº 1 p. 131 -140.

OMS, UNICEF. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. En: Organización Mundial de la Salud.

Santos, V. e Bácia, S. (2009). Contributo para a adaptação transcultural e validação da «BSES-SF» - versão portuguesa. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 363-369.

Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. (2006). Aleitamento Materno: evolução na última década. Acta Pediatr Port; 1 (37): 9-14.

13. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO UTILIZADO NO ESTUDO

Anexo.

14. DOCUMENTOS ANEXOS

- Questionário de caracterização _____
- Instrumento de recolha dados _____
- Consentimento informado _____
- Printscreen do mail ao autor _____

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos.

Anexos

Anexo A: Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora para Aplicação do Estudo

Notificação: GD/44140/2019 - Submissão de Projetos de Tese/Dissertação/Estágio/Trabalho de Projeto



SIIUE <siue-noreply@uevora.pt>

18/03/2020 17:10



Para: nareth05@hotmail.com Cc: notificacoes-siue@sac.uevora.pt

Cara Aluna,

Informamos da decisão do Conselho Técnico-Científico (CTC) da Escola Superior de Enfermagem, após parecer positivo da Comissão de Ética, relativamente à sua proposta de projeto:

"Aprovado com a recomendação de que se desenvolvam os esforços para adequar o futuro relatório ao perfil definido pelo CTC".

Pode consultar os dados da sua proposta, os quais já se encontram registados no seu perfil de aluna, no SIIUE, na opção 'Dissertação'.

Cordiais cumprimentos,

Isaura Paulino

Enviado automaticamente pelo SIIUE em 18/03/2020 às 17:09.
Por favor não responda diretamente a este email.

Para mais informações consulte o balcão de atendimento on-line dos Serviços Académicos em <https://atendimento.sac.uevora.pt>.

Anexo B: Autorização Institucional para Aplicação do Estudo e respetivo Parecer da Comissão de Ética do Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín



DECAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN/COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

Dña. María Dolores Cueva Pérez, Secretaria Técnica del Comité de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (CEI/CEIM HUGCDN)

CERTIFICA:

Que este Comité, según consta en el Acta **6/2020** de fecha **04/07/2020** ha evaluado la propuesta del promotor: **ZAMBRANO MARIN, NARETH**, para que se realice el **PROYECTOS DOCENTES** titulado:

"Visita domiciliar y protección de la lactancia materna."

Promotor: **ZAMBRANO MARIN, NARETH**
 Código CEIm HUGCDN: **2020-332-1**
 Docs. [ver versiones](#)

Tipo documento	Versión-Fecha
Protocolo	V.1
IMP y DLI	V.1

CEIC de Referencia: **CEI/CEIM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN**.
 Datos del Investigador Principal:

Nombre	Centro	Servicio
NARETH ZAMBRANO MARIN	Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil	Enfermería Servicio de Obstetricia y Ginecología

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el **PROYECTOS DOCENTES**

Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado y el modo de reclutamiento.

En la dirección <http://web.gub.es/ceic/ceim>, para poder ver pronto la información de este caso, y cualquier cuestión de información contactar por correo electrónico con el responsable de este caso.

Da. Se. 26.06.2020. 14:00h. Jy. 01.07.2020. prvvstcp



El investigador y su equipo se comprometen a cumplir las recomendaciones y directrices de Buena Práctica Clínica aplicables a este tipo de estudios y la Declaración de Helsinki actualizada.

El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por tanto este COMITE resuelve que el estudio queda **APROBADO** con fecha de hoy.

Que este Comité, tanto en su composición como en los **SAEs**, cumple con las normas de BPC (OPMF/SCH/135/95).

Con la elevación de este Dictamen a la Dirección General de este Centro para valoración de su Conformidad, terminan las acciones competencia de este CIE/CIEs sobre su estudio.

Que en dicha reunión se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Que, en el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, dicho miembro no participa en la evaluación ni el dictamen del propio protocolo.

Lo que firmo en Las Palmas de Gran Canaria

La Secretaria Técnica

Fdo.: Dra Dña María Dolores Plaza Pérez



Anexo C: Escala de avaliação do grau de auto-confiança ao BSES – SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form)

Escala de Autoeficácia en la lactancia materna / Breastfeeding Self-Efficacy Scale

Para cada una de las siguientes afirmaciones, elija la respuesta que mejor describe cuán segura se siente con respecto a manejar la lactancia de su nuevo hijo. Por favor, marque su respuesta con una X en el número que esté más cerca de cómo se siente. No hay respuestas correctas o incorrectas

1	2	3	4	5
Muy insegura	Insegura	Medianamente segura	Segura	Muy segura

1. Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche	1	2	3	4	5
2. Siempre me apaño bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida.	1	2	3	4	5
3. Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento.	1	2	3	4	5
4. Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma	1	2	3	4	5
5. Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí.	1	2	3	4	5
6. Siempre puedo dar de mamar, incluso cuando el bebé está llorando.	1	2	3	4	5
7. En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé.	1	2	3	4	5
8. Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia.	1	2	3	4	5
9. Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí.	1	2	3	4	5
10 Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consume parte de mi tiempo.	1	2	3	4	5
11. Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro.	1	2	3	4	5
12. En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé.	1	2	3	4	5
13. Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide.	1	2	3	4	5
14. Puedo reconocer cuando mi hijo ha terminado de tomar pecho.	1	2	3	4	5

Anexo D: Autorização para a Utilização da escala de avaliação do grau de autoconfiança ao BSES – SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form)

Request for authorization for the use of the BSES scale: mensaje - Correo


↩ Responder ↩ Responder a todos → Reenviar 📁 Archivar 🗑 Elimina

RE: Request for authorization for the use of the BSES scale



Cindy-Lee Dennis <cindylee.dennis@utoronto.ca>
18:45

Para: nareth zambrano marin

 BSES-sf-português.doc
38,5 KB

Dear Nareth,

Thank you for your email and interest in my Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Attached in the short form to be used in your study. I have included the Portuguese version.

Warm regards

Cindy-Lee

Cindy-Lee Dennis, PhD, FCAHS
Professor in Nursing and Medicine, Dept. of Psychiatry, University of Toronto;
Women's Health Research Chair, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital;
Fellow, Canadian Academy of Health Sciences

University of Toronto
155 College St
Toronto, Ontario
Canada M5T 1P8
Tel: (416) 946-8608
www.cindyleedennis.ca



Anexo E: Curso Sutura Perineal

Helena Eyzimi
HELENAEYZIMI.COM

CURSO ACTUALIZADO DE SUTURA PERINEAL

PROGRAMA

SESIONES DE LA MAÑANA

- ◊ 08.30 Registro y Bienvenida
- ◊ 08.45 Presentación y objetivos del curso
- ◊ 09.00 Breve repaso de la anatomía del suelo pélvico
- ◊ 09.30 Valoración y grados del desgarro perineal
- ◊ 10.00 Prevención desgarros 3er y 4º grado: OASI (Obstetrical Anal Sphincter Injuries)

COMENZAMOS CON LA PRÁCTICA ...

- ◊ 10.15 Simulación correcta episiotomía. Introducción a Episcissors-60.
- ◊ **11.00 Descanso (15 minutos)**
- ◊ 11:15 Sutura continua. Nudos: Cuadrado y Aberdeen I
- ◊ 12:15 Sutura continua. Nudos: Cuadrado y Aberdeen II
- ◊ **13.30 Comida (1 hora)**

SESIONES DE LA TARDE

- ◊ 14.30 Reparación y sutura trauma perineal (episiotomía y desgarro 2nd grado)
- ◊ 15.30 Reparación trauma perineal I
- ◊ **16.30 Descanso (15 minutos)**
- ◊ 16.45 Técnica de sutura en desgarro profundos
- ◊ 17.15 Reparación de desgarro labial
- ◊ 17.30 Dudas y preguntas
- ◊ 18.00 Repaso de objetivos y conclusiones de la jornada
- ◊ 18.30 Despedida y cierre.



*El programa está sujeto a cambios.

Anexo F: Sala de parto de baixa intervenção

