



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Fatores que influenciam o retorno à sexualidade no pós-parto: uma revisão scoping

Ana Sofia Guerra dos Santos, nº4609

Viseu, julho de 2025



Fatores que influenciam o retorno à sexualidade no pós-parto: uma revisão scoping

Ana Sofia Guerra dos Santos, n°4609

Estágio com Relatório Final

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Ginecologia

12º Curso De Pós-Licenciatura De Especialização Em Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Paula Nelas e do co-orientador Professor Doutor Eduardo Santos

Viseu, julho de 2025

Agradecimentos

Ao fim desta longa jornada, tenho de agradecer a todos aqueles que fizeram parte desta fase tão especial e desafiante da minha vida.

Desde já agradecer a todos os que me nortearam e acompanharam durante este longo percurso. A todos os professores que ao longo destes anos me ajudaram a atingir os meus objetivos e que contribuíram para a minha formação com a sua partilha de conhecimentos. Gostaria de agradecer em especial à Professora Doutora Paula Nelas, pelo acompanhamento durante este longo caminho, pela sua grande dedicação, orientação e compreensão nos últimos 3 anos, facilitando todo este percurso, assim como ao Professor Doutor Eduardo Ferreira pela ajuda e orientação da investigação realizada neste documento.

Agradeço também a todas as equipas multidisciplinares, especialmente a todas as minhas enfermeiras tutoras de todos os serviços da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões nos quais tive a oportunidade e prazer de estagiar, por toda disponibilidade, apoio, partilha e carinho que me ofereceram neste percurso, pela partilha do seu conhecimento e experiência profissional, permitindo-me um maior desenvolvimento de capacidades. Gradecer ainda a forma como me apoiaram nos momentos mais difíceis e de maior fragilidade, incentivando-me e dando-me força para concluir este percurso.

Aos meus amigos mais próximos que sempre me incentivaram a sonhar e seguir em frente por mais sinuoso que fosse o caminho. Assim como a todas as colegas de curso que me acompanharam e partilharam comigo esta jornada, em especial à minha colega Jessica Santos pela dedicação, carinho, apoio e motivação que me deu desde o primeiro dia. Aos meus colegas de trabalho que ao longo de todo este tempo foram compreensivos com as minhas necessidades para poder estar presente em todos os momentos necessários para a conclusão do curso.

À minha família pelo apoio incondicional e compreensão que deram ao longo destes longos anos, especialmente ao meu companheiro, que com muita paciência acompanhou cada momento desta caminhada. Em especial à minha filha, que veio no meio deste processo para me mostrar o verdadeiro significado de amar incondicionalmente e de perseverar nos nossos sonhos, nunca desistindo dos objetivos por mais distantes que possam parecer e por mais obstáculos que nos sejam colocados no caminho. Agradeço a todos o amor incondicional que me dão diariamente.

Por fim, e não menos importante, a todos os casais, mulheres e famílias que me permitiram desenvolver aprendizagens essenciais para a concretização deste sonho, sem eles nada disto seria possível.

Muito obrigada a todos!

Resumo

Introdução: A saúde sexual das mulheres é uma das áreas em que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica deve ter uma intervenção especializada no sentido de potenciar níveis de saúde sexual e ginecológica na mulher. A sexualidade no pós-parto parece ser um tema ainda pouco premente na discussão entre puérperas e estes profissionais, levando a que muitas se sintam nesta adaptação à sua nova realidade, sozinhas e sem apoio diferenciado/ especializado, sendo essencial capacitar os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica para uma transição para a parentalidade mais saudável olhando de forma holística para a mulher neste período.

Objetivos: Este relatório apresenta dois objetivos últimos: Analisar criticamente as atividades desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos e o desenvolvimento de competências essenciais para a obtenção do título de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Mapear a evidência científica existente relativa aos fatores, percebidos pelas mulheres, que influenciam o retorno à sua sexualidade e à sua vida sexual ativa após o parto.

Metodologia: Relativamente aos 5 estágios desenvolvidos, foi realizada uma análise crítico-reflexiva das atividades realizadas e das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista adquiridas e desenvolvidas em cada um deles. Em relação à componente de investigação, realizou-se uma revisão scoping de acordo com o método da Joanna Briggs Institute, com pesquisa nas bases de dados científicas: MEDLINE, a CINAHL, a Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Academic Search Complete e a PubMed. Esta pesquisa foi realizada a 27 de novembro de 2024, em português, inglês, espanhol e francês, sem limite temporal, sendo incluídos 12 artigos científicos, após aplicação dos critérios de inclusão definidos.

Resultados: Os estágios desenvolvidos foram essenciais para a obtenção de competências quer comuns, quer específicas do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica. Da Scoping Review realizada emergem 5 fatores major que influenciam o retorno à sexualidade no pós-parto, sendo eles a disfunção sexual, o não se sentirem prontas (física e emocionalmente), a realização da quarentena ou ida à consulta pós-parto, a redefinição de papéis quer da própria mulher quer do casal e a amamentação. Conseguimos ainda perceber que existem alguns fatores que levam ao retorno mais precoce, como a multiparidade, menores níveis de literacia, mulheres mais jovens e a existência de períneo íntegro após o parto. O tipo de parto não demonstra ter influência no retorno à atividade sexual no pós-parto.

Conclusão: Após os estágios foram cumpridos o número mínimo de experiências exigidas para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, assim como foram adquiridas as competências inerentes ao mesmo. Com a investigação desenvolvida conclui-se que existem inúmeros fatores que influenciam, maioritariamente, negativamente o retorno ao pós-parto. A sexualidade no pós-parto é um tema considerado tabu pelas mulheres e não é discutido com os profissionais de saúde que os acompanham. Os EEESMO devem empoderar as mulheres nesta fase de maior vulnerabilidade e dotá-las de conhecimento para que possam ter uma experiência positiva do pós-parto.

Palavras-Chave: Mulher; Sexualidade; Fatores; Pós-parto; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Abstract

Introduction: Women's sexual health is one of the areas in which nurses specializing in maternal and obstetric health nursing must provide specialized intervention in order to enhance women's sexual and gynecological health. Postpartum sexuality seems to be a topic that is still not widely discussed between new mothers and these professionals, leading many to feel alone and without specialized support as they adapt to their new reality. It is essential to train nurses specializing in maternal and obstetric health nursing to facilitate a healthier transition to parenthood by taking a holistic view of women during this period.

Objectives: This report has two ultimate objectives: To critically analyze the activities developed during clinical training and the development of essential skills for obtaining the title of Master and Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing; To map the existing scientific evidence regarding the factors, perceived by women, that influence the return to their sexuality and their active sex life after childbirth.

Methodology: With regard to the five internships, a critical-reflective analysis was made of the activities carried out and the common and specific competencies of the specialist nurse acquired and developed in each one. With regard to the research component, a scoping review was carried out in accordance with the Joanna Briggs Institute method, using the following scientific databases: MEDLINE, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Academic Search Complete and PubMed. This search was carried out on November 27, 2024, in Portuguese, English, Spanish and French, with no time limit, and 12 scientific articles were included after applying the defined inclusion criteria.

Results: The internships developed were essential for obtaining both common and specific competencies of the maternal and obstetric health nurse specialist. The Scoping Review revealed five major factors that influence the return to sexuality in the postpartum period: sexual dysfunction, not feeling ready (physically and emotionally), quarantine or going to a postpartum appointment, redefining the roles of both the woman and the couple, and breastfeeding. We were also able to see that there are some factors that lead to an earlier return, such as multiparity, lower literacy levels, younger women and the existence of a full perineum after childbirth. The type of delivery did not prove to have an influence on the return to sexual activity in the postpartum period.

Conclusion: After the internships, the small number of experiences required to obtain the title of Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing were fulfilled, and the skills inherent to it were acquired. From the research carried out, it can be concluded that there are numerous factors which, for the most part, negatively influence the return to the postpartum period. Sexuality in the postpartum period is a taboo subject for women and is not discussed with the health professionals who accompany them. The EHES should empower women in this phase of greatest vulnerability and equip them with knowledge so that they can have a positive postpartum experience.

Keywords: Woman; Sexuality; Factors; Postpartum; Maternal and Obstetric Health Nursing

Sumário

Lista de Ilustrações	11
Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos	13
Introdução	15
Parte I – Relatório da Componente Clínica	19
1. Reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas	21
1.1. Enfermagem em promoção de saúde da mulher	21
1.2. Enfermagem em Ginecologia.....	30
1.3. Enfermagem em Patologia Materno-Fetal	34
1.4. Enfermagem em Puerpério.....	43
1.5. Enfermagem em Sala de Partos.....	53
Considerações Finais	69
Parte II – Relatório Final Da Componente De Investigação	71
1. Justificação do Estudo	75
2. Enquadramento Teórico	77
3. Métodos.....	83
3.1. Localização dos estudos	83
3.2. Seleção dos estudos e critérios de Elegibilidade.....	84
3.3. Extração e síntese dos dados	85
4. Resultados	87
5. Discussão	93
Conclusão.....	99
Referências Bibliográficas.....	99
Apêndices.....	115
Apêndice I - Sessão de Prep. para o Parto e Parentalidade: Amamentação	117
Apêndice II - Marcador de Livro: Extração e Conservação do Leite Materno ..	135
Apêndice III - Cancro da Mama: Tratamento Cirúrgico e Ensinos	139
Apêndice IV- Exame Extemporâneo	145
Apêndice V- O Pai Na Amamentação: Perceções e Conhecimento no seu Papel de Mediador Uma Scoping Review	149

Lista de Ilustrações

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Experiências realizadas ao longo dos Ensinos Clínicos	70
Tabela 2 - Estratégia de pesquisa por base de dados aplicada a 27/11/2024.....	83
Tabela 3 - Características dos estudos incluídos na revisão.	88
Tabela 4 - Temas emergentes e respectivos artigos correspondentes	91

Lista de Figuras

Figura 1 - Como funciona a produção de leite materno	48
Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos.....	87

Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos

ABM	Academy of Breastfeeding Medicine
AINES	Anti-Inflamatório Não Esteroides
APMGF	Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar
APPT	Ameaça de Parto Pré-Termo
BCG	Vacina Bacilo Calmette-Guérin
BO	Bloco Operatório
BO	Bloco operatório
Bpm	Batimentos Por Minuto
BSG	Boletim de Saúde da Grávida
BSIJ	Boletim de Saúde Infantil e Juvenil
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTG	Cardiotocografia
DG	Diabetes Gestacionais
DGS	Direção geral da Saúde
EE	Esforços Expulsivos
EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HTA	Hipertensão Arterial
IMG	Interrupção Médica da Gravidez
IPO	Instituto Português de Oncologia
LA	Leite Artificial
MCEESM	Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MSD	Merck Sharp & Dohne
NaCl	Cloreto de Sódio; Soro Fisiológico
OASIs	Obstetric anal sphincter injuries
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEC	Pré-Eclampsia
RANU	Rastreio Auditivo Neonatal Universal
RCIU	Restrição de Crescimento Intrauterino
RCOG	Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
RCT	Registo Cardiotocográfico
RN	Recém-nascido
RPM	Rutura Prematura de Membranas
SGB	Streptococcus β hemolítico do grupo B
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SP	Sala de Partos
TP	Trabalho de Parto
UI	Unidades Internacionais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde Familiar
VHB	Vírus da Hepatite B
VIH	Vírus Imunodeficiência Humana

Introdução

O presente documento é redigido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, do 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia da Escola Superior de Saúde de Viseu, com o objetivo de demonstrar a formação específica adquirida, com um conjunto de competências teóricas e clínicas específicas inerentes a esta área de intervenção. Todas estas atividades foram desenvolvidas sob orientação da Professora Doutora Paula Nelas.

Este relatório é composto por duas partes distintas: a Parte I- Relatório da Componente Clínica, onde é descrita e realizada a reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas no decurso do contexto prático deste percurso formativo; e a Parte II – Relatório Final da Componente de Investigação, onde foi mapeada a evidência científica existente relativa aos fatores, percecionados pelas mulheres, que influenciam o retorno à sua sexualidade e à sua vida sexual ativa após o parto, através da análise de 12 artigos científicos.

Na primeira parte deste relatório são expostos os contextos clínicos onde foram realizados os ensinamentos clínicos e todas as experiências que foram fundamentais para o desenvolvimento de competências práticas no âmbito de cada contexto específico. Para isso, no início de cada estágio foi elaborado um projeto de estágio com o estabelecimento de objetivos específicos, sendo o relatório de cada componente clínica baseado nesse projeto previamente elaborado. Para finalizar esta primeira parte do relatório são explicitados os objetivos mínimos obrigatórios estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2021, e redigidos em diário da República (Aviso nº 3916/2021), para a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

As competências comuns adquiridas ao longo do 2º ano de estágios, assentam no Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, emanado pela OE – para fundamentar as minhas práticas a nível das competências comuns a todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da área específica a que se dedicam.

São definidas como competências comuns “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, 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”. (Portugal, Regulamento n.º 140/2019)

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, definidos pela OE como "esfera de ação”, abrangem um “conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados”, e são: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (Portugal, Regulamento n.º 140/2019)

As competências específicas também definidas no Regulamento n.º 140/2019 definem-se como aquelas 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.”

Tendo por base o Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio de 2019, que definem as competências do Enfermeiro Especialista e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, apresentam-se assim as seguintes competências:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Segundo o mesmo regulamento, o EEESMO assume intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, sendo estas aquelas em que “estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher” e em situações de médio e alto risco (envolvendo processos patológicos e de vida disfuncionais durante o ciclo reprodutivo da mulher) desenvolvem intervenções interdependentes, mas também intervenções autónomas no seu cuidado.

Cerejeira et al. (2022) refere que os cuidados especializados do EEESMO tem como pilares, para além da competência profissional, a prática baseada na evidência e o respeito pela cliente, nos seus processos corporais e psicológicos, ações e expectativas para a sua saúde. Os cuidados especializados nesta área centram-se na promoção da saúde e de saudáveis transições no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva da mulher.

Deste modo, o presente relatório serve como reflexão do meu desempenho ao longo dos estágios, analisando criticamente o meu desenvolvimento e de práticas, tendo por base as orientações emanadas pelas diversas instituições sobre os cuidados especializados na área da saúde materna, obstétrica e ginecológica, assim como ir de encontro aos 3 pilares basilares dos cuidados especializados dos EEESMO supracitados.

Tendo por base quer o regulamento nº 391/1019, quer os padrões de qualidade dos EEESMO (Cerejeira, 2022), uma das competências do EEESMO é o cuidar da mulher no pós-parto, promovendo a sua recuperação e avaliando a sua evolução, assim como o cuidar das mulheres no sentido de promover melhores níveis de saúde sexual, ginecológica e reprodutiva, promovendo a igualdade/equidade e dignidade dos cuidados. Neste sentido a segunda parte deste relatório é direcionada estes cuidados dirigidos ao pós-parto, não só imediato e/ou até à 6ª semana pós-parto, mas relativo à vivência da sexualidade da mulher durante pelo menos o seu primeiro ano pós-parto, uma vez que considero que esta temática é pouco discutida, e por vezes até descurada, tanto durante a gravidez como nas consultas de revisão puerperal. Assim, realizou-se uma revisão scoping com o objetivo de analisar e sistematizar a evidencia científica existente até ao momento sobre os fatores que influenciam o retorno à sexualidade no pós-parto por parte das mulheres.

A sexualidade da mulher é um tema amplo e deve ser abordada mediante a individualidade de cada uma delas e as suas vivências (Salim N. & Gualda, D., 2010). Segundo as mesmas autoras, muitas mulheres no pós-parto não se sentem prontas para retomar a atividade sexual devido a lesões perineais, no entanto sentem-se obrigadas a este retorno por pressão dos parceiros. As modificações quer hormonais quer do próprio corpo da mulher são largamente estudadas, no entanto os sentimentos da mulher, as adaptações à parentalidade e a uma nova fase da sua vida, são pouco discutidas durante este período com a mulher, levando a uma vivência da sexualidade muitas vezes solitária e sem ter/saberem como se aconselharem, o que é a normalidade neste período e como podem vivenciar de forma saudável a sua vida sexual.

Parte I - Relatório da Componente Clínica

1. Reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas

1.1. Enfermagem em promoção de saúde da mulher

Este ensino clínico foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF) de uma cidade do centro do país, entre os dias 20 de fevereiro e dias 24 de março de 2023, com a duração total de 120 horas. O estágio de Enfermagem em Promoção da Saúde da Mulher tem como “objetivo específico proporcionar experiências clínicas que possibilitem aos estudantes, utilizar os conhecimentos e as técnicas, mais adequadas à prática de enfermagem especializada no cuidar a mulher/grávida/família durante o ciclo reprodutivo utilizando uma metodologia científica de trabalho.” Assim, visa a aprendizagem no contexto da promoção e vigilância da Saúde da Mulher e mobilizando os conhecimentos e competências no “cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar durante o período pré-concepcional e gravidez”, bem como a implementação de “programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade” dando suporte às intervenções de enfermagem das mulheres nas diferentes adaptações ao processo de vida em que se encontram. (Plano de Atividades do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, 2023, p. 7)

A USF tem por missão “satisfazer com excelência as necessidades de cuidados de saúde e atender em tempo útil, com eficiência e qualidade, a população da sua área geográfica de influência, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos cuidados” e tem como valores a conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e confiança (SNS, 2023). Considero que fui integrando a equipa multidisciplinar aos poucos, sentindo-me nas últimas semanas parte da mesma. Conheci e envolvi-me na metodologia de trabalho da USF, participando e mostrando-me como elemento ativo no planeamento/avaliação de atividades que contribuam para o bem-estar da pessoa, família e comunidade. Ao longo do ensino clínico focalizei-me nas consultas de saúde materna, planeamento familiar e consultas de rastreio de cancro do colo do útero, no entanto também realizei algumas consultas a recém-nascidos até aos 28 dias, e de puerpério, sabendo que estas são as áreas onde o EEESMO tem competências científicas, técnicas e humanas, conforme está explícito no parecer nº 03/2010 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESM).

No contexto dos cuidados de saúde primários, e tendo por base a recomendação do Parecer 43/2019 da MCEESMO, apenas o EEESMO têm competências para prestar cuidados no “âmbito do planeamento familiar, da assistência/vigilância da gravidez, puerpério,

ginecologia, programas de rastreio do colo do útero e programas no âmbito do climatério e menopausa”. No entanto no contexto de estágio onde estive inserida tal não acontece, já que o modelo organizacional da USF se baseia na metodologia enfermeiro de família e não nas competências específicas que cada enfermeiro tem para uma prestação de cuidados de excelência. Assim, as consultas supracitadas são realizadas muitas vezes por enfermeiros de cuidados gerais ou especialistas em outras áreas de cuidados que não a saúde materna. Todavia e indo de encontro ao parecer da MCEESMO os programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e adaptação ao pós-parto, são da competência e desenvolvidos exclusivamente pela EEESMO da USF.

Ao longo do estágio foi-me possível desenvolver competências específicas, assumindo intervenções autónomas em situações de baixo risco, e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, conforme regulamento de competências do EEESMO (2019), no entanto as segundas menos recorrentemente uma vez que a maioria é acompanhada preferencialmente a nível hospitalar. Segundo o plano nacional de vigilância da gravidez de baixo risco (2015) a gravidez de baixo risco “é aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada, nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal”. Nestas situações em que estavam envolvidos processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, assumi para além das competências comuns, também competências específicas para com as mulheres/famílias que tive oportunidade de acompanhar.

Na vigilância de saúde materno-fetal na consulta pré-natais de baixo risco foram cumpridos os tempos preconizados no plano nacional de vigilância da gravidez de baixo risco (2015), sendo que após a 1ª consulta são acompanhadas na USF a cada 4-6 semanas até às 30 semanas, a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas e a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto. Deste modo a norma 001/2023 da Direção geral da Saúde (DGS) de 27 de janeiro de 2023 foi analisada por mim e pela EEESMO do serviço tendo em vista a revisão de procedimentos e protocolos do serviço, para cumprimento de todos os timings e transmissão de informação a toda a equipa multidisciplinar dos cuidados especializados na área da saúde materna e uniformização da atuação nas consultas realizadas, e encaminhamento de gravidez de risco para consulta hospitalar após aplicação da Escala de Goodwin para uma vigilância da gravidez adequada, prevenindo complicações o mais precocemente possível.

A nível da gestão senti algumas dificuldades iniciais com a realização da avaliação completa da grávida com a equipa de enfermagem e com alguns médicos do serviço, mas através de uma comunicação eficaz com toda a equipa consegui gerir os cuidados específicos do EEESMO nestas consultas com a restante equipa, que foi incansável comigo. A gestão das restantes consultas, tendo em vista a melhoria da qualidade, foi sempre realizada em consonância com a equipa médica para menos tempos de espera e consultas com a duração necessária para dar resposta às necessidades de cada mulher. No fim do estágio senti que geri o meu trabalho em conformidade com as necessidades do serviço e fui de encontro ao artigo 88, alínea e), do código deontológico de enfermagem, onde é referido que para a excelência do exercício profissional o enfermeiro assume o dever de garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados, das atividades que delegar e assume a responsabilidade pelos mesmos.

De salientar ainda que por dificuldade na realização de mais consultas a grávidas, foi realizado um levantamento das consultas de todas as grávidas da USF e adaptando o meu horário de estágio aos dias/horários com maior afluência de grávidas ao serviço, sendo que a partir desse momento, avalei quase todas as grávidas inscritas no programa de Saúde Materna da USF, tendo para além das 56 consultas realizadas necessárias para o cumprimento dos mínimos exigidos curricularmente, realizado 50 outras consultas, onde estão incluídas consultas de planeamento familiar, climatério e rastreio do cancro do colo do útero.

Assim, todas as consultas e saúde materna foram feitas em consonância com o programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco (2015), para que a qualidade de informação e prestação de cuidados fosse a melhor possível. Na sequência da obtenção de competências específicas na área da promoção da saúde da mulher foram realizadas consultas de saúde materna, planeamento familiar, rastreio do cancro do colo do útero e consulta de puerpério, as quais são expostas individualmente. Considero que no decorrer deste estágio desenvolvi e demonstrei qualidades humanas e competências interpessoais, responsabilidade, prática profissional, ética e legal, envolvendo-me na tomada de decisão ética em equipa, tendo em conta o código deontológico do enfermeiro, emanado pela OE, na prestação de cuidados holísticos à mulher.

Consultas de Saúde Materna

Conforme estabelecido no programa nacional de vigilância de gravidez de baixo risco (2015), estas consultas têm como objetivo avaliar o bem-estar materno e fetal, detetar precocemente desvios da normalidade da gravidez, orientando adequadamente estas situações,

identificar fatores de risco, promover a educação para a saúde, preparar para o parto e parentalidade e informar sobre os deveres e direitos parentais.

Durante o ensino clínico realizei uma 1ª consulta, onde foi entregue e preenchido o Boletim de Saúde da Grávida (BSG), onde consta toda a história clínica detalhada, incluindo a história reprodutiva, a história obstétrica, patologias associadas e estilos de vida adotados pela mulher, no sentido de determinar a existência ou não de risco materno-fetal. Foi ainda realizada a determinação da idade gestacional e da data provável do parto, e informada a mulher sobre o esquema de consultas pré-natais na gravidez de baixo risco. Em todas as observações e avaliações subsequentes à primeira consulta, os dados clínicos são registados no BSG e no processo clínico da grávida para que as avaliações fiquem documentadas e estejam claras para profissionais que acompanhem a grávida noutras instituições de saúde que não seja a USF.

Todas as consultas são específicas e individuais a cada mulher e às suas necessidades, no entanto em todas elas foram avaliados sinais vitais (dando especial atenção à tensão arterial), avaliação do peso, com cálculo do ganho ponderal, teste rápido à urina (combur), avaliação do estado vacinal da utente, sendo que são sempre recordadas da recomendação de vacinação com toxóide tetânico, conforme recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez, e que esta vacinação também protege o seu bebé contra a tosse convulsa até este iniciar esquema vacinal próprio. As mulheres Rh negativas não sensibilizadas são alertadas desde o início para a necessidade da administração pré-natal de imunoglobulina anti-D entre as 28 e as 34 semanas de gestação. (OMS, 2016).

A avaliação da tensão arterial durante a gravidez torna-me essencial para o despiste de hipertensão arterial (HTA), que é uma das complicações mais recorrentes na gravidez, que acarreta riscos tanto para a mãe como para o bebé. A Sociedade Portuguesa de Hipertensão (s.d.) define HTA na grávida como valores iguais ou superiores a 140/90mmHg determinados em 2 avaliações distintas espaçadas de pelo menos 4 horas, e define ainda os diferentes tipos de HTA que podem existir na grávida: HTA crónica ou pré-existente – HTA já existente antes da mulher engravidar ou que surge até às 20 semanas e se prolonga até às 12 semanas após o parto; HTA gestacional – aquela que surge apenas após as 20 semanas de gestação e desaparece até às 12 semanas após o parto; Pré-eclâmpsia – HTA gestacional associada a um aumento de proteínas na urina; Pré-eclâmpsia sobreposta a HTA crónica – HTA crónica em que após as 20 semanas de gestação aparece um aumento das proteínas na urina; Eclâmpsia – HTA associada a um aumento de proteínas na urina e convulsões. Deste modo, tornou-se também foco de atenção nas minhas avaliações qualquer alteração nos testes rápidos à urina, focando-me

também na presença de proteínas na urina nas grávidas com HTA, situação que não ocorreu durante o ensino clínico.

A partir do início do 2º trimestre da gravidez implementei intervenções para avaliação do bem-estar materno-fetal, realizando a avaliação da altura uterina, a auscultação cardíaca-fetal, questionar sobre a presença de movimentos ativos fetais e avaliação de edemas. Estas intervenções específicas do EEESMO são fundamentais para avaliação do bem-estar materno e fetal, deixando também a mãe mais tranquila com o decorrer da gravidez. Em grávidas já no fim da gravidez (a partir das 36-37 semanas) consegui avaliar a estática fetal com a realização das manobras de Leopold. No início do estágio foi fundamental o acompanhamento da enfermeira especialista que me acompanhou, na realização destas intervenções pois foi o meu primeiro contacto com as mesmas, mas após as 5 semanas senti uma evolução na determinação da posição fetal.

Realizei ainda uma consulta após interrupção da gravidez às 22 semanas por malformações cardíacas, em que a mulher foi avaliada já como consulta de puerpério. Para mim foi algo difícil, pois a adequação da linguagem a esta mulher que perdeu um filho, mas que teve de passar pelo processo todo do trabalho de parto, deixou-me desconfortável. Considero que a empatia e a adequação ao momento que aquela mulher estava a viver é essencial para um melhor relacionamento com os cuidados de saúde.

Em todas as consultas informei ainda sobre o programa de preparação para o parto e parentalidade, recolhendo as informações necessárias para envio de material e acesso ao mesmo, explicando a sua importância e demonstrando às grávidas que é um espaço de maior envolvimento e de interação com o enfermeiro especialista na área da saúde materna. Esclareci que neste espaço poderiam expor as suas dúvidas e obter mais informações que, por vezes, não são dadas na consulta de saúde materna presencial, dado que normalmente são momentos curtos e focalizado em avaliações que não deixam a mulher totalmente disponível para questionar sobre temáticas que não são explícitas em consulta.

Já nas consultas do terceiro trimestre para além das avaliações já realizadas no segundo trimestre, foram ainda realizados ensinamentos sobre sinais de alerta, como a hemorragia vaginal e contrações uterinas dolorosas antes das 36 semanas, o que são contrações de treinamento (contrações de Braxton Hicks), vacinação a realizar neste trimestre, o encaminhamento para o hospital da região para realização da colheita de *Streptococcus* β hemolítico do grupo B (SGB) e sinais de trabalho de parto, como a saída do rolhão mucoso, que pode correr até 15 dias antes

do início do trabalho de parto efetivo, início de contrações uterinas e rotura prematura de membranas com saída de líquido amniótico.

Considere fundamental dar às mulheres informação sobre as conhecidas contrações de treinamento, e a sua diferença com as contrações efetivas de trabalho de parto, já que muitas ficavam preocupadas com a sensação de barriga muito dura muito cedo na gravidez. As contrações de Braxton Hicks, são contrações uterinas intermitentes que ajudam o corpo a preparar o útero para o trabalho de parto, mas não provocam dilatação cervical, como as contrações de trabalho de parto, e apresentam-se como indolores, mas muitas vezes desconfortáveis, surgem poucas vezes ao dia e não aumentam de intensidade, não ritmadas e com duração inferior a 30 segundos (Pinheiro, P., 2022).

Para mim foi incrível ver que não só as grávidas, mas também os seus companheiros, estão cada vez mais envolvidos no processo da maternidade e querem acompanhar a mulher o mais possível, uma realidade recente com pais cada vez mais presentes e com vontade de saber como podem ajudar a sua companheira neste momento de vida tão único para ambos.

Enquanto enfermeira considero essencial não só estas avaliações, mas também a avaliação emocional de cada mulher e a adaptação à gravidez. Neste sentido tentei sempre responder assertivamente, de forma individualizada, a todas as dúvidas da mulher/casal, adequando a minha linguagem à utente e evitando juízos de valor.

Consultas de Planeamento Familiar e Rastreio de cancro do colo do Útero

A regulamentação das atividades de planeamento familiar remonta ao início do séc. XX, com a publicação da direção geral da saúde sobre saúde reprodutiva - planeamento familiar de 2001, onde são lançadas orientações técnicas para a realização destas consultas. Já nesta altura estava claro que estas consultas eram de extrema importância e que deviam assegurar atividades de promoção da saúde, tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce de infeções sexualmente transmissíveis, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério.

A USF Cartaxo Terra Viva, lança em 2022, um manual de boas práticas no planeamento familiar, onde refere quais as atividades que devem ser desenvolvidas pelos enfermeiros nas consultas de planeamento familiar, assim as práticas desenvolvidas na USF onde decorreu este ensino clínico têm como base esta publicação e recomendações.

No âmbito destas consultas de enfermagem senti-me confortável na sua realização, realizando atividades como a colheita da história clínica (dados sobre a história obstétrica,

ginecológica e sexual, data da última menstruação, e queixas e/ou dúvidas sobre o método contraceptivo), o exame objetivo com avaliação das medidas antropométricas, e ainda educação para a saúde (ensino e avaliação de estado vacinal, ensino sobre importância da autovigilância da mama e do rastreio do cancro do colo do útero).

O conhecimento sobre o autoexame da mama foi onde percebi que as mulheres tinham mais dificuldades, ou não sabiam como se fazia corretamente, ou a melhor altura para o fazer ou então tinham esse conhecimento, mas não o faziam. Acho que é necessário reforçar esta informação junto das mulheres para que estas conheçam cada vez melhor o seu corpo e detetem o mais precocemente alterações das suas próprias mamas. Também tive a percepção de que as mulheres após os 50 anos deixam de realizar o autoexame da mama por realizarem mamografia de 2 em 2 anos, conforme preconizado pela DGS, por se sentirem mais seguras com a mamografia do que com a realização do autoexame. Tentei explicar que devem manter essa prática pelo risco de no espaço de 2 anos algo puder mudar e assim conseguirem detetar a alteração o mais cedo possível, tendo sentido uma boa aceitação por parte destas mulheres.

Tinha sempre em atenção a realização da última colpocitologia, o seu resultado e a necessidade de repetição da mesma. Os rastreios do cancro do colo do útero destinam-se às mulheres entre os 25 e os 60 anos, sendo que atualmente é realizada de 5 em 5 anos, se anterior sem alterações, uma vez que se pesquisa sempre o vírus do papiloma humano (HPV), na citologia vaginal. (Portugal, Despacho nº 6254/2017). Muitas mulheres já vinham preparadas para a realização da mesma, mas durante a sua realização algumas ficavam muito ansiosas e tensas, motivo pelo qual lhes ia explicando juntamente com o médico como se realiza o exame e o que observamos.

Assim após a consulta de enfermagem, quando era necessário, colaborei com o médico de família quer no rastreio do cancro do colo do útero, quer na colocação/remoção de dispositivos intrauterinos e implantes subcutâneos, preparando o material necessário para a realização dos mesmos e realização de penso aquando colocação de implante.

Consulta do Recém-nascido

As consultas dos recém-nascidos até aos 28 dias devem ser asseguradas pelo EEESMO, conforme explicito no parecer nº 03/2010 da MCEESM. Nestas consultas pretende-se avaliar o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, registar os dados obtidos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ), detetar precocemente e encaminhar situações que possam

comprometer a vida ou afetar a qualidade da mesma (Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013).

Com isto em vista realizei algumas consultas a recém-nascidos até aos 28 dias de vida, sendo que numa dessas consultas consegui detetar que tinha anquiloglossia, juntamente com a EEESMO. Os sinais que me despertaram para este problema nesta bebé foram as dificuldades que a mãe tinha em amamentar e após avaliação da mamada e pega percebemos que a bebé largava muitas vezes a mama na mamada e nunca ficava satisfeita (já tinha introduzido anteriormente leite artificial). Com estas queixas decidi avaliar mais pormenorizadamente a bebé, visto que a mãe não tinha hipogalactia – à minha avaliação a bebé não fazia elevação da língua até ao palato duro quando chorava e a elevação que fazia era apenas das laterais da língua, tinha restos de leite no fundo da língua e a protusão da língua era ligeira chegando só até aos lábios e com ligeiro desvio à direita; na avaliação com manobra percebemos efetivamente que a bebé tinha um freio curto tipo 3 – por este motivo foi sugerido à mãe que a bebé fosse avaliada pela terapia da fala e quando fosse à pediatra que informasse desta avaliação. No fim da consulta mostrei e descarreguei o protocolo de Martinelli (2015) de avaliação do freio lingual até aos 6 meses de vida, para deixar no serviço, uma vez que não era conhecido pelos profissionais, e a enfermeira especialista sentia que era uma lacuna no serviço. Deixei ainda a informação à enfermeira da existência de outros protocolos, como o de Marchesan ou de Bristol, que variam ligeiramente na avaliação, e também na idade a ser aplicados. Como esta consulta foi realizada no meu penúltimo dia de estágio não tive oportunidade de realizar esta consciencialização para a avaliação o freio curto nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Ainda acerca destas consultas realizei a avaliação do recém-nascido, através da escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, em conformidade com o que está expresso com o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013): avaliar os reflexos primitivos (reflexo de moro, reflexo de sucção e procura, reflexo de preensão palmar e reflexo de marcha automática), avaliar se em suspensão ventral a cabeça permanece abaixo do plano do corpo e os membros semi-fletidos e se em decúbito ventral coloca a cabeça para o lado, os membros fletidos sob o abdómen e cotovelos fletidos junto ao tronco, e ainda avaliar se em decúbito dorsal os braços e pernas ficam semi-fletidos e com postura simétrica – se tração para sentar observa-se queda significativa da cabeça. Esta avaliação foi realizada nos recém-nascidos que observei, especialmente quando fazia estas consultas com a enfermeira especialista em

saúde infantil e pediátrica. A par desta avaliação foram avaliadas as fontanelas para perceber se estavam deprimidas, conforme espectável a esta altura.

Sessões de sessões de preparação para o parto e parentalidade

Na participação ativa em sessões de preparação para o parto e parentalidade através do método psicoprofiláctico (atualmente on-line através da plataforma Jitsi Meetmeet.jit.si), foi atualizada listagem de grávidas que estão no programa de saúde materna, com subsequente envio de material e acesso ao link da plataforma Jitsi Meetmeet.jit.si e instruções de acesso a todas as grávidas do programa. As sessões são realizadas via-online todas as segundas-feiras das 15h às 17h.

A primeira sessão foi no realizada no meu dia de integração no serviço, pelo que foi realizada exclusivamente pela EEESMO da USF. Os temas abordados nesta sessão foram o banho do recém-nascido e as dificuldades da amamentação, sendo que, ao assistir à formação me apercebi de algumas lacunas na informação relativas à última evidência científica e propus a atualização desta informação à enfermeira, tendo por base o novo protocolo clínico da Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) sobre o espectro da mastite – revisto em 2022. As restantes sessões da preparação para o parto e parentalidade foram realizadas por mim com a colaboração e supervisão da enfermeira tutora, onde foram abordados temas como os tipos de respiração, sinais de trabalho de parto, dor no trabalho de parto, medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor, a roupa da mãe e do bebé, e ainda a colheita de células estaminais com a colaboração de delegada de informação médica da “Bebé Vida”. A sessão sobre amamentação com atualização de informação segundo o protocolo clínico #36 da ABM sobre o espectro da mastite (2022) e o protocolo clínico #8 da ABM sobre armazenamento e conservação do leite materno (2017), foi lecionada exclusivamente por mim (Apêndice I), sob supervisão da enfermeira especialista, tendo sido ainda desenvolvido, a posteriori, um marcador de livro com informações sobre a extração e conservação do leite materno, visto ser a necessidade mais exposta pelas grávidas presentes na sessão (Apêndice II).

As sessões de preparação para o parto e parentalidade foram de encontro às necessidades das grávidas presentes, às suas dúvidas e à fase da gravidez onde se encontravam. Conforme preconizado no programa nacional de vigilância da gravidez de baixo risco (2015), de entre os temas a desenvolver devem ser abordados temas como informações sobre as transformações da gravidez e parentalidade, o crescimento e desenvolvimento fetal, a saúde oral, o trabalho de parto, os tipos de parto, a analgesia no parto, o papel do acompanhante, a massagem ao períneo e a informação acerca de células estaminais. Sobre o puerpério e ao recém-nascido

(alimentação, banho, roupa, vacinas), a prevenção de acidentes, incluindo a “alta segura”, o aleitamento materno e as competências parentais e os direitos e deveres parentais. Neste sentido foi atualizada listagem de temas a abordar ao longo das sessões.

1.2. Enfermagem em Ginecologia

Os EEESMO têm extrema importância de modo a promover uma transição saúde/doença (ginecológica) saudável, conforme descrito nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica (2022), promovendo processos eficazes de adaptação, visto que são elementos fundamentais à readaptação às novas condições de saúde. É fundamental ter em conta não só o tratamento, reabilitação e readaptação das afeções decorrentes do aparelho geniturinário e mamas, mas também na promoção da saúde para que o diagnóstico seja realizado o mais cedo possível e para prevenção de complicações.

O estágio de Enfermagem em Ginecologia foi realizado no Serviço de Ginecologia de um centro hospitalar da zona centro do país, sob orientação de duas das EEESMO do serviço, entre os dias 27 de março e 21 de abril de 2023, cumprindo a duração estabelecida de 72 horas. Este ensino clínico tem como “objetivo específico proporcionar experiências clínicas que possibilitem aos estudantes, utilizar os conhecimentos e as técnicas, mais adequadas à prática de enfermagem especializada rastreio/encaminhamento/cuidar a mulher com problemas ginecológicos e da mama.” Assim, visa a aprendizagem no contexto de enfermagem em ginecologia mobilizando os conhecimentos e competências no “cuidar a mulher inserida na família e comunidade ajudando-a a vivenciar processos de doença ginecológica no sentido de restaurar a sua saúde”. (Plano de Atividades do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, 2023, p. 7)

O Serviço de Ginecologia onde realizei ensino clínico, recebe doentes do foro ginecológico e ainda recebe utentes da cirurgia plástica. Sendo uma área muito vasta em patologias, o serviço apresenta sempre mulheres com patologia da mama. Esta presença surpreendeu, visto não ter noção, até então, que seriam tantas as mulheres que são submetidas a intervenções derivadas a patologia da mama, como mastectomias, tumorectomias e pesquisa de gânglios sentinela). A nível da patologia genito-urinária, contactei com uma grande percentagem de mulheres submetidas a histerectomias (abdominal ou vaginal), anexectomias, salpingectomias e ainda algumas linfadenectomias pélvicas e para aórticas.

Este serviço é constituído por cinco enfermarias com quarto camas cada e apoiadas individualmente por uma casa de banho (WC) e um duche, destinadas à área da ginecologia.

No entanto, neste momento acolhe também utentes da área da ortopedia e cirurgia plástica, por falta de vagas para mulheres nos serviços especializados nestas áreas. É ainda constituído por mais três quartos de apenas duas camas destinados 2 deles exclusivamente à obstétrica e patologia materno-fetal e o último de isolamento, que por vezes é ocupado também por patologia materno-fetal, conforme necessidade e disponibilidade do mesmo. O serviço apresenta ainda uma sala de tratamentos equipada também com ecógrafo e marquesa específica para observação médica em situações pontuais em que há necessidade de essa observação, sem a necessidade de saída das utentes do serviço; apresenta uma sala de equipamentos; uma sala de banhos assistidos; um WC destinado à equipa multidisciplinar; dois gabinetes de enfermagem, um destinado a registos, outro à preparação de medicação, com material de apoio à mesma e material destinado à realização de técnicas de enfermagem; encontramos também neste serviço uma sala de cuidados ao recém nascido, neste momento utilizada para a passagem de turno de enfermagem; uma área de limpos com material de stock e outra de sujos.

Estas 3 semanas levaram-me a refletir muito como a integração e acolhimento é fundamental para a confiança das mulheres nos profissionais que as vão acompanhar nesta sua transição de doença/saúde. Esta relação empática deve surgir logo desde a admissão da utente no serviço, para que esta seja um elemento ativo no processo de cuidados. Apercebi-me que algumas das senhoras que acompanhei recorriam muito a nós, enfermeiros, para perceber a informação que lhes era transmitida pelo médico, uma vez que confiavam em nós e percebiam a nossa disponibilidade para o fazer, e que sem esta integração holística da mulher no serviço não seria possível.

Muitas das mulheres internadas são admitidas por “lista de espera” para realização de procedimento cirúrgico, mas existem também mulheres admitidas pelo serviço de urgência muitas vezes para estudo de massas anexais a nível ginecológico, de origem desconhecida e que permanecem no internamento até decisão médica de tratamento. As utentes que são admitidas por “lista de espera” normalmente são admitidas no dia anterior à intervenção cirúrgica para iniciar protocolo relativo à cirurgia a que vão ser submetidas.

Ao serem admitidas é realizada uma avaliação inicial da mulher, com identificação da história clínica, avaliação de sinais vitais, processo de enfermagem e realizados ensinos pré-operatórios. As mulheres que são submetidas a cirurgia por cancro ginecológico cumprem protocolo com a realização de desinfeção vulvo perineal, tricotomia, microenema, jejum após o jantar leve que lhes é oferecido, e contenção elástica pré-operatória. No entanto, segundo as recomendações dos consensos nacionais do cancro ginecológico (2020), a preparação intestinal

pré-operatória deve ser evitada, a não ser que esteja prevista cirurgia colorretal. No dia da cirurgia é realizada a colocação de acesso venoso periférico e são instruídas ao banho com clorohexidina e a vestir bata hospitalar antes da ida para o Bloco Operatório (BO).

Habitualmente acompanhava as utentes desde o serviço até ao BO, deslocando-me com elas para este momento que muitas receavam, mostrando-me disponível e empática para com a sua vulnerabilidade naquele momento. Senti que foi essencial esta proximidade de cuidados para que as mulheres sentissem um apoio emocional extra, num momento que muitas vezes mudaria a sua vivência e a sua imagem corporal, que por vezes era nítido o seu desconforto e tristeza pelo momento que estavam a passar.

Após o procedimento cirúrgico, desloquei-me ao BO acompanhando mais uma vez as senhoras até ao serviço de ginecologia e aquando do seu regresso ao internamento, foi realizada a monitorização regular dos sinais vitais das utentes para despiste de complicações pós-operatórias e seguidas as recomendações dos consensos supracitados, com a manutenção das meias elásticas após a intervenção e prescrição médica de heparina de baixo peso molecular, para profilaxia tromboembólica, controlo da dor, evitando opióides; realizei ainda a vigilância de perdas hemáticas, de débito urinário, e de penso da ferida cirúrgica. Idealmente nas primeiras 24 horas pós-operatórias é realizada a remoção de cateter urinário, remoção de tamponamento vaginal (quando a cirurgia é a nível vaginal), promoção do levante precoce e início dieta oral.

Como referido anteriormente a patologia da mama foi uma constante durante todo o ensino clínico, o cancro da mama, segundo a Liga Portuguesa contra o Cancro (s.d.) é, atualmente, a primeira causa de morte por cancro, na mulher, sendo anualmente detetados cerca de 9000 novos casos de cancro da mama. No serviço, as mulheres com esta patologia são admitidas para tratamento cirúrgico, seja ele:

- Conservador:
 - Tumorectomia - remoção de tumor, com uma margem de segurança, enquanto é preservada a maior parte da mama possível;
 - Quadrantectomia - remoção do quadrante da mama onde se encontra o tumor;
 - Linfadecentomia axilar – associa-se à tumorectomia ou quadrantectomia com a remoção dos gânglios linfáticos da axila do lado afetado.

A maioria das mulheres faz radioterapia na mama operada após a cirurgia “para destruir qualquer célula cancerígena que possa ter ficado.”

(Liga Portuguesa contra o Cancro, s.d.)

- Mastectomia: é removida toda a mama e só é realizada quando não à possibilidade de a conservar.
 - Mastectomia simples ou total - com a remoção apenas da mama, incluindo aréola, mamilo, pele e glândula mamária;
 - Mastectomia radical modificada - onde é removida toda a mama e gânglios linfáticos axilares, preservando apenas a musculatura peitoral.
- Reconstrução mamária: tem o objetivo de criar a forma da mama o mais normal possível. E pode ser realizada durante a intervenção cirúrgica para extrair o cancro da mama ou alguns meses ou até anos mais tarde.

(Instituto Português de Oncologia Lisboa, 2020)

Como esta área é muito vasta quer a nível de procedimentos cirúrgicos, quer a nível dos conselhos a dar mulheres sobre a recuperação pós intervenção, senti necessidade de pesquisar sobre estes cuidados, tendo por base o manual do cancro da mama da Merck Sharp & Dohne (MSD) (2020) e as recomendações do Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa (2020) sobre o esvaziamento axilar (Apêndice III).

A nível do cuidados pós-operatório destas cirurgias é sempre necessário otimizar os drenos resultantes da cirurgia, para além do cumprimento das recomendações pós-operatórias que são idênticas às das cirurgias de patologia ginecológica. Considero que melhorei muito quer na otimização destes, quer na avaliação da quantidade e características do conteúdo drenado, e ainda na substituição dos mesmos, algo que inicialmente não me era muito fácil.

Com o decorrer do ensino clínico senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre o exame extemporâneo realizado intraoperatório, uma vez que nunca tinha tido conhecimento da existência deste tipo de exame e das suas implicações do mesmo na saúde da mulher. Esta pesquisa encontra-se no fim deste documento (Apêndice IV).

Desenvolvi junto das utentes múltiplos ensinamentos referentes a estratégias de vigilância da sua saúde ginecológica e recuperação pós cirúrgica, sendo que foi essencial o uso do material disponível (panfletos) no serviço para elucidar melhor as mulheres sobre a sua recuperação e cuidados a ter. Foram aproveitados todos os contactos com as utentes para realização de ensinamentos importantes para quando regressassem a casa, para estarem alerta e para desmistificar alguns conceitos pré-concebidos sobre a recuperação, principalmente sobre a mastectomia e os exercícios que podem a realizar e quando após intervenção cirúrgica.

Aquando da alta é elaborada uma carta de enfermagem para a mulher entregar no Centro de Saúde de referência, para continuidade de cuidados e reforçados ensinoss já realizados. Considero que por vezes é muito difícil comunicar de forma explícita a todas as mulheres as recomendações para a alta uma vez que algumas estão ansiosas por sair do hospital e não nos ouvem com muita atenção, por isso acho fundamental reforçar os ensinoss durante o internamento de forma a perceberem a importância da sua vigilância adequada.

Sendo o ensino clínico tão curto e específico, inicialmente senti alguma dificuldade na integração dos cuidados e organização dos mesmos, assim como na adaptação à gestão destes por parte de cada enfermeira. No entanto, sinto que fui compreendendo a gestão individual de cada uma delas e que ao fim deste estágio esta dificuldade foi ultrapassada, tendo-me ajustado e desenvolvido uma estratégia de gestão individual, mas cumprindo todos os pressupostos de ensino clínico.

Apesar de algumas dificuldades iniciais, considero que, no global, decorreu de forma muito positiva, tendo demonstrado empenho e interesse em ter o máximo de oportunidades possíveis, na adoção de estratégias para colmatar as minhas dificuldades e na aquisição de competências comuns e específicas do EEESMO. De realçar que senti um crescimento próprio em sair da minha zona de conforto e que levo muitos conhecimentos na área da patologia ginecológica e da mama que me serão muito úteis, futuramente, enquanto enfermeira especialista. Posto isto, faço um balanço muito positivo no fim deste estágio já que considero que alcancei a maioria dos objetivos a que me propus inicialmente, tornado o meu processo formativo muito rico.

1.3. Enfermagem em Patologia Materno-Fetal

Potenciar a saúde da mulher e o bem-estar do seu filho, detetando e referenciando precocemente complicações da gravidez, de modo a promover o bem-estar materno-fetal, assim como a adaptação à gravidez, parentalidade e preparando-a para o parto, conforme descrito nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica (2022) é uma das competências dos EEESMO que detêm esta responsabilidade de extrema importância. O EEESMO deve promover processos eficazes de adaptação, visto que são elementos fundamentais nos ensinoss e preparação da mulher para estar alerta a qualquer desvio à normalidade da gravidez. Assim o ensino clínico de Enfermagem em Patologia Materno-Fetal, com duração de 120 horas, realizou-se entre os dias 24 de abril e dias 26 de

maio de 2023, no Serviço de Ginecologia, onde estão destinados quartos específicos para a vigilância de mulheres com patologia materno-fetal, numa unidade hospitalar do centro do país, sob orientação de duas das Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O estágio de Enfermagem em patologia materno-fetal tem como “objetivo específico proporcionar experiências clínicas que possibilitem aos estudantes, utilizar os conhecimentos e as técnicas, mais adequadas à prática de enfermagem especializada no cuidar a grávida com patologia da gravidez, utilizando metodologia científica de trabalho”. Assim, visa a aprendizagem no contexto de enfermagem em patologia materno-fetal mobilizando os conhecimentos e competências no rastreio, encaminhamento e cuidar da grávida em situação de risco, de forma a promover a saúde da mãe e do seu filho. (Plano de Atividades do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, 2023, p. 7)

Como o ensino clínico de enfermagem em patologia materno-fetal foi desenvolvido no mesmo serviço que o ensino clínico de enfermagem em ginecologia, alguns dos objetivos que considerei atingidos, foram explanados agora no sentido da sua continuidade. A integração do serviço e o conhecimento da estrutura orgânica, física e funcional no serviço foram facilitadas e com menor impacto que no ensino clínico anterior, à exceção do conhecimento de protocolos, normas e regulamentos específicos para a prestação de cuidados especializados nesta área, que não tinham sido explorados anteriormente. Assim, no início deste ensino clínico consultei os protocolos do serviço e regulamentos específicos desta área de cuidados, para que a prestação dos mesmos fosse ao encontro do despacho 5613/2015 que define qualidade em saúde como “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”, levando assim, à melhor qualidade dos meus procedimentos. Considero a existência destes documentos essencial para a uniformização de práticas e para que as necessidades das grávidas internadas sejam atendidas adequadamente, tendo em conta a sua situação clínica e a sua individualidade.

Durante estas 5 semanas penso ter-me mantido adaptada à equipa, tendo sempre tentado trabalhar com toda a equipa multidisciplinar, com o fim último de manutenção dos melhores cuidados à grávida e sua família, e o seu bem-estar. Indo ao encontro das competências comuns do enfermeiro especialista, considero que desenvolvi e demostrei qualidades humanas e competências interpessoais, responsabilidade, prática profissional, ética e legal, tendo em conta

o código deontológico do enfermeiro, emanado pela OE, na prestação de cuidados holísticos à mulher.

A metodologia e organização de cuidados nesta área específica é muito importante para que os turnos decorram da melhor forma possível, sendo que penso que me adaptei bem a esta organização. A nível dos ensinamentos oportunos e congruentes de acordo com cada situação, senti um pouco de dificuldade no estabelecimento de prioridades de intervenção, tendo em conta as necessidades de cada mulher, no entanto com o desenvolvimento do estágio penso que fui melhorado esta capacidade, tendo melhorado desde o início do ensino clínico até ao seu término.

As utentes internadas por patologia materno-fetal, são maioritariamente internadas pelo serviço de urgência, no entanto são ainda recebidas grávidas por lista de espera para realização de cesariana eletiva, geralmente por incompatibilidade feto-pélvica ou apresentação fetal pélvica. Considero que durante este estágio, a variedade de patologias materno-fetais que pude acompanhar foi reduzida, tendo por vezes apenas uma oportunidade de acompanhar grávidas com patologia materno-fetal. Desde modo, tive oportunidade de acompanhar algumas utentes após interrupção da gravidez, fosse por abortamento, feto-morto ou interrupção médica da gravidez, assim como vigiei uma grávida por restrição de crescimento intrauterino (RCIU), uma com hemorragia de 2º Trimestre, duas grávidas por colo curto, uma com diagnóstico de pielonefrite aguda, uma com pré-eclampsia, outra com rutura prematura de membranas (RPM) e várias mulheres com ameaça de parto pré-termo (APPT).

Segundo os padrões de qualidade do EEESMO (2022) a relação terapêutica estabelecida com a utente é um “elemento-chave” para que esta seja proativa na “promoção da sua saúde a adaptação às novas circunstâncias da vida/processos”, sendo que desde a admissão da utente fui tentando estabelecer esta relação para promoção da sua saúde pré-natal. Questionei sempre sobre a vigilância pré-natal e a presença dos programas de preparação para o parto e parentalidade, conforme preconizado no programa nacional de gravidez de baixo risco (2015), até à deteção do desvio da normalidade, podendo perceber o conhecimento de cada mulher sobre a situação que estava a vivenciar.

Considero que a promoção da saúde pré-natal nas mulheres internadas passa por informar sobre sinais de alerta de cada situação específica, mas também de alterações de uma gravidez de baixo risco. Em consonância com o programa nacional de gravidez de baixo risco (2015), as mulheres devem ser alertadas para sinais de alerta como hemorragia ou perda de líquido vaginal, corrimento vaginal ou urinar com prurido/ardor, dores abdominais/pélvicas,

febre ($>38,0^{\circ}\text{C}$), vômitos persistentes, cefaleias fortes ou contínuas, alterações na visão ou percepção de diminuição dos movimentos fetais, para que estas estejam despertas para as alterações ao padrão normal da gravidez.

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva de gravidez (2016) referem que a cardiocografia pré-natal de rotina não é recomendada nas mulheres grávidas para melhorar os resultados maternos e perinatais, no entanto quando existem desvios à gravidez fisiológica considero de extrema importância esta avaliação para percebermos o bem-estar fetal e a vitalidade do mesmo. A vigilância do bem-estar materno fetal é as principais competências específicas prestados pelo EEESMO. O registo cardiocográfico (RCT) ou cardiocografia (CTG), é um dos métodos de avaliação de bem-estar materno-fetal, no entanto é necessário ter em consideração a sua correta colocação (dos transdutores), posicionamento da grávida e conhecimento da estática fetal. Na realização do RCT é colocado um transdutor doppler que é colocado no foco fetal (local do abdómem materno onde é possível captar os batimentos cardíofetais) e um transdutor de pressão colocado no fundo uterino (capta as contrações uterinas). (Santana, A. & Figueiredo, M., 2021) Em 2015, a federação internacional de ginecologia e obstetrícia (Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y. & Chandraran, E.), publicou a nomenclatura e interpretação das cardiocografias, definindo:

Linha de base – valor médio da frequência cardíaca fetal (FCF) avaliada em períodos de 10 minutos; podendo ser: normal (FCF: entre 110-160bpm), taquicardia (FCF > 160 bpm, por mais de 10 minutos), bradicardia (FCF < 110 bpm, por mais de 10 minutos).

Variabilidade – oscilações da linha de base da FCF, em segmentos de 1 minuto; podendo ser: normal (amplitude de variação entre os 5-25bpm); reduzida (variações inferiores a 5bpm mais de 50 minutos em segmentos de linha de base normais, ou mais de 3 minutos durante desacelerações); aumentada (variações superiores a 25bpm por mais de 30 minutos).

Acelerações – Aumento abrupto da FCF (aparecimento do pico em menos de 30 segundos) em relação à linha de base, ou amplitude superior a 15 bpm com duração superior a 15 segundos, mas menos de 10 minutos. A maioria das acelerações coincidem com o movimento fetal e são sinal da resposta neurológica do feto. Antes das 32 semanas de gravidez a amplitude e frequência das acelerações pode ser menor (10 segundos e 10bpm de amplitude). Se uma aceleração durar mais de 10 minutos é considerada mudança de linha de base e não aceleração.

Desaceleração – redução da linha de base do CTG em mais de 15bpm de amplitude, ou com duração superior a 15 segundos. Podem ser: precoces (desacelerações superficiais, de curta duração, com variabilidade normal dentro da desaceleração e coincidentes com as contrações – associadas a compressão da cabeça do feto); variáveis (desacelerações em forma de V, com diminuição abrupta da FCF com recuperação rápida para a linha de base); tardias (em forma de U, redução gradual da FCF e regresso simétrico à linha de base associada a uma contração uterina – numa monitorização adequada esta desaceleração inicia-se cerca de 20 segundos após o início da contração e termina quando se dá o término da contração); prolongadas (duram mais de 3 minutos e pode estar associada a hipoxemia, se exceder os 5 minutos e a linha de base se encontrar abaixo de 80bpm concomitantemente com variabilidade reduzida, é frequentemente associado a hipoxia/acidose fetal e requer uma intervenção emergente).

Padrão sinusal – onda sinusoidal, com uma amplitude de 5-15 bpm e uma frequência de 3-5 ciclos por minuto. Este padrão dura mais de 30 minutos e coincide com acelerações ausentes.

Contratilidade uterina - aumentos graduais, em forma de sino, da atividade uterina seguidos de diminuições aproximadamente simétricas, com 45-120 segundos de duração total. Pode correr taquissístolia (frequência excessiva de contrações – mais de 5 contrações em 10 minutos, em dois períodos sucessivos de 10 minutos, ou verificada durante um período de 30 minutos).

Durante este estágio tive a oportunidade de aprimorar a minha técnica para monitorização do bem-estar fetal, tanto com o cardiotocógrafo como com o doppler de avaliação fetal (sonicaid), sendo que terminei este estágio mais à vontade no manejo dos mesmos. Senti também, inicialmente, alguma dificuldade na leitura do traçado cardiotocográfico e do seu significado, tendo de investir algum tempo no aprofundar deste conhecimento para melhoria da sua interpretação, estando vigilante a sinais de alerta.

Como referido anteriormente, não tive oportunidade de acompanhar uma ampla variedade de patologias materno-fetais, no entanto nos últimos dias de estágio foi onde pude acompanhar uma mulher com rotura prematura de membranas pré-viabilidade fetal e outra com pré-eclampsia. Todas estas patologias têm intervenções muito específicas e que necessitam vigilância mais apertada, assim como ensinamentos específicos.

A pré-eclampsia (PEC) é definida como hipertensão arterial após as 20 semanas de gestação em mulheres previamente normotensas. Associados à pré-eclampsia apresentam-se

sinais como o edema (relacionada com a retenção de sódio e pode ser manifestada inicialmente pelo aumento de peso, e depois como edema matutino da face e da metade do superior do corpo), HTA, proteinúria, epigastralgias, cefaleias, perturbações da visão, oligúria/anúria disfunção hepatocelular, RCIU, alterações dos valores analíticos das transaminases, das plaquetas e creatinina (Graça, L. M., 2017). Sendo a PEC associada à placenta, existem alterações que podem levar à “hipoperfusão-isquemia-hipoxia placentar que conduzem à libertação de mediadores que vão alterar a atividade das células endoteliais maternas” que induzem o quadro de pré-eclampsia. Estas alterações podem passar por défice de implantação, sendo associada a uma pré-eclampsia precoce. A hipoperfusão placentar pode levar a RCIU no feto e com a ativação endotelial na mulher podem surgir as manifestações clínicas anteriormente descritas. (Monteiro, F. & Leite, C. F., 2021).

A PEC pode ser classificada como moderada (pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg e < 110 mmHg e/ou pressão arterial sistólica < 160 mmHg, podendo existir ou não proteinúria), ou como grave (pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg; pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg; podendo existir ou não proteinúria; presença de um ou mais sinais de alarme).

A PEC é uma complicação relativamente frequente, apresentando maior incidência em primíparas que em múltiparas e em grávidas pertencentes a estratos sociais mais baixos, pela deficiência de cuidados e vigilância na gravidez. Assim pode-se associar a pré-eclampsia a cuidados pré-natais deficientes, gravidez gemelar, hidrópsia fetal, mola hidatiforme, diabetes gestacional, nuliparidade com idade inferior a 18 anos, pré-eclampsia em gravidez anterior e/ou história familiar de PEC, HTA grave preexistente, doença renal crónica, diabetes insulínica, trombofilia, grávidas após os 35 anos, obesidade e baixo nível socioeconómico (Graça, L. M., 2017).

Com o internamento de grávidas com pré-eclampsia pretende-se conseguir controlar a HTA, profilaxia de convulsões e avaliação do bem-estar materno-fetal (Monteiro, F. & Leite, C. F., 2021). Assim, nestas utentes procedi à vigilância materna de sinais vitais com maior periodicidade (4 em 4 horas e sempre que necessário), registo de diurese, administração de terapêutica anti-hipertensiva prescrita, avaliação da presença de sinais de alarme que indiquem agravamento do estado clínico da mulher e realizados respetivos ensinamentos para o reconhecimento de alterações o mais precocemente possível. Da mesma forma foi avaliado o bem-estar fetal, realizando CTG pelo menos uma vez durante o turno.

Uma das patologias que mais contactei foi a APPT que se define como o aparecimento de contratilidade uterina regular antes das 37 semanas da gestação, que provoca alterações no

colo uterino, nomeadamente o apagamento e/ou dilatação do colo. Para o diagnóstico da APPT é essencial verificar se estão presentes sinais que podem ser indicativos dessa ameaça como dores pélvicas, lombalgias, pressão pélvica, dores abdominais, alterações do fluxo vaginal (aumento) e contrações uterinas presentes (dolorosas ou não). Na presença destes sinais é premente avaliar modificações das características do colo do útero para perceber se estes sinais de alerta se podem associar a APPT. A confirmação da APPT dá-se após avaliação da dinâmica uterina, apresentação fetal, dilatação cervical e presença ou não de RPM. Como causa podem encontrar-se diferentes motivos como a malformação fetal, o descolamento prematuro da placenta, infeção, gravidez múltipla e rutura de membranas (Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F., 2016).

As mulheres internadas com este diagnóstico tinham todas idades gestacionais superiores a 27 semanas, mas inferiores a 34, sendo que na vigilância das mesmas foi avaliado o bem-estar materno e fetal através da cardiotocografia e/ou sonicaid, avaliação da existência de perda vaginal ativa de sangue ou líquido amniótico, avaliação de temperatura em contextos específicos como na rutura prematura de membranas, ou na presença de taquicardias fetais, administração de terapêutica tocolítica e de corticoides para maturação fetal instituídos pelo médico, vigiar efeitos secundários da terapêutica instituída e prestar apoio emocional. Todos os contactos com as utentes foram aproveitados para realização de ensinamentos importantes para quando regressassem a casa, se isso acontecesse, assim como ensinamentos sobre posicionamentos a adotar, indicações de repouso relativo, e de alimentação saudável durante o resto da gestação.

Os padrões de qualidade do EEESMO (2022) também referem que este “cuida a mulher, inserida na família e comunidade, em situações de risco (ex. violência doméstica, emigração, etc.) e luto perinatal”, neste sentido acho importante falar sobre as situações de interrupção da gravidez com que me deparei ao longo deste ensino clínico. Durante estas 5 semanas, acompanhei 2 situações de aborto espontâneo, 1 interrupção médica da gravidez (IMG) no 3º trimestre e um nado-morto às 31 semanas, todas estas situações são particularmente difíceis e para mim foi um pouco difícil de perceber como poderia apoiar aquelas mulheres. No entanto considero que fui empática à situação e ajustei/adequiei-me ao momento que aquela mulher estava a viver.

Desenvolvi, junto das utentes, ensinamentos referentes ao que era expectável ocorrer após a perda, assim como sinais de alerta a terem em conta aquando da alta e que motivassem uma nova vinda à urgência, para vigilância da saúde materna. Assim, foram instruídas para os cuidados de higiene da região perineal com água e sabão e mudança regular do penso higiénico,

assim como para a normal evolução dos lóquios (quer em quantidade, quer em características), referenciando como sinal de alarme uma perda vaginal abundante ou com odor fétido. Explicado a normal involução uterina e que seria expectável deixar e sentir o útero, habitualmente, após o 10º dia, tendo em consideração que não será normal encontrar um útero mole nas primeiras 24 horas após a perda. Como estas mulheres passaram por um parto vaginal mesmo (derivado da IMG e o nado morto às 31 semanas) foram realizados ensinamentos sobre o períneo, o edema e a dor perineal, instruindo-as para que desvios da normalidade como o edema exacerbado, sinais de infeção das suturas das lacerações ou da episiorrafia e desconforto acentuado, seria motivo de avaliação nos primeiros dias pós-parto, devendo estas evitar esforços ou levar pesos nas primeiras semanas pós-perda (Santos, M. J. F. & Batispta, M. C. D., 2021). Foram realizados ainda ensinamentos sobre os desconfortos que podem surgir a nível das mamas e sinais de alarme, no entanto a estas mulheres foi instituída terapêutica, por parte da equipa médica, para supressão da lactação, sendo estes medicamentos antagonistas da dopamina que atuam como inibidores da prolactina (Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul, 2018).

Nestas mulheres, para além dos ensinamentos supracitados, foram realizadas intervenções de enfermagem como a avaliação da involução uterina, a avaliação de globo de segurança de pinard (que nos dá a indicação de que não existe o relaxamento do útero), avaliação da episiorrafia/sutura ou lacerações existentes e avaliação da dor da utente.

Considero de extrema importância uma relação estreita com a equipa médica, uma vez que existem situações que estão para além da nossa área de atuação e percebi que é fundamental referenciar situações, por vezes dúbias, às quais não temos conhecimento/autonomia para atuar, ou que nos alertam para algo que não está dentro do espectável e que necessita de uma avaliação mais diferenciada.

Durante este estágio tive a oportunidade de realizar o acolhimento a várias grávidas para cesariana eletiva, sendo que junto destas desenvolvi ensinamentos sobre o aleitamento materno, o contacto pele-a-pele e o alojamento conjunto, entregando folhetos informativos do serviço acerca destes temas. É essencial falar sobre estes assuntos pois todos eles estimulam o vínculo entre o bebé e os progenitores e criam ligações estreitas e saudáveis para o desenvolvimento do bebé na vida extrauterina. O contacto pele-a-pele e o alojamento conjunto são por si só um impulsionador para o aleitamento materno, no entanto é ainda necessário informar as grávidas do benefício do mesmo e todos os fatores que podem influenciar esta vivência. Assim, no momento destes ensinamentos falei com as grávidas sobre a importância do aleitamento materno tanto

para elas como para os seus bebés e sobre a importância deste ser exclusivo, se possível até aos 2 anos de vida, conforme recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Durante o ensino clínico fui aceitando as críticas construtivas que me foram feitas de modo a evoluir na prestação de cuidados, gerindo as situações causadoras de stress de forma eficiente, assim como reunindo com as enfermeiras orientadoras para validação de processos de aprendizagem e colmatar de dificuldades. No contexto da patologia materno-fetal foi fundamental esta reflexão crítica para melhorar as minhas práticas e aperfeiçoar o meu desempenho e evolução ao longo deste ensino clínico.

Reconheço que a nível do conhecimento, demostrei algumas lacunas e o estudo diário para colmatar as mesmas surgia mais pormenorizadamente após a admissão das utentes com determinada patologia materno-fetal e não como estudo contínuo. Juntamente com as enfermeiras orientadoras percebi quais as lacunas que necessitavam de mais investimento da minha parte e após reflexão, melhoria das minhas práticas específicas em cada contexto. Assim, considero que este objetivo não foi atingido na sua totalidade e tendo em conta o artigo 88, alínea c), do código deontológico de enfermagem onde o enfermeiro assume o dever de “manter atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e profunda nas ciências humanas de aprendizagens” fiquei aquém das expectativas por mim estabelecidas. Não obstante ao supracitado demonstrei sempre receptividade no esclarecimento de dúvidas e tendo iniciativa de aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem com as minhas enfermeiras e com as situações inerentes a este estágio.

Tendo em conta a individualidade de cada grávida/mulher tentei sempre adequar a linguagem a cada uma delas, em função das suas características biopsicossociais, espirituais e culturais, sem realizar qualquer juízo de valor, no entanto por vezes poderia ser mais clara e concisa naquilo que lhes queria informar/explicar. Considero que criei uma relação empática e de confiança com as utentes internadas no serviço, mostrando-me sempre disponível para responder as suas necessidades naquele momento.

Apesar de algumas dificuldades, conforme fui explanando, considero que no global o estágio decorreu de forma positiva. Por outro lado, também tenho consciência que poderia ter demonstrado um pouco mais de empenho e motivação no trabalho individual em casa, para aprimorar o meu conhecimento. De realçar que a área da patologia materno-fetal é importantíssima para que, apesar dos desvios da normalidade, tudo corra o melhor possível, tanto para a mãe como para o seu filho. Neste estágio saí muito da minha zona de conforto e

levo muitos conhecimentos para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista, numa área tão específica e importante para um início de uma vida saudável.

1.4. Enfermagem em Puerpério

O estágio de Enfermagem em Puerpério foi realizado no Serviço de Obstetrícia do mesmo hospital que os restantes estágios até aqui desenvolvidos, sob orientação de duas das EEESMO do serviço, com início a 29 de maio e término a 30 de junho de 2023, cumprindo a duração estabelecida de 120 horas. Este ensino clínico tem como objetivo específico “proporcionar experiências clínicas que possibilitem aos estudantes, utilizar os conhecimentos e as técnicas, mais adequadas à prática de enfermagem especializada no cuidar a puérpera/família durante o período puerperal assim como o recém-nascido normal e de risco” (Plano de Atividades do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, 2023, p. 8). De forma geral, visa proporcionar experiências de aprendizagem em contexto de enfermagem em puerpério e possibilitar mobilizar e desenvolver “competências no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido” dando assim, suporte às intervenções de enfermagem na transição e adaptação à parentalidade, em que cada puérpera/família se encontra (Plano de Atividades do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, 2023, p. 8).

Os EEESMO desempenham um papel crucial no cuidado das mulheres durante o puerpério. São eles que fornecem suporte físico, educacional e emocional à puérpera e respetiva família, garantindo que as mulheres tenham uma recuperação adequada após o parto e possam desfrutar de uma transição saudável para a maternidade/parentalidade. Conforme descrito nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica (2022), o EEESMO cuida da mulher, inserida na família e comunidade, durante o período pós-parto, potenciando a saúde da puérpera/mãe e homem-pai, promovendo processos eficazes de adaptação à parentalidade, a recuperação pós-parto e a gestão saudável da conjugalidade pós-parto, assim como, tem também responsabilidade de cuidar do recém-nascido no sentido de potenciar o seu crescimento e desenvolvimento normais, sendo assim considerado um elemento chave na prestação de cuidados de saúde especializados.

Neste local de estágio os internamentos são exclusivamente destinados a mulheres em pós-parto. Assim, o internamento é habitualmente referente à díade mãe-bebé, sendo apenas

relativo à mãe quando há necessidade de o bebé ser internado na neonatologia para realização de procedimentos e manter uma vigilância mais apertada que não é possível de realizar no internamento de obstetrícia.

O serviço de obstetrícia, em termos de constituição, é simétrico ao serviço de ginecologia, assim é composto por cinco enfermarias com quarto camas e três enfermarias de apenas duas camas, cada uma delas apoiadas individualmente por um WC e um duche. Os quartos duplos normalmente são destinados a mulheres em pós-parto que têm os seus bebés internados na neonatologia, com a finalidade de diminuir o stress e ansiedade da separação dos seus bebés. O serviço apresenta uma sala de tratamentos onde são realizados maioritariamente os tratamentos a feridas cirúrgicas decorrentes de cesariana. Apresenta uma sala de equipamentos equipada também com ecógrafo e marquesa para observação médica em situações de suspeita de retenção de restos placentares; uma sala de banhos assistidos; um WC destinado à equipa multidisciplinar; dois gabinetes de enfermagem, um destinados a registos, outro à preparação de medicação, com material de apoio à mesma e material destinado à realização de técnicas de enfermagem; encontramos uma sala de cuidados ao recém-nascido, que para além de ser utilizada para a prestação destes os cuidados, é utilizada para a passagem de turno de enfermagem; uma área de limpos com material de stock e outra de sujos. Este serviço dispõe ainda de um local onde está uma cadeira de automóvel com o objetivo de realizar os ensinamentos sobre a prevenção de acidentes rodoviários.

Do mesmo modo a equipa multidisciplinar deste serviço é a mesma que no serviço de ginecologia, sendo que há elementos exclusivos apenas a uma das áreas, mas grande parte da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais é distribuída pelos dois setores, levando a que a integração a estes tenha sido facilitada e mais célere. Assim desde o primeiro dia sentimo-nos integrada na equipa e com maior motivação para o desenvolvimento do estágio, tendo procedido à análise dos protocolos do serviço para melhor agilização dos procedimentos de enfermagem, assim como cumprimento de timings estabelecidos pelo serviço para a realização dos mesmos.

Após o cumprimento da vigilância do pós-parto imediato (até duas horas pós-parto), na sala de partos (SP), se o parto for vaginal, as puérperas são transferidas para o serviço de obstetrícia, acompanhadas por um EEESMO, onde cumprem o internamento habitualmente de 48 horas. As puérperas com parto por cesariana são provenientes do bloco operatório (BO), sendo transferidas para o serviço após cumprimento de duas horas de vigilância no recobro, sendo que permanecem no internamento de obstetrícia habitualmente 72 horas.

Independentemente do tipo de parto, o tempo de internamento pode ser variável caso haja necessidade seja por motivos clínicos da mãe quer seja por motivos clínico do recém-nascido (RN).

Os cuidados de enfermagem à puérpera são realizados em duas perspetivas: no âmbito da promoção do autocuidado e bem-estar da mulher e na prevenção de complicações (Santos, M. J. F. & Batista, M. C. D., 2021), visando a rápida recuperação da puérpera e dotação da mesma para as competências do cuidado ao RN. Sendo estes internamentos tão curtos todas as oportunidades são cruciais para o desenvolvimento de ensinamentos desde o primeiro contacto com a puérpera e/ou o acompanhante, criando ao mesmo tempo um espaço seguro e empático para a exposição de dúvidas/preocupações que as puérperas tenham ou que possam surgir durante o internamento.

Quando as puérperas chegam ao serviço é realizado um breve acolhimento à díade e explicado sucintamente os procedimentos que são realizados como a colocação da pulseira “anti-fugas” ao RN, explicado que o levante deve ser progressivo e acompanhado por um enfermeiro pelo que devem chamar quando pretenderem levantar-se, a entrega de panfletos informativos sobre o aleitamento materno, o alojamento conjunto, síndrome da morte súbita e os cuidados de higiene pessoal no pós-parto e sinais de alerta durante o mesmo, assim como é entregue o boletim de saúde infantil e juvenil a todos bebés que é previamente preenchido, e é ainda assistida a mulher a colocar o bebé a mamar com o objetivo de avaliar a primeira mamada após a admissão no serviço. Neste momento é ainda entregue um questionário de satisfação relativo ao internamento, onde as puérperas podem relatar a sua experiência e deixar sugestões para melhoria do funcionamento do serviço.

Em caso de parto por cesariana, o serviço é contactado para dar conhecimento do nascimento e para que um enfermeiro vá ao BO buscar o recém-nascido que vai para o internamento num momento distinto da puérpera, uma vez que esta deve cumprir um período de vigilância no recobro do BO. À chegada ao internamento o pai, que o aguarda, estabelece o primeiro contacto com o filho e acompanha a equipa de enfermagem em todos os procedimentos realizados, como a avaliação antropométrica do bebé (peso, estatura e perímetro cefálico) e é-lhe explicado a ele a colocação da pulseira “anti-fugas” ao RN. Ao pai é explicado e questionado sobre a intenção da realização do contacto pele-a-pele com o RN, se previamente este não tiver sido realizado. O contacto pele-a-pele com o pai é um momento privilegiado que a díade pai-bebe, sendo que a (UNICEF)(s.d.) define este contacto como a segurar o recém-nascido sobre o tórax materno/paterno/pessoa significativa, com duração mínima de 60 minutos, sempre que

possível, de modo a estimular o toque e vínculo com o RN. Nestes casos aquando da chegada da puérpera ao internamento é realizada a admissão da mulher seguindo os tramites também do parto vaginal, com exceção da questão do levante.

Conforme protocolo do serviço o levante progressivo é realizado a puérperas com parto vaginal, 4 a 6 horas após o parto, já as mulheres submetidas a cesariana apenas realizam levante entre as 6-12 horas após o parto, período durante o qual as puérperas estão mais dependentes para satisfação quer das suas necessidades quer nos cuidados ao recém-nascido, requerendo mais cuidados de enfermagem específicos.

Durante todo o ensino clínico tentei desenvolver estas intervenções concomitantemente com a realização dos ensinios relacionados com a intervenção que estava a realizar, uma vez que acho essencial que para além de explicar o que estamos a fazer, sejam logo desenvolvidos ensinios oportunos, no sentido das puérperas irem assimilando o que é normal acontecer durante o puerpério e quais os sinais de alarme a ter em conta. Considero que ao longo do internamento as puérperas estão mais predispostas a perceber como funciona o seu corpo, pelo que acho que os ensinios a realizar a estas utentes não devem ser só realizados aquando da alta clínica, mas sim ao longo de toda a sua estadia no serviço. Sinto que aquando da alta clínica as mulheres estão demasiado ansiosas com a sua saída do serviço e regresso a casa neste momento tão especial das suas vidas, que não assimilam o que lhes é transmitido do mesmo modo que durante o internamento.

Assim, durante o internamento das puérperas procedi a intervenções de enfermagem destinadas ao bem-estar das mesmas como, a avaliação de sinais vitais conforme a especificidade da mulher e os seus antecedentes pessoais e obstétricos (HTA e diabetes gestacional (DG) – sendo aplicados protocolos em vigor no serviço), avaliação da involução uterina e a localização do altura do fundo do útero, observação do períneo, tendo em atenção a presença de edema, das características dos lóquios e da presença de suturas de correção de lacerações e/ou episiotomia. Aquando destas intervenções realizei ensinios sobre a normal evolução dos lóquios, a mudança de penso e lavagem do períneo com água tépida em cada ida ao WC e a manutenção da área perineal o mais seca possível, não criando um ambiente propício à proliferação de microrganismos. Estas intervenções tornam-se de extrema importância para prevenir complicações no pós-parto, ou diagnóstico precoce das mesmas.

A OMS (2022) estabelece recomendações para uma experiência positiva no pós-parto tanto para a mulher como para o recém-nascido, a nível dos cuidados com a puérpera e conforme recomendado, a dor perineal surge como um dos cuidados a ter em conta. Assim

sendo, era fornecido gelo, envolvido numa manípula, proporcionando o alívio imediato à puérpera com dor perineal, ao mesmo tempo que era disponibilizado paracetamol em SOS, para alívio desta dor, indo de encontro à recomendação da OMS. Já para as dores derivadas da involução uterina a OMS (2022) recomenda a administração de anti-inflamatório não esteroides (AINES) para alívio desta dor, sendo normalmente administrado Ibuprofeno nestas situações.

No contexto específico da cesariana, existem intervenções específicas, como monitorização de sinais vitais segundo protocolo, vigilância de penso cirúrgico e realização de tratamento a ferida cirúrgica, monitorização da diurese nas primeiras 12 horas ou até remoção de cateter urinário, desalgaliação, levante progressivo, administração de medicação anticoagulante prescrita e otimização e administração de medicação através de cateter epidural, vigiando presença de sinais inflamatórios do local de inserção do mesmo, assim como remoção deste após 12 horas da última toma de medicação anticoagulante.

Santos & Batista (2021) referem que os traumatismos provocados pelo parto, a analgesia e o aumento da capacidade urinária são fatores que predisõem a diminuição da vontade de urinar nas primeiras horas pós-parto, sendo por isso essencial ter em atenção sinais de risco como a retenção urinária, disúria ou aumento da frequência urinária. Assim as puérperas são incentivadas a urinar espontaneamente o mais precocemente possível após o parto, sendo que a OMS (2022) estabelece que a primeira eliminação urinária deve ser realizadas nas primeiras 6 horas pós-parto, uma vez que a bexiga ocupa espaço abdominal e pode desviar o útero da sua linha média, dificultando a contratilidade uterina e aumentando o risco de hemorragia por atonia uterina. A OMS (2022) não recomenda o uso de laxantes para prevenir a obstipação pós-parto, apenas dá indicação de manter uma dieta equilibrada para o correto funcionamento do trato intestinal.

O ensino clínico de enfermagem em puerpério foi desenvolvido num hospital amigo dos bebés. Esta denominação é dada após cumprimento de 10 pressupostos estabelecidos pela OMS e UNICEF (2018), entre os quais estão a informação das grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno; ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento; mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente; não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica; praticar o alojamento conjunto; amamentar em livre demanda; não dar tetinas nem chupetas às crianças amamentadas até que esteja bem estabelecida a amamentação; encaminhar as mães para grupo de apoio ao aleitamento materno, após a alta do hospital ou da maternidade.

Assim, foram desenvolvidas intervenções como a avaliação das mamas e mamilos das puérperas, realizando ensinamentos sobre a fisiologia da lactação e os fatores de controlo de produção de leite materno, que percebi que eram uma grande lacuna no conhecimento das mulheres, mesmo aquelas que participaram em cursos de preparação para o parto. A grande maioria das puérperas chegam ao internamento de obstetrícia com “medo de não ter leite”, pelo que senti a necessidade de explicar como funciona a produção do leite materno e de capacitar as mulheres sobre as vantagens do aleitamento materno. De forma geral falamos que a amamentação funciona como um processo de, quanto mais o bebé mama maior é a produção de leite materno, no entanto e tendo por base o descrito por Pillay, J. & Davis, T. (2023), a produção de leite materno passa por 3 fases distintas, a lactogénese I – inicia-se na gravidez, onde a placenta inibe a prolactina, devido a concentrações elevadas de estrogénio e progesterona – e lactogénese II – inicia-se com a expulsão da placenta, onde há queda do estrogénio e progesterona e elevação rápida da prolactina – sendo ambas controladas hormonalmente e não dependente da estimulação do bebé e só depois entramos na lactogénese III, que ocorre habitualmente 30 a 40 horas após o parto, e a partir deste momento a produção de leite passa a ser controlada principalmente pela oferta e demanda. A lactogénese III é muitas vezes associada à subida do leite já que até aqui a produção de leite é realizada hormonalmente e inicia-se desde a gravidez (fig. 1).

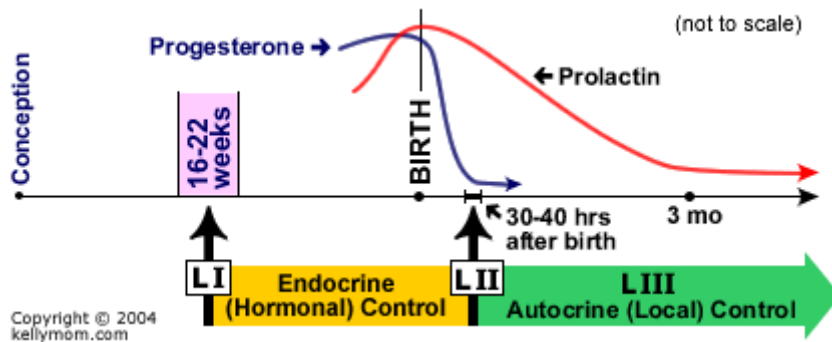


Figura 1 - Como funciona a produção de leite materno

A avaliação da mamada foi outra intervenção que desenvolvi e que me deu bastante prazer realizar, perceber que após apenas algumas correções na pega as puérperas deixam de ter um momento muitas vezes de dor, e passam a ter um momento prazeroso e que também as ajuda na manutenção do aleitamento materno exclusivo. A Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) (2019) estabelece sinais de “boa pega” como a boca bem aberta, bochechas arredondadas, lábio inferior virado para fora, queixo encostado à mama e nariz afastado, e ainda aréola mais visível acima da boca do bebé do que em baixo. Os sinais de uma

sucção eficaz são também essenciais para uma boa avaliação da mamada, devendo estar presente sucções lentas e profundas, bochechas cheias, som da deglutição audível, o bebê mama calmamente e quando termina a mamada parece satisfeito, a mãe não sente dor a amamentar e sente a mama menos cheia do que no início da mamada.

Para além dos sinais de boa pega e de uma sucção eficaz foram também explicados às puérperas os sinais de fome, desde os precoces (bocejar, virar a cabeça abrindo a boca, movimento de procura), os moderados (esticar-se, aumenta os movimentos do corpo, leva a mão à boca), até aos tardios (choro, movimentos corporais agitados e coloração vermelha). É essencial, principalmente os EEESMO, deterem este conhecimento para poderem capacitar as mulheres a reconhecer os sinais de fome para conseguirem atender as necessidades do seu bebé (Siqueira, F. P. C. & Santos, B. A., 2017).

Em relação às puérperas, as mulheres que têm o seu recém-nascido na neonatologia, encontram-se também internadas neste serviço. A estas utentes são prestados todos os cuidados e intervenções inerentes ao puerpério anteriormente descritas, e são ainda incentivadas à extração de leite materno e instruídas como o fazer para este ser administrado na neonatologia nos momentos em que a puérpera não pode estar com o seu filho. Estas puérperas encontram-se mais vulneráveis pelo que me foi essencial a adequação da linguagem e tentei ser um elemento de confiança e segurança destas utentes, uma vez que a transição para a parentalidade não é aquela que esperavam e, muitas puérperas expressam sentimentos de tristeza, desânimo e frustração por não puderem estar com os seus bebés.

Considero que nesta fase o EEESMO tem um papel fundamental a nível psicológico, já que o puerpério é uma fase do ciclo de vida em que a mulher se encontra mais vulnerável a desencadear perturbações psiquiátricas. As alterações hormonais, a nível psicológico, da família e sociais relacionadas com o seu novo papel, aliadas com a aceitação da nova autoimagem, de identidade e sexualidade, e com a vulnerabilidade da mulher podem propiciar alterações psicológicas e/ou psiquiátricas (Leitão M., 2021). Neste sentido, durante todo o ensino clínico tentei desenvolver uma relação empática e de proximidade com as puérperas, tentando mostrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e ajudar na adaptação à nova realidade de parentalidade de forma mais tranquila e serena desmistificando mitos e crenças relacionadas com o puerpério, melhorando a sua experiência da mulher/casal durante o internamento e dando-lhe ferramentas para que mantenham essa experiência positiva após a alta.

O EEESMO cuida do recém-nascido no sentido de potenciar o seu crescimento e desenvolvimento normais (OE, 2022). Neste sentido, para além das intervenções à puérpera, são desenvolvidas intervenções de enfermagem ao RN, assim como são realizados os respetivos ensinamentos à mãe e/ou pai acerca dos cuidados ao bebé, dotando-os dos conhecimentos necessários para cuidar dele da melhor forma possível.

Durante o internamento em obstetrícia, para além de prestados os cuidados ao recém-nascido, são também realizados os ensinamentos inerentes ao mesmo, assim as puérperas são instruídas para:

Técnica do banho - conforme recomendado pela OMS, 2017, o primeiro banho deve ser adiado até 24 horas após o parto, assim o primeiro banho do recém-nascido é dado pelo enfermeiro após este *timing* de modo a instruir a puérpera aos cuidados a ter durante este momento; durante o internamento é dado banho também no segundo dia para verificar a aquisição de conhecimento por parte da puérpera, no entanto a literatura tem sido controversa acerca da frequência do banho do bebé. Santos, M. J. F. & Batista, M. C. D., (2021) referem que se o momento do banho exerce um efeito calmante, este poderá ser dado à noite tendo em vista a preparação de uma rotina pré-sono, mas, se por outro lado, é um momento com efeito excitante este deverá ser dado de manhã.

Cuidados ao coto umbilical – instruídas as puérperas para que este cuidado seja realizado diariamente, independentemente se o bebé tomar ou não banho, até queda do coto umbilical. São ainda instruídas para as recomendações da OMS (2017) que se traduzem à manutenção do cordão umbilical limpo e seco, sem aplicação de qualquer produto, à exceção de água e/ou soro fisiológico, secando-o com uma compressa e não o tapando. As mulheres são ainda incentivadas a cheirar o cordão para perceber o odor característico do mesmo, assim como são realizados ensinamentos a queda do cordão e sinais de alerta (rubor peri-umbilical, conteúdo hemático ou purulento e cheiro fétido).

Mudança de fralda – realizados ensinamentos sobre o espetável neste período inicial (ter por referência que o bebé urina mais ou menos as mesmas vezes que mama e deve ter, pelo menos, uma dejeção por dia, inicialmente dejeções meconiais que se vão mudar de cor com o tempo; alertar para fezes vermelhas, pretas ou brancas após já terem deixado de ser dejeções meconiais, devem ser alvo de avaliação), sendo explicado à puérpera que esta referência demonstra uma boa transferência de leite materno e que a mamada está a ser eficaz. Foi ainda demonstrada a correta mudança de fralda e avaliação da mesma para perceber a aquisição de conhecimentos.

Peso corporal – avaliado diariamente enquanto o recém-nascido está internado, avaliando a perda de peso ponderar. Instruir as mães de que a perda até 10% do peso de nascimento é uma perda normal e que apenas se torna preocupante se não for recuperado até ao 20º dia de vida.

Avaliação da mamada e/ou preparação do leite artificial (LA) – a avaliação da mamada foi realizada como descrito anteriormente. Em mulheres que não queriam amamentar ou que fossem orientadas para administração de LA por motivos clínicos, foram realizados ensinamentos sobre a preparação do LA, assim como a higienização do material de preparação.

Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU) – avaliado na tarde do último dia previsto do internamento do recém-nascido. O RANU é utilizado para detetar perda auditiva igual ou superior a 35dB HL no melhor ouvido, devendo ser realizada ao nascer ou, no máximo até 30 dias após o nascimento (Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil - GRISI, 2007). No hospital onde foi realizado este estágio a metodologia utilizada é a avaliação das otoemissões acústicas (OEA) em ambos os ouvidos. O rastreio funciona segundo o binómio “passa/refere”, que se após avaliação o resultado for “passa” a informação é apenas descrita no boletim de saúde do recém-nascido, já se o resultado for “refere” a família é referenciada para uma reavaliação posterior, cumprindo o esquema de organização do RANU, descrito pelo GRISI (2007).

Diagnóstico Precoce – realizado na unidade hospitalar apenas se o recém-nascido não tiver alta prevista até ao 6º dia de vida. O comumente conhecido por teste do pezinho, deve ser realizado preferencialmente entre o 3º e 6º dia de vida, tendo por objetivo o diagnóstico de doenças graves que são difíceis de diagnosticar e que podem levar a alterações hepáticas, neurológicas e outras, sendo atualmente rastreadas 24 doenças. (Programa Nacional de Rastreio Neonatal, s.d.)

Colheita de Espécimes – realizada quando solicitada pelo pediatra, mais recorrentemente colheita de sangue ou de urina. Procedimentos explicados aos pais quando necessário. Durante o internamento a maior parte destes procedimentos foram realizados para avaliação de bilirrubinas, para despiste de icterícia, e avaliação de glicemias capilares no recém-nascido, para despiste de hipoglicemia neonatal em bebés macrossómicos, prematuros, filhos de mãe diabética, com RCIU, com doença grave ou que sofreram asfixia, segundo protocolo em vigor no serviço.

Administração de vacinas – segundo as recomendações da OMS (2017) todos os bebês devem receber a primeira imunização do Vírus da Hepatite B (VHB) assim que possível após o parto, por este motivo esta vacina é administrada no dia previsto da alta do recém-nascido e registado do livro de vacinas do bebê. A vacina contra a tuberculose (Vacina Bacilo Calmette-Guérin - BCG), atualmente apenas é administrada a recém-nascidos de risco após questionário à puérpera, verificando a elegibilidade do RN, seguindo a recomendação da OMS (2017). Durante o ensino clínico não houve puérperas elegíveis para a administração desta vacina.

Ensinos sobre sinais de alarme no RN - gemido e/ou choro persistente; apneia (pausa respiratória superior a 20 segundos acompanhada por cianose); dificuldade respiratória (respiração ruidosa, estridor, pieira; adejo nasal, retração inter/infracostal); vômito em jato; dificuldade ou recusa persistente em mamar; hiper ou hipotermia (temperatura axilar > a 38°C, ou < a 36°C, respetivamente); alterações da cor (palidez acentuada, pele marmoreada, cianose, exantema); hipotonia acentuada; sonolência persistente, que interfere com a alimentação; cheiro fétido ou rubor peri umbilical; ausência de dejeções durante um período superior a 3 dias ou de cor branca, vermelha, ou preta (após deixar de ter dejeções meconiais); convulsões (Cordeiro, S., 2020).

No último dia de internamento são realizados ensinos de alta, no entanto, como ia realizando os ensinos ao longo do dia, este momento surgia muitas vezes como revisão/confirmação de aquisição de conhecimentos acerca dos sinais de alarme da evolução do puerpério, quer de sinais de alarme com o recém-nascido. Nos ensinos já realizados excetuam-se os ensinos inerentes à alta segura com ensinos relativos à prevenção de acidentes e transporte seguro com sistema de retenção homologado (realizados ensinos no simulador do serviço), que são realizados nestes últimos contactos com a mulher/casal, assim como os ensinos relativos à consulta de revisão puerperal e a marcação do diagnóstico precoce do RN. Considero este último contacto essencial para que o casal saia empoderado e dotado de conhecimentos fundamentais para uma melhor e mais facilitadora vivência do puerpério.

Conforme realizado em todos os ensinos clínicos até aqui, e tendo em conta a individualidade de cada puérpera/casal/família, tentei sempre adequar a linguagem a cada uma delas, em função das suas características biopsicossociais, espirituais e culturais, sem realizar qualquer juízo de valor. Considero que criei uma relação empática e de confiança com as utentes internadas no serviço, mostrando-me sempre disponível para responder as suas necessidades naquele momento.

Na sua globalidade o ensino clínico de Enfermagem em puerpério decorreu de forma muito positiva, sendo um local de estágio que me motivou a continuar com o desenvolvimento deste ciclo curricular, uma vez que no fim do ensino clínico anterior me senti desanimada para o término do mesmo. Sinto que o puerpério é uma área em que me sinto muito confortável e me deixa mais à vontade quer na relação com a puérpera quer nas intervenções a ser implementadas. Enquanto enfermeira perceciono que o EEESMO é essencial para uma saudável transição para a parentalidade e para que esta transição ocorra o mais calmamente possível e/ou de acordo com o esperado pela mulher/casal.

1.5. Enfermagem em Sala de Partos

No que diz respeito ao decorrer do ensino clínico de Enfermagem em Sala de Partos, este teve a duração de 18 semanas, perfazendo a totalidade de 432 horas de contacto, com início a 01 de agosto e término a 30 de novembro. Os turnos foram realizados sob orientação de 4 EEESMO do serviço de bloco de partos de um hospital do centro do país.

Durante estas 18 semanas pretendi ter uma participação ativa no meu processo formativo, desenvolvendo competências genéricas e específicas na prestação de cuidados da mulher e do recém-nascido na sala de partos. Este estágio tem como objetivo específico “proporcionar experiências clínicas que possibilitem ao estudante, utilizar os conhecimentos e as técnicas, mais adequadas à prática de enfermagem especializada no cuidar a parturiente/família durante o trabalho de parto e parto eutócico e distócico; à puérpera; recém-nascido normal e de risco” (Plano de Atividades do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, 2023, p. 9).

De forma geral, este estágio visa proporcionar experiências de aprendizagem em contexto de enfermagem em sala de partos e possibilitar, mobilizar e desenvolver “competências no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina” dando assim, suporte às intervenções de enfermagem nos momentos antes, durante e após o parto, tendo em conta cada parturiente/puérpera/recém-nascido/família e as suas especificidades. (Plano de Atividades do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, 2023, p. 9).

Conforme descrito nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica (2022), o EEESMO “cuida da mulher durante o

trabalho de parto, garantindo a assistência em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do feto/recém-nascido e contribuir para uma experiência de parto positiva”, assim como cuida da pessoa significativa que acompanha a parturiente para uma experiência positiva de apoio no parto. Deste modo o EEESMO é considerado um elemento-chave na prestação de cuidados de saúde especializados durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, tanto no cuidado à parturiente/puérpera, como ao feto/recém-nascido e pessoa significativa.

No meu primeiro turno no Serviço de Bloco de Partos foi-me apresentada a estrutura física global do serviço, sendo este constituído, atualmente, por sete quartos operacionais, onde a parturiente é acolhida e onde decorrerá a vigilância do trabalho de parto (TP), o parto e o pós-parto imediato. Todos os quartos são dotados de uma cama, mesa do recém-nascido, mesa de apoio onde se encontra material necessário para a vigilância do TP e ainda um cadeirão para que se possa também alojar a pessoa que acompanha a parturiente durante toda a sua estadia na sala de partos. Existem ainda dois quartos de pós-parto imediato, para onde as parturientes são transferidas para realizarem uma refeição leve antes da transferência para o serviço de Obstetrícia. Para além destas áreas inerentes à prestação de cuidados à parturiente/puérpera, a sala de partos é ainda composta por uma sala de enfermagem, sala de medicação, zona de armazenamento de material, zona dos sujos e wc do pessoal. Conhecer estes locais assim como a função dos materiais e equipamentos disponíveis permitiu-me ser um elemento mais ativo e facilitador na prestação de cuidados especializados em situações de urgentes e fora da minha área de atuação.

Para desenvolvimento de competências inerentes à estrutura funcional da sala de partos e para a melhoria contínua de qualidade senti a necessidade de conhecer os protocolos, normas, regulamentos e recursos utilizados na prestação de cuidados especializados existentes no serviço, permitindo-me adequar também as minhas práticas a estes protocolos e regulamentos, e assim indo ao encontro do despacho 5613/2015 que define qualidade em saúde como “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.”. Conhecendo estes protocolos, normas e regulamentos foi-me também mais fácil perceber a filosofia de trabalho do serviço, permitindo-me envolver na metodologia de trabalho e organização dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, participando e mostrando-me como elemento ativo durante este ensino clínico.

Indo ao encontro das competências comuns do enfermeiro especialista, considero que procurei atuar de forma correta na forma de ser, estar e comunicar, desenvolvi e demostrei qualidades humanas e competências interpessoais, responsabilidade, prática profissional, ética e legal, tendo em conta o código deontológico do enfermeiro, emanado pela OE, na prestação de cuidados holísticos à mulher.

Desde o primeiro dia que as minhas enfermeiras orientadoras foram fundamentais para a minha integração gradual no serviço e considero que com o tempo estabeleci uma relação empática e interpessoal com as mesmas, conhecendo os diferentes profissionais intervenientes no serviço e colaborando sempre com os mesmos. Todos me fizeram sentir como novo elemento da equipa, e sempre disponíveis para esclarecimento de qualquer dúvida, sendo fundamental e gratificante para o meu crescimento, quer a nível pessoal, quer enquanto futura EEESMO. As enfermeiras orientadoras mostraram estar extremamente disponíveis para que conseguisse ter o maior número de experiências possíveis, para atingir os objetivos a que me propus inicialmente e para que este estágio tenha sido tão rico a nível de conhecimentos e aprendizagens.

Ao longo destas 18 semanas considero que demonstrei interesse na aprendizagem, disponibilidade, respeito, autonomia, sentido crítico e espírito de equipa nas minhas ações, sendo que também fui sempre falando com as minhas orientadoras de forma a refletir sobre a minha atuação e o que poderia melhorar na mesma.

Para a promoção da construção de competências técnicas e científicas no âmbito da área de sala de partos” e tendo por base o artigo 88, alínea c), do código deontológico de enfermagem o enfermeiro assume o dever de “manter atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e profunda nas ciências humanas”, dando resposta ao domínio do desenvolvimento de aprendizagens durante todo o estágio, refleti juntamente com as enfermeiras orientadoras, sobre lacunas no conhecimento e nos cuidados específicos prestados de forma a criar motivação para a mudança, sendo realizada pesquisa específica e estudo diário para consolidação de conhecimentos teórico-práticos.

Como já referido anteriormente, as enfermeiras que me orientaram foram essenciais para o colmatar de dificuldades, esclarecendo as minhas dúvidas sempre que necessário. Considero que fui aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem e tomei iniciativa para que tal fosse possível.

O acolhimento da parturiente neste serviço deverá ser sempre o mais personalizado possível, já que é neste serviço que passam por uma transformação grande das suas vidas. Desde a admissão das utentes que procurei adequar a minha linguagem à individualidade de cada uma delas, criando uma relação empática com as mesmas, assim como a pessoa significativa que a acompanha. Da mesma forma, aquando o início de cada turno, tinha sempre em atenção ir conhecer todas as parturientes presentes na sala de partos, para a criação de uma relação empática e de confiança. Percebi que esta forma de atuar me foi muito benéfica, uma vez que a adoção desta postura permitiu que as parturientes se encontrassem mais calmas e colocassem mais as suas dúvidas sem medo de serem julgadas.

Outro aspeto que percebi ser também imprescindível para a confiança das parturientes foi o garantir da sua privacidade e dignidade aquando da realização de procedimentos que as expunham, uma vez que muitas delas se sentiam demasiado expostas, mas não o diziam verbalmente. Isto permitiu a promoção de um ambiente seguro à exposição de preocupações, assim como da explanação de como idealizavam o seu TP, quando não tinham um plano de parto por escrito, permitindo-nos também ajustar a nossa atuação aos seus desejos.

Sendo cada mulher única e ter encontrado mulheres com diferentes níveis socioeconómicos e diferentes características biopsicossociais, espirituais e culturais, tive necessidade de adequar não só a minha linguagem, mas também os ensinamentos e adotar estratégias de acordo com as necessidades da mulher e família em causa. As situações mais desafiadoras foram sempre situações em que as díades parturiente/acompanhante não eram portuguesas e para além da linguagem por vezes ser uma barreira à comunicação, os ensinamentos e as necessidades das mesmas eram diferentes de outras díades.

O parto é um período importante no cuidado materno e obstétrico, e os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica desempenham um papel fundamental nesse contexto. São os EEESMO que detêm conhecimentos aprofundados sobre os cuidados durante o trabalho de parto e parto, sendo responsáveis por fornecer suporte e assistência às mulheres durante este período de fragilidade da mulher e antecipação do próprio parto.

O trabalho de parto é definido como um conjunto de fenómenos que conduzem ao apagamento cervical, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto pelo canal de parto até à sua expulsão, sejam estes fenómenos espontâneos ou fisiológicos (Fatia A. & Tinoco, L., 2021). No serviço de bloco de partos, as grávidas chegam através do serviço de urgência de Obstetria e Ginecologia, sendo admitidas quando está instalado o TP ou para indução do mesmo, quando as grávidas atingem as 41 semanas de gravidez.

É considerado início do TP quando se instalam contrações uterinas regulares, habitualmente dolorosas, em frequência regular concomitantemente com o apagamento e consequente dilatação do colo do útero (Fatia A. & Tinoco, L., 2021). O TP é dividido em três estádios: **apagamento e dilatação do colo** (tendo início com a instalação de contrações uterinas que culmina com dilatação completa do colo), **período expulsivo** (desde a dilatação completa até à expulsão do feto) e a **dequitação** (da expulsão do feto até à expulsão da placenta e membranas). O primeiro estágio – apagamento e dilatação do colo – é dividido em duas fases distintas, a fase latente e a fase ativa. A fase latente decorre desde a instalação de contrações regulares até ao apagamento total do colo e até cerca de 3 cm de dilatação, enquanto a fase ativa é a fase subsequente à latente, desde os 3cm de dilatação até à dilatação completa, sendo esta uma fase de maior ritmo (Machado, M. & Graça, L., 2017).

Conforme referido anteriormente, as parturientes dão entrada na sala de partos através do serviço de urgência de Obstetrícia e Ginecologia após diagnóstico de início do TP ou para indução do mesmo. As parturientes chegam habitualmente acompanhadas pelo EEESMO de serviço do serviço de urgência que faz um resumo do motivo de internamento e após este momento as mulheres e a sua pessoa de referência são acolhidas e integradas no serviço, sendo-lhes apresentado o quarto onde vão ficar durante todo o TP e puerpério imediato e o restante serviço por onde podem deambular durante o primeiro estágio do trabalho de parto. Após o acolhimento, é colocado o primeiro RCT para primeira avaliação do bem-estar fetal e é realizada a colheita de dados sobre a parturiente e do pai do bebé a nascer (profissão, grupo sanguíneo, antecedentes de relevância). Considero este momento de admissão crucial para a criação de uma relação empática e de confiança com a mulher/casal, sendo o momento onde lhes é explicado sumariamente como é previsto decorrer o parto e o pós-parto, e é dada a abertura para a colocação de dúvidas sobre o mesmo. A relação de confiança com o EEESMO é essencial para o decorrer de um TP e parto conforme da melhor forma possível num momento de grande vulnerabilidade e transformação da vida da mulher/casal.

Neste primeiro contacto tive o cuidado de questionar sempre a existência de plano de parto para cumprimento do mesmo e esclarecimento de dúvidas, e na inexistência do mesmo tentei questionar sempre as expectativas da mulher para o decorrer do trabalho de parto de modo a tentar realizar um plano de parto informal, atuando de acordo com o plano de parto estabelecido pela mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. Do mesmo modo foram colhidos os dados sobre o GTPAV, participação em sessões de preparação para o

parto, alterações significativas do decorrer de uma gravidez normal, resultados serológicos e dados ecográficos da gravidez.

O parto é um acontecimento marcante na vida da mulher, originando mudanças físicas, sociais e psicológicas na parturiente. A assistência centrada nas necessidades da mulher e não apenas nos procedimentos torna-se essencial para valorizar a individualidade de cada uma delas, levando a uma assistência de qualidade durante o internamento na SP (Amaral, A. & Martins, C., 2016). Neste sentido a todas as parturientes internadas na sala de partos tentei sempre assistir às suas necessidades, como a nutrição das parturientes, fornecendo a cada uma delas a alimentação definida pela equipa multidisciplinar tendo em conta do desenvolvimento do TP. Segundo Amaral, A. & Martins, C. (2016), para além de não existir evidência que apoie a prática do jejum da parturiente, a ingestão de comida e bebida permite à mulher sentir-se saudável e ativa durante o trabalho de parto, devendo ser mantida a alimentação enquanto não existir fator de risco sugestivo de necessidade de anestesia geral. Após colocação de cateter epidural e o início da administração de opiáceos é recomendado reduzir a ingestão de alimentos, visto que estes parecem retardar o esvaziamento gástrico.

Segundo a orientação n.º 002/2023 de 10/05/2023 da Direção-Geral da Saúde (2023), a vigilância do TP de baixo risco é da responsabilidade do EEESMO. Deste modo, e indo ao encontro desta orientação, durante o primeiro estágio do TP prestei cuidados especializados de enfermagem à grávida como: avaliação da estática fetal (através das manobras de Leopold); colocação e interpretação de RCT (colocado durante 30 minutos para vigilância materno-fetal e suspenso durante 1 hora para promover a verticalização, deambulação, gestão das necessidades individuais da mulher como a alimentação e descanso – procedimento realizado apenas se grávida de baixo risco e/ou sem indicação de monitorização contínua); avaliação de sinais vitais 1x turno, ou conforme protocolo tendo em conta a existência de patologias associadas à gravidez, e sempre que necessário; avaliação do nível de dor; incentivar a mobilização e verticalização; informar sobre medidas farmacológicas e não-farmacológicas de alívio da dor; fornecer e instruir para o seu uso, material de medidas não farmacológicas da dor, como bola de partos, disponível no serviço; consultar plano de parto; consultar e/ou registar em partograma (avaliação das características do colo do útero, após realização de exame vaginal com intervalos adaptados às queixas da parturiente); realização de esvaziamento vesical após colocação de cateter epidural (3/3h); cateterização de veia periférica quando necessário; colheita de espécimes; respeitar a fisiologia do TP; implementar intervenções de promoção de conformo e bem-estar da mulher e acompanhante; registar as intervenções realizadas em folha

de registo específica de enfermagem e no partograma; identificação de sinais de desvio à normalidade e respetiva referenciação das situações para além da minha área de atuação.

De modo geral foi-me facilitador a realização deste estágio após a realização do ensino clínico de patologia materno-fetal, já que me permitiu desenvolver e prestar cuidados especializados em parturientes com patologia das associadas à gravidez, mais facilmente, com mais autonomia e mais segura na realização dos mesmos. Sendo a pré-eclampsia, a diabetes gestacional e a rutura prematura de membranas a grande maioria das patologias que encontrei neste serviço.

Em mulheres admitidas com pré-eclampsia realizei monitorização de tensão arterial de 4/4horas, ou quando necessário, vigilância e realização de ensinamentos de sintomas sugestivos de PEC. Quanto a parturientes com diabetes gestacional foi instituído e cumpri o protocolo do serviço, que é baseado nos consensos “Diabetes gestacional”: Atualização 2017, iniciando perfusão de soro polieletrólítico com glicose a 125ml/h por bomba perfusora, assim que são admitidas no serviço, avaliação de glicemia capilar de 4/4horas e administração de insulina subcutânea, segundo esquema, se DG sem insulino-terapia, ou avaliação horária e administração de insulina por perfusão de 50UI de insulina regular (Actrapid) em 50ml de NaCl com débito variável segundo valores de glicémia, em parturientes com DG insulino-tratadas.

A orientação nº 002/2023, de 10 de maio, da Direção Geral da Saúde, referem que os exames vaginais na fase latente do TP devem ser realizados com intervalos adaptados às queixas da parturiente. Inicialmente foi na observação ginecológica através de toque vaginal que senti maiores dificuldades. Este exame obstétrico é utilizado para determinar a progressão do trabalho de parto e diagnosticar complicações, no entanto por vezes não me sentia segura na determinação, quer na quantificação da dilatação quer da estática fetal (variedade – posterior, anterior ou transversa; posição – direita ou esquerda), sendo um processo que tive de aprimorar e desenvolver com bastante resiliência durante todo o ensino clínico. A realização deste exame foi sempre explicada à parturiente e solicitado o seu consentimento para a realização do mesmo, e apenas era realizado quando a parturiente apresenta sinais/sintomas como aumento do corrimento sanguinolento, rutura de membranas, intensidade, duração ou frequência das contrações, ou sensação de pressão no reto; antes de colocação de cateter epidural; para determinação da evolução do TP, ou perante um RCT não tranquilizador (Manual de procedimentos do serviço de obstetrícia). Tenho consciência de que poderia ter tido mais oportunidades de avaliação das características do colo e da progressão do TP, no entanto, a equipa médica a maioria das vezes quando inicia o turno, sendo que após esta avaliação, não

existindo necessidade de avaliação (pelos motivos expostos anteriormente) não realizava toques vaginais com tanta frequência. A mesma norma, refere que na fase ativa o toque vaginal deve ser realizado de 4/4 horas, no entanto, no serviço onde realizei o ensino clínico esta avaliação era feita por parte dos EEESMO, apenas aquando existência de queixas que justifiquem a avaliação. Todas as avaliações realizadas foram registadas em partograma. Ainda sobre o toque vaginal, senti uma abertura da parte das mulheres muito grande quando lhes questionava se o podia realizar e explicava que estava em processo de formação, e a grande maioria permitia essa observação por mim, deixando-me mais à vontade na realização do mesmo.

A todas as parturientes fui explicando, instruindo e auxiliando na gestão da dor através de medidas não farmacológicas de alívio da dor, como o caminhar, o duche quente, técnicas de relaxamento e uso da bola de partos. No entanto, a grande maioria das mulheres solicitaram a colocação de cateter epidural para alívio da dor, que era realizada consoante o estadio do TP e a impossibilidade de alívio da dor sentida pela parturiente. Neste sentido, colaborei com o anestesista durante todo o procedimento, prestando cuidados de enfermagem especializados na analgesia do TP e parto, preparando o material necessário para a analgesia, posicionando a parturiente para o procedimento, monitorizando o bem-estar materno-fetal durante a sua realização, vigiando a frequência cardíaca e tensão arterial materna, do RCT e despistando complicações precoces da colocação do cateter epidural (Guerra, A., 2021). Senti um grande envolvimento com a equipa de anestesista, que mesmo não sendo da minha área de intervenção, me foram explicando os procedimentos e me ajudando quando tinha alguma dúvida no material que era utilizado. Após colocação do cateter epidural é administrada uma dose de opióides que permitiu um alívio das mulheres, dando-lhes um pouco de descanso e capacidade de ganharem novas forças para o momento do parto em si. Alguns anestesistas do serviço, após colocação do cateter epidural iniciam logo perfusão de medicação para alívio de dor, no entanto este procedimento cinge as mulheres ao leito, não permitindo a verticalização e deambulação das mesmas, no entanto os anestesistas mais novos do serviço, começam a introduzir a walking epidural – técnica anestésica em que a grávida pode mover-se livremente durante o TP, participando mais ativamente no nascimento do bebé (Sequeira et al., 2020) - sendo possível ver mulheres não confinadas à cama após realização de analgesia loco-regional.

Por vezes, o TP não culminou em partos eutócico, sendo que para além da assistência e receção do RN em partos distócicos, quando o TP culminava numa cesariana por falta de progressão fetal, condição materna ou fetal não tranquilizadora, tentativa frustrada de indução do TP, TP estacionário ou suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, preparei a utente para

este tipo de parto, colocando cateter urinário, meias de compressão, monitorização em aparelho de transporte e explicava a situação, apoiando a parturiente e seu significativo ao longo do processo. Após preparação da parturiente, tive oportunidade de as acompanhar ao bloco operatório da instituição onde realizariam a cesariana.

Assistir o parto vaginal/parto normal é uma das funções especializadas do EEESMO, sendo o parto vaginal realizado pelos mesmos, definido como o parto de início espontâneo, de baixo risco desde o seu início até ao nascimento, entre as 37 e as 42 semanas, em que o bebé nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice (Amaral, C. F. et al, 2020). O EEESMO deve encorajar a parturiente a ouvir o seu próprio corpo enquanto intervala esforços expulsivos (EE) com períodos de descanso, num ambiente calmo, sossegado, na posição que lhe for mais conveniente/desejar e é explicado que o nascimento é o objetivo final dos procedimentos a realizar. O EEESMO deve verificar sinais clínicos do 2º estadio do TP (dilatação completa, vontade expressa da parturiente de realizar esforços expulsivos, contrações ritmadas e intensas); operacionalizar o material necessário à execução do parto e aos cuidados ao recém-nascido (trouxa de parto, kit de parto, pano aquecido para o RN, etc.); confirmar se o material está apto para receção do RN (para além da verificação diária realizada no início do turno da manhã); preparação de 10UI de ocitocina em 100ml de NaCl, conforme protocolo do serviço, para administração após a dequitação.

Quando se inicia a segunda fase do TP e a mesma é confirmada, o parto deve ser adequado aos desejos da parturiente tendo em conta as condições da instituição, assim a mulher deve adotar a posição que preferir para o parto – sendo na minha experiência a maioria realizados em decúbito dorsal com pernas, no entanto muitas parturientes começam a pedir a adoção da posição lateralizada ou cócoras na cama durante a fase ativa do TP, não sendo muito usual a manutenção destas posições após o afloramento da apresentação fetal à vulva – neste momento EEESMO responsável pelo parto equipa-se e prepara todo o material na mesa de apoio pela ordem de utilização, iniciando-se assim a assistência/colaboração da parturiente, por parte do EEESMO, no seu parto.

Cumprindo a orientação nº 002 de 2023, da Direção Geral da Saúde, no momento em que a apresentação aflora à vulva, estão presentes na sala de partos pelo menos 2 profissionais de saúde, um responsável pelo parto e outro responsável pelos cuidados ao recém-nascido (RN); quando o parto é realizado por enfermeiros especialistas, ambos os profissionais são EEESMO, apenas são contactados profissionais como médicos obstetras ou pediatra se a situação estiver para além do âmbito das competências do EEESMO. Existem situações expressas que excluem

a classificação de parto normal como a utilização de instrumentos (fórceps ou ventosa), sendo estes denominados de distócicos, a necessidade de anestesia geral e cesariana (Amaral, C., et al, 2020). Nestas situações o parto é da responsabilidade dos médicos obstetras, assistidos pelo EEESMO que recebe o RN, juntamente com um pediatra, que realiza a primeira avaliação do RN logo após o nascimento.

Durante o período expulsivo, a parturiente é incentivada a realizar esforços expulsivos aquando das contrações e relaxar no intervalo das mesmas, permitindo que esta descanse e dando um reforço positivo à parturiente durante este período; o EEESMO mantém uma atitude expectante ou fisiológica, privilegiando o “puxo livre” e, se este for ineficaz, estimular o “puxo dirigido”, sem friccionar os tecidos, deixando a apresentação progredir (Amaral, C., et al, 2020). Relativamente ao “puxo livre”, depois de alguns turnos percebi que era essencial ser conversado/explicado à parturiente antes do início do período expulsivo como deveriam realizar os esforços expulsivos, pois muitas das parturientes sentiam-se inseguras e não sabiam como realizar “puxos livres”. Então, para além da realização deste ensino prévio às parturientes, também durante o parto tentei orientar para uma realização correta destes esforços, alternado com o descanso e respiração mais calma, mantendo sempre monitorização fetal e materna.

Na fase de coroamento tive sempre em atenção a proteção do períneo, aplicando pressão uniforme com a mão, para minimizar a possibilidade de lacerações, realizando a manobra de Ritgen – com a mão dominante proteger o períneo, com a outra desencravar as bossas parietais e sustentar o occipito do feto (Amaral, C., et al, 2020) – recorrendo apenas à técnica da episiotomia quando expressamente necessário. Na minha prática estas situações foram poucas, no entanto foi sempre explicado à parturiente e pessoa significativa a necessidade da sua realização, solicitado consentimento para tal e identificando o momento oportuno para a realização do procedimento, de forma a minimizar a perda sanguínea – quando o pólo cefálico distende o períneo (coroação) e durante a contração - a ferida cirúrgica (episiotomia) deve ser realizada segundo a técnica europeia (médio-lateral), num ângulo de 45° relativamente à linha mediada, com uma incisão de 3-4cm que deve ser iniciada na fúrcula inserindo o dedo indicador e o médio entre a parede vaginal e o pólo cefálico e executando a incisão entre os dedos (Mascaranhas, C. & Rua, M., 2020)

Procedi ao controlo da saída do feto com pressão manual suave e após a expulsão da mesma pesquisei sempre a eventual existência de circulares cervicais do cordão, introduzindo o dedo médio e indicador na região cervical do feto. Por vezes senti alguma dificuldade em avaliar a presença destas circulares especialmente quando eram apertadas, mas após

identificação das mesmas agi sempre celeremente para a resolução das mesmas conforme técnicas descritas por Amaral, C., et al (2020): se circular apertada – risco de asfixia – clampar o cordão em dois locais distintos com pinças de Kocher, seccionar entre elas e desenrolar o cordão do pescoço antes de prosseguir com o nascimento; se circular larga – procurar obter algum cordão exteriorizado para que possa ser removida e colocado para trás do tronco, ou removido, passando pela cabeça sem que haja estiramento. Após a restituição cefálica, procedi à liberação do ombro anterior e posterior, mantendo sempre o períneo protegido. Após o nascimento procedi à desobstrução das vias aéreas do RN através da espremedura torácica – compressão torácica desde a base do esterno até à boca e nariz – e apenas quando indicado se deve realizar a aspiração mecânica (casos de mecónio espesso, muitas secreções, RN sem movimentos respiratórios eficazes ao final do 1º minuto de vida, chamando o pediatra nestas situações) (DGS, 2023).

Após o nascimento, e sempre que possível, o RN é colocado sobre a mãe e coberto com pano aquecido, favorecendo o vínculo precoce, através do contacto pele-a-pele com a mãe, sendo posteriormente realizada a laqueação do cordão umbilical após este parar de pulsar (cerca de 3 minutos). A DGS (2023) refere que esta laqueação deve ser realizada passados 1-2 minutos do nascimento ou até o cordão parar de pulsar, se a puérpera assim o desejar, à exceção de quando o RN nasce hipotónico, não têm movimentos respiratórios eficazes, malformação major, existe suspeita de restrição de crescimento fetal grave, ou rotura do cordão umbilical. A OMS (2017) refere que o clampe tardio do cordão é recomendado em todos os partos, enquanto se iniciam em simultâneo os cuidados essenciais ao RN, e que o clampe precoce (<1 minutos) só é recomendado em situações de asfixia ou necessidade de reanimação imediata do RN. Os acompanhantes das puérperas foram sempre questionados se queriam cortar o cordão umbilical e estes momentos foram muitas vezes os mais ternurentos e de emoção que assisti ao longo de todo o estágio, para além de sentir que estes se sentiam incluídos e um agente ativo no parto, muitas vezes, se o acompanhante fosse o pai, víamos o nascer de um novo membro da família e sempre foi dos momentos de maior felicidade de todo o ensino clínico. Foi ainda realizada colheita de sangue do cordão umbilical para determinação de grupo sanguíneo e teste de coombs direto, quando a puérpera Rh negativo e ainda para colheita de células estaminais, segundo as instruções de cada empresa.

Enquanto a mãe e o bebé se encontram a realizar o contacto pele-a-pele, o EEESMO/responsável pelo parto aguarda pelo 3º estágio do TP, a dequitação, que se inicia é caracterizada pelo deslocamento da placenta da parede uterina para o segmento inferior e/ou

vagina, e se dá a expulsão da mesma juntamente com as membranas, pelo canal de parto, podendo ser expulsa por um dos dois mecanismos diferentes: Schutze – a separação da placenta é iniciada pela zona mais central, levando a um hematoma que só é expulso após exteriorização da placenta; Duncan – o descolamento inicia-se pela periferia pelo que existe hemorragia resultante da separação da placenta da parede uterina e só depois se exterioriza a placenta (Machado M. H., & Graça, L. M., 2017). Durante o 3º estágio do TP é importante saber reconhecer os sinais de separação da placenta, como a hemorragia da separação (hemorragia repentina de sangue escuro vinda do introito vaginal); elevação do fundo uterino 2-3 cm acima do umbigo; contrações uterinas; prolongamento evidente do cordão umbilical; útero passa a ter forma ovoide em vez de discoide. Assim, durante este estágio estive atenta aos sinais de descolamento placentar, quando necessário realizei a manobra de Brandt-Andrews (tração cuidadosa e controlada do cordão umbilical, realizando concomitantemente pressão suprapúbica moderada, ajudando à descida da placenta e prevenindo a inversão uterina); segurei a placenta durante a sua exteriorização recorrendo à manobra de Dublin (fazer movimentos de rotação no sentido do relógio, envolvendo as membranas em si próprias, para ajudar a exteriorização completa e intacta das membranas); verifiquei a formação do globo de segurança de pinard; observei e quantifiquei perdas sanguíneas e observei sempre rigorosamente a placenta para perceber a integridade total da mesma e posterior expressão uterina, promovendo a saída de coágulos que possam ter permanecido no útero. Estas intervenções são de extrema importância uma vez que podem minimizar as complicações pós-parto como a retenção de fragmentos placentares, hemorragia pós-parto, atonia uterina, placenta retida, inversão uterina e coagulopatias (Sequeira et al, 2020). Após a dequitação são administradas as 10UI de ocitocina previamente preparadas no início do período expulsivo, para ajudar a contratilidade uterina, melhorando o tônus uterino e o controlo hemorrágico do mesmo.

Após a dequitação é o momento de corrigir lacerações e/ou episiotomia, recorrendo à perineorrafia, que tem a função de manter o encerramento dos tecidos lesionados, promovendo a cicatrização por primeira intenção, controlando a hemorragia e reduzindo o risco de infeções (Kettle et al, 2010, cit in Mascaranhas, C., 2020). Torna-se assim importante ter em conta alguns pressupostos explicitados por Mascaranhas, C. (2020) como: assegurar a técnica asséptica para prevenção das infeções; inspecionar cuidadosamente o períneo, identificando a presença das lesões, anestésiar local se a mulher não estiver sob o efeito de analgesia epidural, laquear vasos sangrantes, efetuar corretamente a sutura do traumatismo perineal restabelecendo a continuidade dos tecidos lesionados de forma a melhorar o controlo hemorrágico e a

cicatrização por primeira intenção. A ter em conta que o encerramento do traumatismo segue a ordem, respeitando a anatomia vaginal, a iniciar 1cm acima do ápex da lesão vaginal na mucosa vaginal, seguindo-se a sutura dos músculos vaginais e por fim é realizada a sutura da pele perineal. Estas técnicas são executadas com fio de sutura absorvível, que apenas necessita de ser vigiada. Por fim, deve-se examinar a sutura realizada para despiste de complicações e ainda higiene perineal.

A perineorrafia foi um dos grandes desafios deste ensino clínico, já que para além de necessitar de grande conhecimento das estruturas anatómicas requer muita destreza e treino. Para mim foram essenciais tanto a orientação das minhas tutoras na correção perineal, quer a disponibilidade de alguns elementos da equipa médica e de enfermeiros que quando realizavam perineorrafias me iam sempre informando das técnicas que estavam a utilizar e o motivo pelo qual o faziam. Esta abertura de toda a equipa deu-me um incentivo e conhecimento extra para o desenvolvimento destas técnicas, também em casa treinando com material de apoio, e indo cada vez mais confiante para a prática da episiorrafia com o decorrer do ensino clínico. Quando era necessária a realização de episiorrafia, priorizei a explicação à mulher do tipo de laceração que tinha e iniciei a realização de ensinamentos com os cuidados a ter com a sutura como a aplicação de gelo local, uma boa higiene vaginal com água tépida e respetiva secagem, explicado que os pontos colocados são absorvíveis e que “caem” por eles sem ser necessário qualquer intervenção. Após término da episiorrafia, realizei sempre a inspeção do colo do útero, confirmando a correção de todas as lesões existentes, a inexistência de compressas, coágulos ou restos placentares, e conforme descrito por Mascaranhas, C. (2020), procedi à higiene perineal, recorrendo à aplicação de gelo nas primeiras duas horas pós-parto, quando as puérperas apresentam edema perineal, recorrendo assim à crioterapia para melhoria de sintoma e redução de dor.

Durante os procedimentos acima descritos o EEESMO responsável pelo RN avalia o índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida, sempre que possível sem sair do contacto pele a pele. Por vezes foi necessária realização de uma estimulação do bebé para melhor avaliação, no entanto, sempre que algo não se encontra dentro dos parâmetros de normalidade é contactado o pediatra do serviço para uma avaliação mais pormenorizada do RN. O hospital onde realizei este ensino clínico prioriza um contacto pele-a-pele prolongado, seguindo as recomendações da OMS (2017) deste contacto perdurar pelo menos 1 hora de modo a prevenir hipotermia e promover o aleitamento materno. Aquando partos distócicos ou realizados pelos médicos

obstetras, aproveitei estas oportunidades para ser responsável pelo RN, realizando os procedimentos acima descritos.

Após o parto as puérperas e o RN são transferidos da cama de partos para uma cama nova, e se possível mantem-se no quarto as primeiras 2 horas após o parto, sendo colocado o bebê à mama assim que possível e mantendo o contacto pele-a-pele com a mãe. Neste momento são executados ensinamentos relativos à mamada, sinais de fome e sinais de boa pega, ajudando a puérpera a colocar o seu bebê à mama e avaliando a primeira mamada do RN. Se não for possível, a tríade é transferida para um quarto de pós-parto, onde permanece até realização dos primeiros cuidados ao RN e à puérpera.

Nestas duas horas a puérpera fica sob vigilância de um EEESMO vigiando o puerpério imediato, que é considerado por alguns autores, o quarto estado do TP. Neste período é avaliado o estado geral da mulher, como a postura, expressão facial, estado de ânimo, aparência geral, queixas e dor.

Após este período realizam-se os primeiros cuidados ao recém-nascido como avaliação antropométrica (peso, comprimento, perímetro cefálico), colocação da pulseira de identificação do RN (nome e número de processo da mãe, data e hora de nascimento, sexo, peso do RN), administração de vitamina K intramuscular, para profilaxia de doença hemorrágica, observação do RN com avaliação física de forma a detetar malformações visíveis e avaliação da presença de reflexos primários (moro e preensão palmar; sucção, busca e deglutição - se não tiver ido à mama). Todos estes procedimentos foram explicados à puérpera e seu significativo, sendo que após realização dos mesmos era questionado se o acompanhante, geralmente o pai, queria vestir o RN e assim procedia à realização de ensinamentos sobre a temática ao pai.

Estando o RN com todos os cuidados prestados, habitualmente permanece no colo do pai/acompanhante enquanto são prestados os primeiros cuidados pós-parto à puérpera, sendo realizada a monitorização de sinais vitais, avaliação da formação do globo de segurança de pinard, avaliação do estado do períneo, realizando a higiene do mesmo, avaliação de perdas hemáticas e, se necessário, realizar esvaziamento vesical caso a puérpera não consiga urinar espontaneamente. Caso a puérpera tenha realizado analgesia loco-regional, é retirado cateter epidural, recorrendo à técnica asséptica e são realizados ensinamentos sobre o local da inserção e cuidados a ter. Neste momento tentei sempre questionar as puérperas se mantinham alguma dúvida que necessitava de esclarecimento. Terminada a prestação dos cuidados do RN e da puérpera é ofertada uma dieta ligeira, chá e bolachas, antes da transferência da díade para o internamento de obstétrica.

Ao longo deste ensino clínico tive oportunidade de vigiar várias parturientes com gravidez gemelar, mas a sua grande maioria culminava num parto por cesariana. No entanto, tive a oportunidade de colaborar com a equipa médica em dois partos gemelares, ambos bi-amnióticos (2 bolsas amnióticas) e bi-coriaónicos (2 placentas), sendo que no primeiro parto o primeiro gémeo tinha uma apresentação cefálica e o segundo pélvico, espaçando uma hora de intervalo entre o nascimento de ambos. Este parto para mim foi um dos partos em que colaborei com a equipa médica, que mais me marcou. Para além de ser um parto gemelar que já requer uma grande perseverança por parte da mulher, o desgaste físico, psicológica e emocional detiveram a minha atenção, tentando ajudar na respiração, priorizando os momentos de descanso entre contrações, enquanto o ambiente à volta dela era de grande agitação por parte de toda a equipa, visto que não é muito comum a realização de um parto pélvico no serviço e sendo um parto gemelar causou ainda mais tumulto entre os profissionais. Recordo-me de uma sala cheia de gente, cerca de 5/6 obstetras, 2 EEESMO, eu, 2 pediatras, 1 anestesista, 1 auxiliar e o acompanhante da parturiente, e depois mais dois bebés com boa vitalidade, após um trabalho de parto intenso. O outro parto gemelar com o qual colaborei ambos os bebés, também meninos, tinham uma apresentação cefálica e distaram cerca de 25 minutos entre eles, neste parto senti-me muito mais à vontade na colaboração com toda a equipa e com todo o meio envolvente. Ambos os partos gemelares que descrevi ocorreram à hora de almoço, e recordo que foram as horas de almoço mais intensas do meu estágio, colaborando não só com a minha enfermeira orientadora, mas também com outros EEESMO do serviço que foram inalcançáveis para eu conseguir ter estas oportunidades, que muitas vezes são únicas num ciclo de estudos/estágio tão curto para a especificidade de uma sala de partos.

Ao longo do estágio vigiei trabalhos de partos que tiveram desfechos menos favoráveis, no entanto a que mais me marcou e que me vai ficar para sempre na memória, foi uma parturiente de 45 anos, G2P0, com 39 semanas de gestação, que foi admitida no serviço com foco fetal negativo após uma rutura de membranas superior a 24 horas. Recordo que neste dia fiz o turno da noite e foi vigiado todo o TP desta parturiente, mas sei que senti, em cada contacto, uma dificuldade extrema em gerir as emoções quando saía do quarto deste casal. Cerca de 40 minutos para o fim do turno esta parturiente entrou no período expulsivo e os enfermeiros do serviço questionaram se gostaria de ser eu a assistir a mulher durante o parto, concordei e sentia-me capaz de o fazer. O período expulsivo deu-se rapidamente e às 8h00 deu-se o nascimento do nado-morto, lembro de um momento de silêncio não usual na sala a cada parto que assisti, esse silêncio deu lugar a lágrimas dos progenitores e ambos quiseram pegar

no seu filho no colo e registrar a marca do seu pé em papel. Após todo o parto decorrido sai do hospital e chorei toda a viagem até casa, emocionalmente foi uma noite muito dura para mim, mas também uma oportunidade de grande crescimento e muito enriquecedora.

Os EEESMO desempenham um papel crucial no cuidado das mulheres durante o trabalho de parto e parto, dando resposta às necessidades da mulher durante esta fase, nomeadamente com a avaliação e assistência à mulher e seus significativos, fornecendo-lhes suporte físico, educacional e emocional para uma experiência de parto o mais positiva possível. Nestas situações de desfechos mais desfavoráveis, sinto que o EEESMO deve ser o grande apoio das parturientes e que tem um papel fundamental de como o casal vai viver aquele momento difícil e como se vai recordar dele.

De realçar que durante o ensino clínico conversei com as minhas tutoras e ficou decidido que iria apresentar um trabalho desenvolvido por mim sobre “O Pai na Amamentação – percepções e conhecimentos no seu papel de mediador”, desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Seminário (Apêndice V). Por motivos estruturais da sala de partos e pelas salas de reuniões estarem em obras a apresentação deste trabalho foi protelado para depois do término do estágio até haver condições físicas para tal. Esta apresentação foi realizada no dia 22 de abril de 2024, na sala de reuniões da sala de partos da unidade hospital onde realizei o ensino clínico, para os EEESMO do mesmo.

Todas as experiências vividas ao longo destas 18 semanas de ensino clínico mostraram-me que a obstétrica é uma área de enormíssima complexidade e que requer tempo, prática e treino. Senti que ao longo do tempo e com as experiências que ia tendo ia crescendo cada vez mais quer a nível pessoal quer a nível profissional, sentindo-me cada vez mais confiante e autónoma nos mais variados procedimentos realizados para a vigilância do TP, parto e pós-parto imediato, percebendo que cada dia não só a minhas tutoras, mas também e EEESMO do serviço e os médicos obstetras confiavam em mim e nas minhas intervenções especializadas na área, fazendo-me sentir mais um elemento da equipa do serviço. Terminei este estágio com a sensação de dever cumprido e com a certeza de que esta é a área de enfermagem que me completa de tão bonita que é.

Considerações Finais

Os cuidados centrados na Mulher são essenciais para que a sua vivência durante todo o seu ciclo vital. Ao longo dos ensinamentos clínicos percecionei o quão importante é o empoderamento, não só das mulheres, mas também dos EEESMO, dotando-os de conhecimento para a transmissão clara e eficaz de informação para com as mulheres que acompanham, tendo um olhar holístico durante todo o ciclo reprodutivo, promovendo o seu bem-estar e consciência de si e do seu próprio corpo, levando a tomada de decisões informadas.

Tentei sempre demonstrar espírito crítico, de autonomia e responsabilidade pela minha aprendizagem ao longo destes meses, terminado com a certeza de que tentei sempre ultrapassar barreiras e melhorar o meu desempenho da melhor forma possível. Esta longa jornada, de altos e baixos, de momentos de grande motivação e alguns em que esta me faltou, de sorrisos e também de lágrimas, foi essencial para o meu crescimento pessoal e enquanto EEESMO, tentado com que cada oportunidade que me surgiu de apreender algo novo, aproveitando todas estas para o meu desenvolvimento.

Para além das competências específicas do enfermeiro especialista perceciono que desenvolvi competências comuns dos mesmos e levo esta etapa como uma das de maior impacto para minha vida e garantindo que esta é e será a minha área de eleição de Enfermagem e que um sonho de adolescente pode sempre tornar-se realidade, com perseverança e muita dedicação.

Todos os estágios foram muito enriquecedores para o desenvolvimento das minhas competências teóricas e técnicas a nível da Enfermagem de Saúde Materna, obstétrica e Ginecológica, com o objetivo último o cumprimento das experiências mínimas obrigatórias para aquisição do título de Enfermeiro Especialista. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2021) e como redigido em aviso em diário da República (Aviso nº 3916/2021), o ensino clínico deve incluir, no mínimo, consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais; vigilância/assistência e cuidados pelo menos a 40 parturientes; realização pelo aluno de pelo menos 40 partos, com exceção de situações pontuais de impossibilidade de cumprimento de experiências mínimas; participação ativa em partos de apresentação pélvica (se não for possível deverá realizar formação por simulação do mesmo); prática de episiotomia e iniciação à sutura; vigilância/assistência e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco; vigilância/assistência e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém nascidos normais; observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças pré-termo ou nascidas depois do tempo, bem como recém-

nascidos com baixo peso ao nascer e recém-nascidos doentes; cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia; iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia.

Deste modo e para comprovar a obtenção das experiências mínimas obrigatórias, seguem elencadas na tabela abaixo (Tabela 1) as experiências práticas executadas ao longo dos ensinamentos clínicos de forma à obtenção do título profissional de EEESMO, que reconhece competência científica, técnica e humana, para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021).

Tabela 1 - Experiências realizadas ao longo dos Ensinamentos Clínicos

Experiências mínimas obrigatórias	Experiências realizadas
Consulta de grávida, incluindo 100 exames pré-natais	103 exames pré-natais (Ensino Clínico Promoção da Saúde e de Patologia Materno Fetal)
Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em trabalho de parto	58 mulheres em trabalho de parto , sendo 15 deles colaborados e 43 realizados (Ensino Clínico de Sala de Partos)
Realização de 40 partos	43 partos (Ensino Clínico de Sala de Partos)
Participar ativamente em um ou dois partos de apresentação pélvica	1 parto de apresentação pélvica (Ensino Clínico de Sala de Partos)
Prática de episiotomia/perineorrafia	6 episiotomias e 25 perineorrafias (Ensino Clínico de Sala de Partos)
Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em situação de risco, durante a gravidez, trabalho de parto ou puerpério	83 mulheres em situação de risco (Ensino Clínico de Patologia Materno Fetal e de Sala de Partos)
Vigilância e prestação de cuidados, incluindo exames, a 100 puérperas	151 puérperas (Ensino Clínico de Puerpério e de Sala de Partos)
Vigilância e prestação de cuidados a 100 recém-nascidos normais	138 recém-nascidos (Ensino Clínico de Puerpério e de Sala de Partos)

Parte II - Relatório Final Da Componente De Investigação

Resumo

Introdução: A sexualidade no pós-parto é muitas vezes negligenciada e/ou pouco discutida com as mulheres, sendo essencial a existência desta discussão num momento de maior vulnerabilidade na vida delas. Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica devem ser um facilitador do retorno à sexualidade após o parto, dando informações, prestando apoio e cuidados individualizados a cada mulher tendo em conta as suas necessidades e especificidades.

Objetivos: Mapear a evidência científica existente relativa aos fatores, percebidos pelas mulheres, que influenciam o retorno à sua sexualidade e à sua vida sexual ativa após o parto.

Metodologia: Realizou-se uma revisão scoping de acordo com o método da Joanna Briggs Institute, com pesquisa nas bases de dados científicas: MEDLINE, a CINAHL, a Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Academic Search Complete e a PubMed. Esta pesquisa foi realizada a 27 de novembro de 2024, em português, inglês, espanhol e francês, sem limite temporal, sendo incluídos 12 artigos científicos, após aplicação dos critérios de inclusão definidos.

Resultados: A perpetuação das expectativas negativas e das ideias preconcebidas sobre a sexualidade no pós-parto influenciam o tempo de retorno à mesma. Desta revisão scoping emergem 5 fatores major que impactam o retorno à sexualidade no pós-parto, sendo eles a disfunção sexual, o não se sentirem prontas (física e emocionalmente), a realização da quarentena ou ida à consulta pós-parto, a redefinição de papéis quer da própria mulher quer do casal, e a amamentação. Foram, ainda, percebidos que fatores como a multiparidade, menores níveis de literacia, mulheres com idade mais jovem e existência de períneo íntegro levam a um retorno mais precoce à vida sexual da mulher. O tipo de parto não demonstra ter influência no retorno à atividade sexual no pós-parto.

Conclusão: Existe a necessidade de capacitar os EEESMO para o empoderamento das mulheres nesta fase de maior vulnerabilidade da sua vida e dotá-las de conhecimento para que possam ter uma experiência positiva de pós-parto, desde a sua preparação durante a gravidez até ao seu acompanhamento no período puerperal, explicando os inúmeros fatores que influenciam, maioritariamente negativamente, o retorno à sexualidade no pós-parto.

Palavras-Chave: Mulher; Pós-parto; Sexualidade; Atividade Sexual; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

1. Justificação do Estudo

Durante a realização dos ensinamentos clínicos, nomeadamente o estágio de Enfermagem em Promoção da Saúde da Mulher e o estágio de Enfermagem em Puerpério, apercebi-me que o tema da sexualidade da mulher depois de um parto é pouco debatido. Enquanto as mulheres se encontram na maternidade apenas lhes é dada a informação de que devem esperar até à consulta de revisão puerperal, às 6 semanas pós-parto, para perceber se podem ou não reiniciar a atividade sexual com os seus companheiros e que até lá se devem manter abstinentes. No estágio de Enfermagem em Promoção de Saúde da Mulher também considero que este é um tema pouco debatido, sendo a sexualidade focada nos programas de preparação para o parto e parentalidade voltados para a atividade sexual durante a gravidez e pouco voltada para esta temática no pós-parto.

Ouvir as mulheres sobre a sua sexualidade e os obstáculos que encontram no retorno à sexualidade é também essencial para um olhar integrativo da mulher e o EEESMO deve ser um dos grandes intervenientes para a uma vivência positiva da sexualidade da mulher/casal.

A *International Confederation of Midwives* (2024) que define competências essenciais para a prática da Obstetrícia, reforça que para além das competências gerais, o EEESMO tem ainda competências específicas no âmbito dos cuidados continuados à mulher e ao recém-nascido, educação para a saúde, apoio à amamentação, deteção de complicações, estabilizar e referenciar situações de emergência e providenciar serviços de planeamento familiar, onde a categoria 5a explana que o EEESMO deve dar a conhecer e ter conhecimento sobre os desconfortos comuns do período pós-natal e medidas de conforto, assim como aconselhar sobre a sexualidade e intimidade no pós-parto, fornecer a informação sobre sexo seguro, métodos de planeamento familiar existentes adequados no pós-parto, o espaçamento entre gravidezes, e fornecer informações sobre o seu autocuidado que permitam satisfazer as necessidades do recém-nascido e as suas próprias necessidades.

Neste sentido, o objetivo desta revisão scoping é mapear a evidência científica existente relativa aos fatores, percebidos pelas mulheres, que influenciam o retorno à sua sexualidade e à sua vida sexual ativa após o parto, definindo como questão de investigação: “Quais os fatores que influenciam o retorno à sexualidade no pós-parto?”.

2. Enquadramento Teórico

O puerpério é definido com um conjunto de alterações físicas e psíquicas que ocorrem após o parto durante o qual o corpo retorna ao seu estado pré-gravídico (Ferreira, A., 2021; Centeno, M., 2017) em termos anatómicos e fisiológicos. Habitualmente tem início após a expulsão da placenta e termina 6 semanas depois, no entanto podem manter-se algumas alterações até ao sexto mês após o parto (O'Reilly et al., 2005). As alterações que se podem manter até 6 meses após o parto, incluem, redução do débito cardíaco, diminuição da frequência cardíaca, cessação do estado de hipercoagulação, retorno dos níveis hormonais aos valores normais e lactação (O'Reilly et al., 2005).

Centeno, M. (2017), divide o puerpério em 3 períodos: o puerpério imediato (desde o nascimento até às primeiras 24 horas), puerpério precoce (termina no final da primeira semana) e puerpério tardio (até à sexta semana após o parto). A adaptação a esta fase pode ser influenciada por níveis de energia da mulher, grau de conforto, saúde e bem-estar do recém-nascido, apoio e suporte oferecido por quem a rodeia – família, amigos e profissionais de saúde (Ferreira, A., 2021), sendo o puerpério caracterizado por alterações físicas, emocionais e sociais na vida da mulher (Cercas et al., 2023).

O pós-parto é também definido como um momento muito importante para o casal, sendo um período de transição para a parentalidade e de adaptação para a nova realidade em casa. (Cercas, et al, 2023).

Segundo Conn & Hodges (2023), a fisiologia da resposta sexual envolve fatores hormonais e o sistema nervoso central, sendo os estrogénios os principais influentes nesta resposta. A função sexual envolve fatores biológicos, socioculturais e psicológicos em interação (Althof, et al, 2022), sendo vivenciada por cada um de forma única e singular.

Segundo Centeno, M. (2017), a atividade sexual pode ser reiniciada após cessão dos lóquios, desde que não apresentem desconforto ou dor e tenham decorrido, pelo menos, 2-3 semanas após o parto. O mesmo é defendido por O'Reilly (2005) que recomenda evitar relações sexuais durante 3 semanas, uma vez que não existe comprovação do tempo exato de recuperação. Já Santos, M. & Batista, M. (2021), defendem que é recomendado que se suceda ao reinício da atividade sexual apenas após consulta de pós-parto, com vista a despiste de problemas.

Segundo Centeno, M. (2017) e Santos, M. & Batista, M. (2021), a consulta do puerpério deve ser realizada entre a 4^a e a 6^a semana pós-parto, sendo que nesta consulta devem ser

abordados temas como a atividade sexual, se já existiu o seu retorno e se existiu alguma dificuldade, contraceção, amamentação e discutidos planos para uma futura gravidez e timings seguros para o fazer, sendo um momento essencial para promover cuidados no âmbito da saúde da Mulher.

O'Reilly (2005) explica que existem muitos casais que demoram semanas ou até meses para reiniciar as relações sexuais e descreve como fatores inibidores deste recomeço o cansaço, a dor perineal ou na cicatriz da cesariana, hemorragia vaginal e medo. Leeman & Rogers (2012) descrevem que aproximadamente 52% das mulheres retornam a atividade sexual entre a quinta e sexta semana pós-parto e que até ao fim do terceiro mês pós-parto já 90% das mulheres retomaram as relações sexuais com os seus companheiros. Comparado com os níveis pré-gravidez, a frequência da atividade sexual é menor durante o primeiro ano após o nascimento do bebé podendo primeiro existir outras formas de sexualidade antes de existir as relações sexuais propriamente ditas, com penetração (Grussu et al. 2021). Vários estudos demonstram que a função sexual da mulher se encontra diminuída durante o puerpério, mas vai melhorando até aos 6 meses pós-parto (Grussu et al. 2021).

O puerpério é uma fase de alterações hormonais, de mudanças psicológicas, familiares e sociais e muitas mulheres consideram uma experiência emocional difícil, sendo influenciada por: distúrbios do sono, fadiga e cansaço; dor ou desconforto físico por lesões perineais ou de cesariana; dependência da criança e falta de liberdade; reorganização de papéis e de responsabilidades, aceitação da nova imagem corporal (em função do parceiro, das preocupações com o corpo, das alterações de peso e da flacidez do períneo); medo de ter relações sexuais, devido a dor perineal ou recordação do parto (O'Reilly et al, 2005; Leitão, M., 2021; Grussu et al. 2021). Em situações em que estes fatores são persistentes as mulheres devem ser encaminhadas para o aconselhamento psicológico ou psicosssexual formal (O'Reilly et al, 2005).

A via de parto e o trauma perineal têm vindo a ser amplamente estudados como fatores que impactam a vida sexual no pós-parto (Cercas et al., 2023). A evidência científica atual não é consensual sobre a influência do tipo de parto e o retorno à sexualidade, sendo que há múltiplos estudos que demonstram não existirem diferenças significativas entre as diferentes vias de parto. No entanto Leeman & Rogers (2012) percebem que o parto por cesariana tem *outcomes* mais positivos quanto à incidência de dispareunia pós-parto entre o terceiro e o sexto mês, em comparação com o parto vaginal, facto corroborado por Grussu et al. em 2011. No seu estudo, Cercas et al. (2023) explicam que de entre os partos vaginais, existe uma distinção entre

o impacto do parto eutócico e o parto distócico, da mesma forma que de entre os distócicos, existe maior morbidade em partos instrumentados por fórceps do que por ventosas.

O parto vaginal é associado a trauma perineal, sendo que Pereira et al. (2020) refere: “entre 50 a 80% das mulheres que têm um parto vaginal sofrem de algum tipo de trauma perineal, podendo ser uma causas diretas de comprometimento na saúde da mulher, tanto no pós-parto imediato, como nos períodos mais distantes do puerpério”. Já Okeahialam et al. (2024) demonstra que 9 em cada 10 mulheres sofrem de trauma perineal derivado do parto vaginal.

O trauma perineal é caracterizado por perda da integridade dos tecidos resultantes dos danos causados a nível genital e que pode acontecer espontaneamente, lacerações, ou iatrogênicamente durante o parto, através da episiotomia (Steen & Diaz, 2018; Marques, D., 2022; Bomfim et al., 2022; Cercas et al, 2023). O Royal College of Obstetricians &Gynaecologists (RCOG) em 2015 classifica o tipo de lacerações de acordo com a extensão de tecidos atingidos, definindo as de primeiro grau aquelas que atingem apenas a pele e/ou mucosa vaginal, as lacerações de segundo grau como envolvendo danos desde o períneo até à musculatura perineal sem envolver o esfíncter anal, as de terceiro grau aquelas que vão desde o períneo até ao esfíncter anal e as de quarto grau atingem todos os tecidos até à mucosa retal, sendo as lacerações de 3º e 4º grau agrupadas e muitas vezes referidas como OASIs (Obstetric anal sphincter injuries).

Muitos são os estudos que atualmente relacionam as OASIs e o recurso à episiotomia durante o parto com a disfunção sexual e dispareunia, demonstrando que estas, são um dos principais fatores para o desenvolvimento destes problemas, em comparação com mulheres com períneo intacto ou lacerações de 1º ou 2º grau (Leeman & Rogers, 2012; Grussu et al. 2021; Cercas et al., 2023; Okeahialam et al. 2024).

Okeahialam et al. (2024) afirma que todo o tipo de trauma perineal está associado a morbidade física e psicológica desde o pós-parto imediato e a longo prazo, sendo que a dispareunia e a dor perineal podem estar presentes até 18 meses após o parto, afetando negativamente as relações da mulher, sejam estas com o companheiro, o recém-nascido ou com quem a rodeia. As mulheres que sofrem trauma perineal grave tendencialmente retornam à atividade sexual mais tarde assim como reduzem a frequência das relações sexuais, em resultado do medo da dor e do desconforto associados às lesões perineais e do impacto que estes traumas têm no desejo sexual e de intimidade física com o seu companheiro (Cercas et al., 2023).

Grussu et al. (2021) refere que a dor perineal e a dispareunia são os principais fatores para a disfunção sexual após o parto, relacionando-o com o trauma perineal e a sua influência no retorno à atividade sexual. A DMS-5-TR (2022) define globalmente disfunção sexual como “uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual”. As disfunções sexuais femininas são caracterizadas pela existência de dor durante atividades sexuais, perda de desejo sexual, excitação prejudicada e incapacidade de alcançar o orgasmo (Conn & Hodges, 2023).

A fadiga e o cansaço provocados pelos cuidados com o bebê e do seu novo papel de mãe, requerem que a mulher reconheça a necessidade de períodos de repouso (Santos, M. & Batista, M., 2021), devendo também os profissionais de saúde alertá-las para a necessidade de se auto cuidarem, descansando sempre que possível. Este cansaço das primeiras semanas pode diminuir o apetite sexual independentemente se a mãe amamentar ou não (Santos, M. & Batista, M., 2021).

A autoimagem é fundamental para uma intimidade, vida sexual saudável da mulher e está relacionada com o seu bem-estar. Mulheres com uma sensação de baixa autoimagem têm mais dificuldade em manter a intimidade com o seu parceiro, relatando diminuição do desejo sexual, menor excitação, prazer, orgasmo e excitação sexual (Cercas et al., 2023). As expectativas atuais de uma recuperação física rápida do corpo da mulher para um corpo pré-gravídico contribuem para uma insatisfação das mulheres que não se sentem atraentes e admitem ter uma percepção negativa do próprio corpo (Santos, et al., 2022).

Após um parto a mulher tem a sensação de perda de identidade e sensação de que já não é a mesma fisicamente, cabendo ao parceiro ter uma atitude positiva quanto ao corpo da mulher, dando-lhe autoconfiança para melhorar a sua experiência sexual global. A nível funcional a mulher olha agora para o seu corpo com outra função, sendo que percecionam a alteração da vagina como menos apelativa ao parceiro e as suas mamas com o novo papel de alimentação do bebê e não associadas ao prazer (Cercas et al., 2023). No entanto, outros autores defendem que o aumento das mamas e a sensibilidade dos mamilos podem levar a um melhor autoconceito e imagem, conduzindo a uma resposta sexual mais ativa e de maior desejo sexual, à estimulação das mamas (Grussu et al., 2021).

O aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida é amplamente defendido pela comunidade científica, pelo seu demonstrado benefício tanto para as mães como para o bebê (OPAS/OMS; O’Reilly et al (2005), Centeno, M., (2017), sendo associado à redução dos níveis de *stress* materno e infantil e o aumento do vínculo e segurança (Cercas et al., 2023). Contudo,

a influência da amamentação na vida sexual das mulheres tem vindo a ser amplamente estudada pela sua complexidade.

As mulheres que amamentam veem a sua sexualidade modificada, pelo impacto hormonal que a amamentação tem no pós-parto (Cercas et al., 2023). A nível hormonal ocorre uma elevação da prolactina, uma diminuição de androgénios e estrogénios e a libertação de oxitocina (Vettorazzi, 2012). A quantidade e o equilíbrio destas hormonas libertadas impactam, muitas vezes negativamente a vida sexual das mulheres após o parto sendo a redução da libido, do desejo sexual e da lubrificação vaginal muitas vezes associada a dificuldades para o retorno à atividade sexual (Santos, M. & Batista, M., 2021). A oxitocina, responsável pela ejeção do leite é também libertada quando existe excitação sexual podendo levar ao extravasamento de leite durante a relação sexual (Vettorazzi, 2012; Santos, M. & Batista, M., 2021), situação que deixa, por vezes, a mulher/casal desconfortável. A amamentação não é apenas negativa, pois aquando da libertação de oxitocina existe a indução da excitação sexual e de sensações de prazer que podem levar a que as mulheres tenham experiências sexuais melhores durante o puerpério, no entanto esta questão é muito individual (Cercas et al., 2023).

A amamentação pode ser um momento de proximidade emocional dos casais, contudo as exigências do processo, o limitar do tempo disponível para o companheiro, a fadiga, o cansaço e o *stress* quer físico quer emocional, podem levar ao retorno mais tardio da atividade sexual, assim como a diminuição do desejo sexual (Cercas et al, 2023).

Por fim, a redefinição de papéis dentro do relacionamento é fundamental, sendo que para “pais de primeira viagem” o novo elemento da família pode levar ao sentimento de intromissão de um terceiro elemento na sua sexualidade e esta ficar prejudicada (Vettorazzi, 2012). A transição de papéis nesta fase é essencial para uma harmoniosa transição para a parentalidade, sendo necessário que ambos os parceiros falem e comuniquem as suas necessidades e preocupações sexuais, já que neste período a mulher passa uma fase de ambiguidade do seu papel dentro de casa, entre o ser mãe e ser mulher (Cercas et al. 2023). Os mesmos autores defendem que os companheiros, por vezes, referem uma aversão sexual à parceira, sentindo remorso de a terem exposto ao parto e angústia pelas perceções de apoio incondicional, impostas muitas vezes culturalmente, que devem ter para com a mulher neste período.

3. Métodos

Esta revisão *scoping* foi conduzida tendo por base o método proposto pelo Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2015; Peters et al., 2020a) e foi redigida cumprindo o Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018). O protocolo desta revisão não foi registado, mas pode ser providenciado mediante pedido ao autor de correspondência.

3.1. Localização dos estudos

A estratégia de pesquisa desta revisão foi dividida em três etapas. Primeiramente realizada uma pesquisa limitada à MEDLINE (EBSCO) e CINAHL (EBSCO) para identificar artigos sobre o tema. As palavras-chaves contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e os termos indexados utilizados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa preliminar. Posteriormente, foi formalmente proposta uma estratégia definitiva para cada uma das bases de dados incluídas, ajustado os léxicos e especificidades de cada uma. As bases de dados incluídas foram: a MEDLINE (via EBSCO), a CINAHL (via EBSCO), a Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (via EBSCO), Academic Search Complete (Via B-on) e a PubMed. A estratégia de pesquisa de artigos foi realizada usando a expressão booleana em cada base de dados, utilizando descritores de saúde tendo por base os termos Mesh (Medical Subject Headings), conforme discriminado na tabela 2. Por fim, numa terceira fase, as listas de referência dos artigos incluídos na revisão foram analisadas para eventual inclusão de estudos potencialmente relevantes.

Foram incluídos estudos realizados em português, inglês, francês e espanhol devido às limitações linguísticas da equipa de revisores. Não existem limites temporais aplicáveis à pesquisa por se pretender ter uma visão integrada de toda a evidência disponível sobre o tema em apreço.

Tabela 2 - Estratégia de pesquisa por base de dados aplicada a 27/11/2024

Base de dados	Fórmula	N.º artigos
PubMed	((Postpartum Period[MeSH Terms] OR (Postpartum Period[Title/Abstract]) OR (Postpartum[Title/Abstract]) OR (Puerperium[Title/Abstract]) OR (Postnatal[Title/Abstract])) AND ((Sexuality[MeSH Terms]) OR (Sexuality[Title/Abstract]) OR (Sexuality Return[Title/Abstract])) AND ((Factors[Title/Abstract]) OR (causes[Title/Abstract]) OR	376

	(influences[Title/Abstract]) OR (reasons[Title/Abstract]) OR (determinants[Title/Abstract]))	
CINAHL Complete	(Factors OR causes OR influences OR reasons OR determinants) AND (Sexuality OR sexual return) AND (Postpartum OR postnatal OR postpartum period OR puerperium)	216
MedLine		194
Academic Search Complete:		153
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive		22

3.2. Seleção dos estudos e critérios de Elegibilidade

Após a pesquisa, todos os registos identificados foram recolhidos e transferidos para o Rayyan® (Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar) e os duplicados removidos. Para avaliar a elegibilidade dos estudos, os títulos e resumos foram revistos por dois revisores independentes, considerando os critérios de elegibilidade para assegurar que ambos os revisores concordam.

Foram considerados artigos onde o texto integral inclui os critérios de inclusão formulados de acordo com o PCC (População, Conceito e Contexto) (Peters et al., 2020b):

- **Participantes:** Foram considerados todos os estudos que incluem mulheres em pós-parto, independentemente do tempo decorrido desde o parto, com idade superior a 18 anos.
- **Conceito:** Foram considerados estudos que abordassem fatores que influenciam o retorno à sexualidade, sem os relacionar apenas com a depressão, com a disfunção sexual ou com a transmissão de VIH.
- **Contexto:** Foram considerados todos os estudos em contexto comunitário.
- **Tipo(s) de estudos:** Foram incluídos todos os tipos de estudos, nomeadamente, estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos.

3.3. Extração e síntese dos dados

A análise do texto integral foi realizada por dois revisores independentes. Quaisquer desacordos entre os revisores foram mitigados através do recurso a um terceiro revisor. O processo de seleção e revisão dos estudos foi operacionalizado com recurso ao Rayyan®. Os resultados da pesquisa foram comunicados na sua totalidade e apresentados sob a forma de fluxograma (Peters et al., 2020b).

4. Resultados

Após processo de seleção dos estudos, anteriormente descrito, foram selecionados 12 estudos para integrar o *corpus* desta scoping review. O processo de seleção dos estudos encontra-se representado na Figura 2 abaixo mencionada.

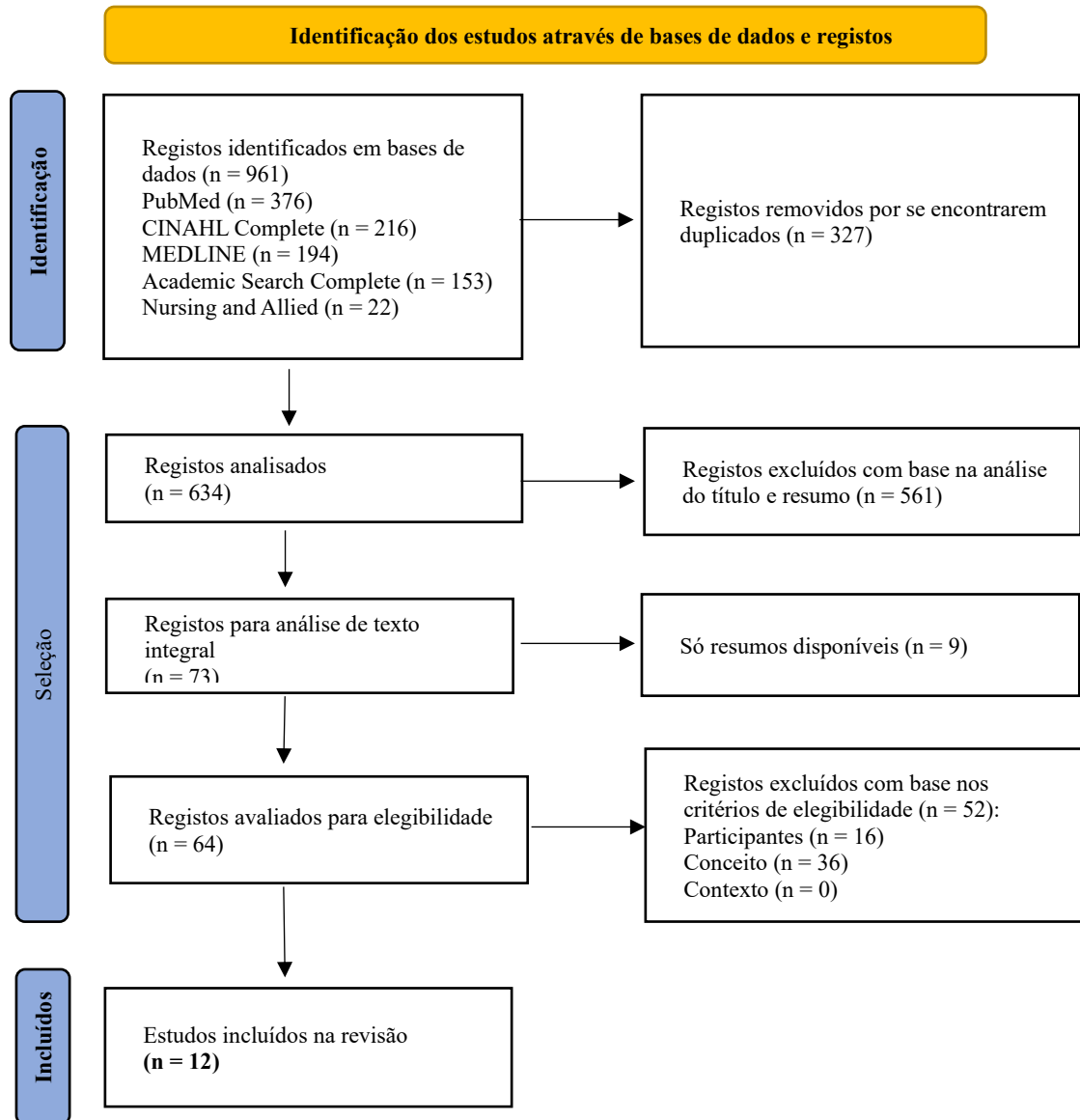


Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos.

As características dos estudos incluídos encontram-se sumariados na Tabela 3.

Tabela 3 - Características dos estudos incluídos na revisão.

Identificação de Artigo	Métodos	Objetivos	Resultados/ Conclusões
E1. 'Feeling Ready': A Feminist Poststructural Analysis of Postpartum Sexual Health (Ollivier et al., 2024) Canada DOI: 10.1177/10497323231209842	Tipo de estudo: Estudo descritivo com análise qualitativa Entrevista semiestruturada Participantes: 11 mulheres entre o 1º e o 6º mês pós-parto, com mais de 18 anos.	Explorar a forma como as mulheres no pós-parto vivenciam a sua saúde sexual após o parto e como essas experiências são influenciadas ou negociadas através de relações de poder.	Emergem 4 temas: 1) recuperação física – dor pélvica, medo da dor e do desconforto durante a relação sexual e dispareunia após a lesões do assoalho pélvico; 2) conhecimento pessoal e prontidão emocional – importância de se sentirem física e mentalmente preparadas para o retorno à sexualidade; 3) consulta de revisão puerperal às 6 semanas – informação de que se deveriam estar preparadas para retomar a atividade sexual (uma vez que o seu corpo está); 4) redefinição da intimidade – novas estratégias para manter a intimidade com o parceiro, uma vez que o desejo sexual diminui, apresentam fadiga e é necessário redefinir as suas responsabilidades enquanto pais.
E2. Puerperal women's social interactions related to their sexual health after childbirth (Glavina et al., 2024) Brasil DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0056en	Tipo de estudo: Estudo descritivo com análise qualitativa Entrevista semiestruturada online Participantes: 20 mulheres, entre os 42 dias e até um ano pós-parto, independentemente da via de nascimento, com mais e 18 anos.	Analisar as experiências de puérperas sobre saúde sexual após o parto na perspectiva do interacionismo simbólico.	Reconhecimento de fatores que influenciam negativamente a sua saúde sexual como: intensas mudanças biopsicossociais, medo, mudanças corporais, dualidade entre “ser mãe” e “ser mulher”, estruturação da relação do casal, redução da libido e do desejo sexual; Escolha de se deixar de lado: priorizando o cuidado do filho, manter relações sexuais sem vontade Reflexão sobre esta escolha de se deixar de lado: falta de colaboração do parceiro, dificuldade em cuidar de si, pressão na retomada das relações sexuais, assunto Tabu e de abordagem frágil pelos profissionais de saúde.
E3. O Parto vaginal e o corpo feminino no puerpério: Contribuições para a enfermagem obstétrica (Elias et al., 2022) Brasil DOI: 10.36489/nursing.2022v25i294p890-4-8915	Tipo de estudo: Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica heideggeriana Entrevista semiestruturada Participantes: 14 mulheres com partos vaginais, entre os 18 e os 60 anos.	Descrever os significados e os sentimentos da mulher após o parto vaginal e identificar como a atuação da enfermagem obstétrica pode contribuir para melhores experiências no puerpério	Os sentimentos após o parto vaginal: ter medo de fazer sexo, sentir dor na relação sexual, achar que não ia voltar a ser normal (canal de parto), sentir o corpo diferente de antes, baixa-autoestima, achar que a relação sexual mudou, perder o desejo sexual e a lubrificação.
E4. Factors associated with postpartum resumption of sexual intercourse among women in China: A retrospective multicenter study (Fan et al., 2022) China DOI: 10.1111/jog.15088	Tipo de estudo: Estudo retrospectivo com análise qualitativa Entrevista estruturada com questionário Participantes: 15 834 mulheres que tenham sido mães entre os 12 e os 24 meses anteriores ao estudo	Explorar os fatores associados ao reinício das relações sexuais após o parto na China.	Variáveis associadas ao reinício das relações sexuais: mais precocemente – mulheres com um baixo nível de escolaridade, provenientes das regiões ocidentais da China, mulheres com história de o aborto, mulheres múltiparas; mais tardiamente – aumento da idade, o atraso na recuperação da menstruação, a amamentação exclusiva e as primíparas (por referirem mais dor perineal e problemas sexuais). Tipo de parto não afeta significativamente o tempo de retorno à vida sexual.

<p><i>E5. The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry</i> (Pardell-Dominguez et al., 2021) Espanha DOI: 10.1186/s12884-021-03578-y</p>	<p>Tipo de estudo: Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica Entrevista semiestruturada Participantes: 10 mulheres, primíparas até um ano pós-parto, com mais de 18 anos e com partos num hospital da Catalunha.</p>	<p>Explorar e descrever as experiências vividas relativas à sua saúde sexual no pós-parto de mulheres primíparas na Catalunha (Espanha).</p>	<p>Emergem 5 temas: 1) Não se sentir preparada – descrição da sua vida sexual como “complicada e assustadora”, por não sentirem desejo sexual, medo de sentir dor na relação e diminuição da libido. A alteração de papéis, a amamentação e o sentimento de ter o peso todo em cima dela levam a estas se sentirem tristes, sozinhas e sobrecarregadas; 2) fatores inibidores – cumprimento dos 40 dias sem relações sexuais (culturalmente instituída), problemas no assoalho pélvico e de alterações de sensibilidade. Alterações físicas também são inibidoras como a barriga redonda, estrias e alteração das mamas, têm o impacto negativo na sua autoimagem, sentindo-se menos atrativa e sensual; 3) nova realidade em casa – mudanças nos papéis familiares, na distribuição das responsabilidades domésticas, nos cuidados com o recém-nascido e na relação sexual; 4) fatores socioculturais – cansaço provocado pela pressão por parte da sociedade de como “ser mãe”, e ter de satisfazer uma sociedade que não as ajuda mas que têm de ajuda; 5) O sistema de saúde – percepção de que são pouco instruídas para a sexualidade no período pós-parto. Referência de se sentem negligenciadas pelos profissionais de saúde no pós-parto que centram maior parte das suas atenções no bebé.</p>
<p><i>E6. Understanding women’s postpartum sexual Experiences</i> (DeMaria et al., 2019) Estados Unidos da América DOI: 10.1080/13691058.2018.1543802</p>	<p>Tipo de estudo: Estudo descritivo com análise qualitativa Entrevista semiestruturada Participantes: 70 mulheres, com mais de 18 anos, que vivem na Carolina do Sul.</p>	<p>Compreender a saúde sexual das mulheres, especificamente os conhecimentos, as atitudes e as normas relacionadas com a retorno à sexualidade durante o período pós-parto.</p>	<p>Temas abordados: 1) “Ordens médicas” – recomendação de esperar até à consulta de revisão pós-parto às 6 semanas antes de reiniciar as relações sexuais, mas após a consulta deveriam logo reiniciar a atividade, a maioria das participantes referem que nesta altura ainda não se sentiam preparadas; 2) superar barreiras – dor do parto, medo da dor e desconforto na relação, medo de uma nova gravidez, fadiga e exaustão. 3) Libido e desejo sexual – para algumas mulheres existiu a sensação de redução de libido e desejo sexual pós-parto outras pelo contrário e ficaram ansiosas pelo retorno da sua vida sexual; 4) Prazer e satisfação – alguns participantes mostraram aumento da satisfação sexual após o parto, que impacta o desejo de voltar à atividade sexual; 5) poucos ou nenhuns problemas – para alguns participantes o retomar das relações sexuais foi simples e sem qualquer problema</p>
<p><i>E7. Sexuality during the postpartum period: study of a population of Tunisian women</i> (Maamri et al., 2019) Tunisia</p>	<p>Tipo de estudo: Estudo descritivo transversal Entrevista semiestruturada com aplicação de escala Participantes: 100 mulheres com partos nos últimos 6 meses</p>	<p>Avaliar a função sexual de mulheres no pós-parto e identificar eventuais particularidades e fatores associados.</p>	<p>Modificações da sexualidade no pós-parto, com uma alteração das práticas sexuais e uma redução das relações sexuais em 73% dos casos, com o retorno há mesmo 10% por dever conjugal e 6% para evitar a infidelidade. Identificados fatores que o influenciam: medo da dor e de uma nova gravidez parto vaginal instrumentado, a amamentação, as perturbações da imagem corporal (37%), a fadiga (24%) e a falta de disponibilidade das mães (60%); Disfunções sexuais como: problemas de desejo (31%), alteração da lubrificação vaginal (31%), relações sexuais dolorosas (14%) e diminuição do prazer sexual (12%). Na consulta pós-parto 82% das mulheres referem que não foram questionadas sobre a sua saúde sexual e 60% não ficaram satisfeitas pelas informações fornecidas pela equipa de saúde.</p>
<p><i>E8. Predictors of Postpartum Sexual Activity and Function in a Diverse Population of Women</i> (Yee et al., 2013) Estados Unidos da América Doi:10.1111/jmwh.12068</p>	<p>Tipo de estudo: Estudo de coorte prospetivo Entrevista semiestruturada com aplicação de escala Participantes: 160 mulheres, entrevistadas entre as 8 e as 10 semanas e novamente entre o sexto e após o oitavo mês após o parto</p>	<p>Identificar preditores da atividade e funcionamento sexual pós-parto numa população diversificada de mulheres, usando a escala “Sexual Health Outcomes in Women Questionnaire” (SHOW-Q)</p>	<p>Preditores encontrados para o retorno à sexualidade: mais precocemente – mulheres múltiparas, mulheres mais novas; mais tardiamente – depressão, amamentação exclusiva. Outros fatores que influenciam este retorno: fadiga, presença do recém-nascido em casa, contraceção, dor vaginal e desconforto, problemas com o companheiro ou com o relacionamento, falta de desejo sexual, problemas de peso/saúde. Ainda é incerto se o tipo de parto afeta o tempo de retorno à vida sexual ou a função sexual no pós-parto</p>
<p><i>E9. Constraints and/or determinants of return to sexual activity in the puerperium</i> (Enderle et al., 2013) Brasil</p>	<p>Tipo de estudo: Estudo descritivo com análise qualitativa Entrevista semiestruturada Participantes: 15 mulheres que tiveram os seus partos no hospital</p>	<p>Identificar os fatores que condicionam e/ou determinam o regresso à atividade sexual no puerpério.</p>	<p>Principal determinante para o regresso à atividade sexual foi o medo de uma nova gravidez. Outros fatores condicionantes: medo de sentir dor (devido a perineorrafia ou sutura da cesariana) e desconforto, autorização do profissional de saúde (na consulta pós-parto, por lhes ter sido dito que até lá não o poderiam fazer), vergonha do próprio corpo e diminuição da libido aliadas a fatores psicológicos, tomar conta do bebé e alterações físicas.</p>

DOI:10.1590/S0104-11692013000300010	Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa e que foram à consulta de enfermagem pós-parto (aproximadamente 30 dias após o parto)		Tipo de parto não afeta significativamente o retorno à vida sexual.
<p><i>E10. Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood</i> (Woolhouse, McDonald & Brown, 2012) Australia</p> <p>DOI: 10.3109/0167482X.2012.720314</p>	<p>Tipo de estudo: Estudo de coorte prospectivo Entrevista semiestruturada Participantes: 18 mulheres entrevistadas 2,5 a 3,5 anos após o primeiro filho.</p>	Explorar as experiências das mulheres sobre as mudanças na sua relação sexual, sexualidade e intimidade, em função da gravidez, do parto e da parentalidade.	Encontrados fatores que afetam a intimidade e sexualidade: cansaço extremo, redefinição dos papéis de cada um na relação, conexão emocional com o bebê, problemas de imagem corporal, alterações da libido (devido à fadiga, amamentação e alterações hormonais), da intimidade nas relações e na sua visão da sexualidade (definindo a maternidade como não sendo "sexy"). Fatores que ajudaram a retomar a sexualidade: encontrar novas formas de intimidade com o parceiro, trabalho de equipa, dedicar tempo como casal e conciliar as prioridades de ambos.
<p><i>E11. Sexual practices of women within six months of childbirth in Mulago hospital, Uganda</i> (Odar, Wandabwa & Kiondo, 2004) Uganda</p> <p>DOI:10.4314/ahs.v3i3.6847</p>	<p>Tipo de estudo: Estudo descritivo transversal Entrevista semiestruturada Participantes: 216 mulheres que se encontrem entre o 3º e o 6º mês pós-parto.</p>	Estabelecer as práticas sexuais e a sua morbilidade entre as mulheres nos 6 meses após o parto.	Retorno às relações sexuais: nas primeiras 6 semanas pós parto – puérperas com menores níveis de educação, com períneo íntegro ou com poucas lesões e mulheres que tiveram um parto vaginal; nos primeiros 6 meses após o parto – exigência dos maridos (46%), exigências culturais (10%), sentir-se preparada para retorno à atividade sexual (37%) recomendação dos profissionais de saúde (7%); depois de 6 meses após o parto – conselhos de saúde (38, 4%)(não receberam a informação de quando é seguro retornar a atividade sexual – 22%), os maridos não estão presentes (21,9%), desinteresse sexual (21,9%) e não se sentem bem para o fazerem (17,8%). Danos perineais ou genitais derivados do parto não foram associados ao retorno à sexualidade
<p><i>E12. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition</i> (Glazener, 1997) Escócia DOI: 10.1111/j.1471-0528.1997.tb11463.x</p>	<p>Tipo de estudo: Estudo de coorte prospectivo Aplicação de questionário enviado por correio durante um período de 12 meses. Participantes: 1249 mulheres que tiveram os seus filhos na região de Crampian, na Escócia.</p>	Descrever o comportamento sexual das mulheres no período pós-natal, incluindo a altura em que reiniciaram as relações sexuais, os problemas encontrados, a utilização de contraceptivos e a utilização dos serviços disponíveis.	Dificuldades relacionadas com a mãe: cansaço, medo de ter dores, dificuldade em ter relações sexuais, desinteresse sexual, medo de uma nova gravidez. Mulheres que amamentam demonstram menos interesse em retomar a atividade sexual, mas não foi preditor do retorno à atividade sexual. A depressão e o cansaço também se relacionam com a falta de interesse sexual.

A leitura integral dos artigos selecionados permitiu agrupar fatores descritos pelas mulheres em várias temáticas e sub-temáticas relevantes, explanadas na tabela 4, possibilitando perceber o impacto destes fatores no retorno à sexualidade.

Tabela 4 - Temas emergentes e respectivos artigos correspondentes

Tema	Estudos
<u>Tipos de Parto</u>	E4, E8, E9 e E11
<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de danos perineais 	E6 e E11
<u>Disfunção sexual</u>	
<ul style="list-style-type: none"> Diminuição do desejo sexual e/ou da libido 	E1, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E11, E16, E17 e E18
<ul style="list-style-type: none"> Medo de sentir dor e/ou desconforto 	E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9 e E12
<ul style="list-style-type: none"> Efetiva dor pélvica e/ou perineal 	E1, E3, E4, E7 e E8
<ul style="list-style-type: none"> Diminuição da lubrificação e do prazer sexual 	E3 e E7
<u>Não se sentir pronta (física e emocionalmente)</u>	
<ul style="list-style-type: none"> Prontidão emocional 	E1 E2, E5, E7, E8 e E11
<ul style="list-style-type: none"> Medo de uma nova gravidez 	E6, E7, E9 e E12
<ul style="list-style-type: none"> Mudanças corporais 	E2, E3, E5, E7, E8, E9 e E10
<ul style="list-style-type: none"> Fadiga e cansaço 	E1, E5, E6, E7, E8, E10 e E12
<u>Consulta pós-parto/quarentena</u>	
<ul style="list-style-type: none"> Abstinência sexual 	E5, E6, E9 e E11
<ul style="list-style-type: none"> Falta de informação 	E2, E5, E7 e E11
<u>Redefinição de papéis</u>	
<ul style="list-style-type: none"> Dualidade entre “ser mãe” e “ser mulher” 	E5, E7, E9 e E10
<ul style="list-style-type: none"> Redefinição da intimidade 	E1, E2, E5 e E10
<ul style="list-style-type: none"> Pressão por parte do parceiro 	E2, E7 e E11
<u>Amamentação</u>	E4, E5, E7, E8, E10 e E12
<u>Fatores que levam ao retorno mais cedo</u>	
<ul style="list-style-type: none"> multíparas 	E4 e E8
<ul style="list-style-type: none"> menores níveis de escolaridade 	E4 e E11
<ul style="list-style-type: none"> mais jovens 	E4 e E8

5. Discussão

Através desta *Scoping Review* procurou-se mapear a evidência científica existente relativa aos fatores, percebidos pelas mulheres, que influenciam o retorno à sua sexualidade e à sua vida sexual ativa após um parto, para assim dar resposta à questão de investigação.

Tipo de parto

Segundo os estudos analisados o tipo de parto não afeta significativamente o tempo de retorno à vida sexual e/ou a função sexual no pós-parto. No entanto, a literatura não é conclusiva quanto a este tópico, sendo que os resultados do estudo de Holanda et al. (2014) destacam que o parto vaginal, com qualquer tipo de sutura, apresenta um risco aumentado três vezes superior que o parto por cesariana para a existência de disfunções sexuais que levam em consequência ao adiamento do retorno à atividade sexual. Já Gutzeit et al. (2020) conclui que o tipo de parto não tem influência nem a curto, nem a longo prazo no pós-parto, mas que a extensão dos danos perineais influencia a função sexual da mulher. O mesmo é reportado nos estudos analisados onde a inexistência de danos perineais ou apenas pequena laceração levam a reinícios mais precoces do que mulheres com partos vaginais instrumentados e/ou com maiores danos nos tecidos. Também Salim & Gualda (2010) relatam que a presença de pontos derivados de lacerações e/ou episiotomia são um fator inibidor para o retorno à atividade sexual das mulheres.

Disfunção Sexual

Todos os artigos selecionados evidenciam alguma característica de disfunção sexual. A diminuição do desejo sexual e/ou da libido foram descritos em 10 dos 12 artigos analisados, sendo o fator mais descrito pelas puérperas, levando a sentimentos de culpa e de fracasso. O medo de sentir dor e/ou desconforto durante a relação sexual foi descrito como um dos principais fatores que levam ao protelar do reinício da atividade sexual, assim como a efetiva dor pélvica e/ou perineal, diminuição da lubrificação, e diminuição do prazer sexual. Vários são os estudos que descrevem a prevalência de algum tipo de disfunção sexual, Marques e Lemos (2010) descrevem que 65% das mulheres referem este tipo de alterações, e Dağlı, et al. (2020) demonstram que 55,3% das mulheres apresentam disfunção sexual após o parto. Em 2014, também Holanda et al., revelam que a prevalência da disfunção sexual no período pós-parto é de 43,5%, sendo que 87% destas apresentam mais do um tipo de disfunção. Estes mesmos autores explicam que a disfunção do desejo se encontra presente em 25% das mulheres, a dispareunia em 57%, a disfunção orgásmica em 21%, a disfunção na fase da excitação em

16% e o vaginismo em 32%. Khajehei et al., em 2015 descrevem que 64,3% das mulheres experienciaram algum tipo de disfunção sexual durante o primeiro ano de vida do bebê, sendo que 81,2% demonstram disfunção a nível do desejo, 53,3% a nível da libido e do orgasmo e 52,3% a nível da lubrificação vaginal.

Não se sentir pronta (física e emocionalmente)

A prontidão emocional tem extrema importância para que a mulher se sinta completamente preparada sexualmente, seguindo sempre os seus instintos e desejos. Muitas vezes as puérperas sentem-se tristes, sozinhas e sobrecarregadas durante o puerpério, levando a que esta instabilidade psicológica seja importante para a decisão de reiniciar a atividade sexual. No estudo de Salim & Gualda (2010) as mulheres referenciam que aguardam um período antes de retomar a atividade sexual para respeitar o seu próprio tempo e relógio biológico, respeitando o bem-estar físico e emocional relacionado com a consciência da subjetividade do seu próprio corpo.

O medo de uma nova gravidez, é também um fator que influencia o retorno à sexualidade. Marques & Lemos (2010) corroboram este discurso no seu estudo, onde demonstram que 45% das mulheres não têm relações sexuais mais precocemente, ou adiam o retorno às mesmas por não desejarem engravidar novamente, o mesmo também exposto por Salim & Gualda (2010).

A nível físico as puérperas mencionam que existiu uma alteração da perceção de si próprias. As mudanças corporais decorrentes da gravidez e do puerpério foram amplamente identificadas como uma condicionante ao retorno da sexualidade, identificando as estrias, alterações das mamas, barriga redonda no pós-parto e os problemas de peso como alterações que as fazem sentir menos atraentes, com baixa autoestima e vergonha do seu corpo. O mesmo é explanado no estudo de Justino et al. (2019) onde se observou descontentamento das mulheres em relação ao seu corpo no puerpério assim como se vê a vagina como algo agora feio e que não pode ser tocado. Belentani et al., (2011) refere que entre os 45 e os 90 dias pós-parto, 48,3% das mulheres estão insatisfeitas com o seu abdómen, 23,3% incomodadas com as estrias decorrente da gravidez, 18,1% com o peso e 9,5% com as suas mamas.

A fadiga e cansaço parecem ser dos principais determinantes para o retorno às relações sexuais, sendo mencionados na maioria dos estudos analisados. O cansaço extremo relaciona-se diretamente com a pressão de ter de satisfazer a sociedade segundo as expectativas que esta tem em relação às “obrigações” do seu papel de mãe, a redução da libido e a falta de interesse

sexual. Também Carvalho et al. (2023) revelam no seu estudo que o excesso de trabalho, a falta de tempo e a redução da libido após o nascimento de um filho, trazem alterações na sexualidade do casal.

Consulta pós-parto/quarentena

De entre os principais fatores enumerados pelas puérperas a consulta de revisão puerperal é um dos que tem mais impacto. Culturalmente é instituído o cumprimento dos 40 dias sem relações sexuais, ou é dada a informação de que devem esperar até à consulta às 6 semanas para ser levantado o período de abstinência sexual, pelos profissionais de saúde, facto também escrutinado no estudo de Justino et al. (2019). Este corrobora que os profissionais de saúde muitas vezes seguem protocolos generalizados e restritos, não dando uma resposta individualizada a cada mulher e à sua recuperação específica, e referem ainda que as mulheres se submetem a restrições culturais como o “resguardo” guiando-se pelas indicações das suas familiares (mãe, avós, etc.) e amigas. A falta de informação pelos profissionais de saúde sobre quando é seguro retornar a atividade sexual, gera vulnerabilidade e surge como um assunto Tabu e de abordagem frágil, factos corroborados por McDonald & Bronw (2013), que demonstram que a prática de atividade sexual após as 6 semanas pós-parto foi de 53% e que dessas apenas 41% tentaram sexo vaginal. Belentani et al (2011) referem que 63% das mulheres realizaram a consulta puerperal, no entanto percebem que nesta consulta a sexualidade é ainda tabu e que a saúde do recém-nascido é o enfoque dos profissionais de saúde, sendo o mesmo descrito nos estudos analisados onde as mulheres sentem que os profissionais não são honestos e diretos acerca deste período tão importante para elas e apenas se centram nos cuidados ao recém-nascido e descuram a mulher como um todo.

Redefinição de papéis

Nesta nova jornada existe a necessidade das famílias se reestruturarem, com as mulheres a referir que é necessário redefinir responsabilidades enquanto pais/casal para um ambiente familiar harmonioso, como é explanado por Carvalho et al. (2023), que no seu estudo demonstram que é essencial a redefinição de papéis após o nascimento de um filho, tornando-se numa relação mãe/pai/filho, em vez da pré-existente relação dual que os elementos do casal tinham até aquele momento. Os mesmos autores, assim como os estudos analisados, demonstram ainda que as mulheres enfrentam a dualidade entre “ser mãe” e “ser mulher”, priorizando os cuidados ao recém-nascido, descurando o seu autocuidado, individualidade e disponibilidade para outras relações, sem ser com o seu filho. A dificuldade em distribuir as atividades domésticas, os cuidados ao recém-nascido e falta de apoio dos parceiros é também

descrito como uma dificuldade após o nascimento de um filho, sendo que Marques & Lemos (2010) referem que 15% das mulheres atribuem aos cuidados ao recém-nascido a sua justificação para a desmotivação sexual, 20% atribuem esse facto ao cansaço das tarefas domésticas e 10% à falta de tempo.

Já a redefinição da intimidade entre o casal, é por vezes manifestada como um fator positivo, com a adoção de novas estratégias para manter a intimidade e comportamentos de aproximação, ajudando a superar os entraves ao retorno da sexualidade do casal (Carvalho et al, 2023). Também Marques & Lemos (2010) comprovam que as mulheres têm agora uma visão mais abrangente da sexualidade não se cingindo ao ato sexual em si, mas também a aspetos emocionais como o carinho, amor, atenção e sentimento.

No entanto, a pressão por parte do parceiro é descrita com um fator que influencia o retorno à sexualidade, facto já exposto por Marques & Lemos (2010) no seu estudo onde demonstram que 75% das mulheres retornam a vida sexual por dever conjugal e para atender as necessidades do parceiro e 30% para evitar a infidelidade, tendo estas relações sem vontade.

Amamentação

Conforme descrito anteriormente a amamentação exclusiva, pelo menos até aos 6 meses tem benefícios a nível da díade mãe-bebé. No entanto, a nossa pesquisa demonstra que a amamentação é referida como um fator inibidor para o reinício das relações sexuais. A influência da amamentação na temática em estudo, corrobora a evidência já existente de que as hormonas libertadas para a produção e ejeção de leite materno influenciam a vida sexual da mulher, nomeadamente pela redução da libido e/ou desejo sexual (Santos, D., Almeida, G., Bonfim, I. & Maia, J., 2022), pelo impacto negativo que tem na lubrificação vaginal, normalmente decorrente da secreção vaginal, que é maior nas mulheres que amamentam (Santos, M. & Batista, M., 2021) e pela nova função das mamas que deixam de ser uma zona erógena e passam a ter a função de amamentar (Lawrence M. 2012, *sex after childbirth*). Vettorazzi (2012) corrobora esta informação mostrando que mulheres que amamentam estão associadas a um retorno mais tardio à atividade sexual, assim como a uma menor frequência e satisfação sexual.

Marques & Lemos (2010) relatam que o extravasamento do leite durante a relação repercute de forma negativa a relação do casal, demonstrando que a mulher sente vergonha do sucedido, acha que o filho está com fome e que é um desperdício de leite. Nestes momentos o casal não associa este extravasamento à resposta hormonal normal decorrente da excitação da

mulher, levando ao conflito entre o casal durante o ato sexual. Factos que vão de encontro ao descrito nos artigos analisados.

Conclusão

Nesta revisão *scoping* foi possível consolidar informação sobre os fatores que influenciam o retorno à sexualidade e à vida sexual ativa no puerpério, segundo a percepção das mulheres, corroborando a informação só existente sobre a temática. Entre os fatores encontrados apresentam-se temas principais como o tipo de parto, a disfunção sexual, o não se sentirem prontas, quer física quer emocionalmente, a consulta de pós-parto/cumprir da quarentena, redefinição de papéis e amamentação. Foram ainda explicitados fatores que levam ao retorno mais precoce da atividade sexual, no entanto não foram desenvolvidos por ser uma temática que deve ser aprofundada em pesquisa principal.

As ideias preconcebidas e as expectativas negativas da maternidade inculcadas às mulheres, a perpetuação destas ideias, assim como o facto de considerar normais e/ou expectáveis os desconfortos, colocam uma pressão na mulher para o retorno à atividade sexual. A sexualidade no pós-parto é um tema considerado tabu pelas mulheres e não é discutido com os profissionais de saúde que as acompanham.

Implicações para a prática

Assim, mostra-se de extrema importância que os EEESMO sejam um aliado da mulher, dotando-a de conhecimento sobre os desconfortos pós-natais e sendo um mediador entre o casal para a explanação dos seus medos/desconfortos e de que forma os podem minimizar. Considera-se também essencial que nos cursos de preparação para o parto, realizados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, seja elucidado o que é expectável no pós-parto em termos de sexualidade e não apenas abordar esta temática em relação à da atividade sexual na gravidez. Uma abordagem holística da temática desde a gravidez e a manutenção da abordagem ao tema no pós-parto, parece ser fundamental para a vivência da sexualidade no pós-parto de forma saudável. Os EEESMO devem estar capacitados e informados sobre a importância que têm na saúde da mulher no pós-parto e não apenas nos restantes estágios do seu ciclo de vida. Do mesmo modo, pode-se sugerir uma consulta de enfermagem de saúde materna com EEESMO, após a consulta de revisão puerperal, com o intuito de perceber como se está a concretizar a transição para a parentalidade, assim como a mulher está a vivenciar a sua sexualidade, uma vez que esta consulta ocorre muito cedo e neste momento muitas das puérperas ainda não colocaram em questão o retorno à sexualidade, nem sabem que problemas/entraves podem

surgir depois da tentativa do retorno à mesma e necessitam de esclarecimentos especializados nesta área.

Também é essencial que estudos futuros analisem a existência destes fatores em outros países, uma vez que poucos são os estudos reportados principalmente na Europa, sendo esta uma das maiores limitações deste estudo, bem como o facto de poderem não se encontrar completamente adaptados à realidade portuguesa, pelo que se sugere a concretização de mais estudos a este nível em Portugal.

Referências Bibliográficas

- Althof, S. E., Graham, C. A., Kalogeropoulos, D., Larouche, J., Nobre, P., Perelman, M. A., Rosen, N. O. & Schuckit, M. A. (2022). Disfunções Sexuais. In American Psychiatric Association (ed.) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Ed. TR, pp. 478 - 510). Sheridan Books, Inc.
- Amaral, C. F., Ferreira, N., Monteiro, M. J. & Bulcão E. (2020). Assistir parto vaginal. In A. Sequeira, O. Pousa & C. F. Amaral (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ªed., pp.115-122). LIDEL
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (2019). *Boas Práticas em Aleitamento Materno*. APMGF. <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Aleitamento-Materno.pdf>
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y. & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 13(1),13-24.<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Belentani, L. M., Marcon, S. S., & Pelloso, S. M. (2011). Sexuality patterns of mothers with high-risk infants. *Acta Paul Enferm.*, 24(1), 107-113. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000100016>
- Bomfim, V. V. B. S., Treptow, L. M., Martins, F. J., Pereira, D. D. A., Rodrigues, R. J., Costa, A. C. M. S. F., Silva, H. N. B., Oliveira, R. M. D., Bentes, R. M. & Souza, L. T. L. (2022). Estratégias para minimizar o traumatismo perineal durante o parto natural. *Research, Society and Development* 11(11), ISSN: 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33559>
- Carvalho, J. M. N., Caetano, A. J. R., Faria, C. S. A., Dias, A. C. R. F., Duarte, H. S. & Mendes, I. M. M. (2023). A vivência da relação conjugal durante a transição para a

parentalidade na voz das primípara. *Rev. Enferm. Atenção Saúde*, 12(3),

<https://doi.org/10.18554/reas.v12i3.6647>

Centeno, M. (2017). Puerpério e lactação. In L. M. Graça (Eds.), *Medicina Materno Fetal*

(5ªed. rev. atual., pp.280-287). LIDEL

Cercas, M. R., Paiva, M. B., Sarmiento, R. & Lopes, A. P. (2023) Sexualidade no Pós-Parto:

Revisão da literatura. *Acta Obstet e Ginecol Port* 17(4), 299-304.

<https://www.fspog.org/images/editor2/09%20AOGP-D-23-00039.pdf>

Cerejeira, I., Cardoso, A. & Portugal, J. (2022) *Padrões de qualidade dos cuidados*

especializados em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. OE.

<https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/padr-es-de-qualidade-mceesmo/full-view.html>

Conn, A. & Hodges, K. R. (2023, julho) *Visão geral da função e disfunção sexual feminina*.

MSDManuals – Versão para Profissionais de Saúde. Acedido fevereiro 23, 2025, de

<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/fun%C3%A7%C3%A3o-e-disfun%C3%A7%C3%A3o-sexual-feminina/vis%C3%A3o-geral-da-fun%C3%A7%C3%A3o-e-disfun%C3%A7%C3%A3o-sexual-feminina>

Cordeiro S. (2020). Sinais de alerta do recém-nascido. MommyCare.

<https://www.mommycare.pt/bebe/sinais-alerta-recem-nascido/>

Dağlı, E., Uçtu, A. K. & Ozerdogan, N. (2020). Sexual dysfunction in the postpartum period:

Its relationship with postpartum depression and certain other factors. *Perspectives in psychiatric care*, 57(2), 604–609. <https://doi.org/10.1111/ppc.12583>

DeMaria, A. L., Delay, C., Sundstrom, B., Wakefield, A. L., Avina, A., & Meier, S. (2019).

Understanding women's postpartum sexual experiences. *Culture, health &*

sexuality, 21(10), 1162–1176. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1543802>

- Elias, E. A., Floriani, D. T. G. C., Paiva, A. C. P. C., Manhães, L. S. P., Silva, L. M., Torres, D. M. A., Zechini, A. F. M. & Ribeiro, M. A. (2022). O parto vaginal e o corpo feminino no puerpério: Contribuições para a enfermagem obstétrica. *Nursing Edição Brasileira*, 25(294), 8904–8915. <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i294p8904-8915>
- Enderle, C., Costa, N. P. K., Lunardi, V. L., Nobre, C. M. G., Mattos, L. & Rodrigues, E. F. (2013). Constraints and/or determinants of return to sexual activity in the puerperium. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(3), 719-25. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300010>
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2023) *Plano de Atividades do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia*. Viseu.
- Fan, X., Zhou, F., Li, Y., Xia, W., Che, Y., & PPC Study Group (2022). Factors associated with postpartum resumption of sexual intercourse among women in China: A retrospective multicenter study. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 48(1), 230–238. <https://doi.org/10.1111/jog.15088>
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2021). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ªed. texto rev., pp. 308-319). LIDEL
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (2018). *Dez medidas para ser considerado/a hospital amigo dos bebês/maternidade amiga dos bebês*. UNICEF. <https://www.unicef.pt/media/3315/iab-10-medidas-hospitais-2018-02-16.pdf>
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (s.d.). *Cradling hope through skin-to-skin contact*. UNICEF. <https://www.unicef.org/lac/en/parenting-lac/nurturing-care/cradling-hope-through-skin-contact>

- Glavina, W. S. N., Silva, C. M., Martins, E. L., Monteiro, J. C. D. S., Silva, I. W., Brito, A. P. A., Ferreira, F. M., Ruela, L. O., & Tomaz, R. G. O. (2024). Puerperal women's social interactions related to their sexual health after childbirth. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57, e20230056. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0056en>
- Glazener C. M. (1997). Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 104(3), 330–335. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11463.x>
- Graça, L. M. (2017). Hipertensão arterial na gravidez. In L. M. Graça (Eds.), *Medicina Materno Fetal* (5ªed. rev. atual., pp.424-443). LIDEL
- Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil – GRISI. (2007). Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU). *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(5), 209–214.
- Grussu, P., Vicini, B., & Quatraro, R. M. (2021). Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 30, 100668. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100668>
- Guerra, A. (2021). Analgesia e anestesia em obstetrícia. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ªed. texto rev., pp. 425-431). LIDEL
- Gutzeit, O., Levy, G., & Lowenstein, L. (2020). Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sexual medicine*, 8(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.10.005>

Holanda, J. B. L., Abuchaim, E. S. V., Coca, K. P. & Abrão, A. C. F. (2014). Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. *Acta Paul Enferm.* 27(6), 573-578. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400093>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (s.d.). *Programa nacional de rastreio neonatal*. Acedido em, https://www.diagnosticoprecoce.org/Inst_R_Jorge_Folheto_Testes_Pezinho_PT_3C.pdf

Instituto Português de Oncologia de Coimbra (2015). *Exercícios de Recuperação dos Membros Superiores Pós-Mastectomia* <https://www.ipocoimbra.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2020/04/guia-de-apoio-exercicios-de-recuperacao-dos-membros-superiores-apos-mastectomia-cir.pdf>

Instituto Português de Oncologia de Lisboa (2020). *Mastectomia*. <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/MASTECTOMIA.pdf>

International Confederation of Midwives (2024). *ICM Essential Competencies for Midwifery Practice*. ICM. https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/EN_ICM-Essential-Competencies-for-Midwifery-Practice-1.pdf

Justino, G. B. S., Salim, N. R., Soares, G. C. F., Teixeira, I. M. C. & Baraldi, N. G. (2019). Saúde sexual e reprodutiva no puerpério: vivências de mulheres. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 13. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240054>

Khajehei, M., Doherty, M., Tilley, P. J., & Sauer, K. (2015). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *The journal of sexual medicine*, 12(6), 1415–1426. <https://doi.org/10.1111/jsm.12901>

Leeman, L. M., & Rogers, R. G. (2012). Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstetrics and gynecology*, 119(3), 647–655. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182479611>

- Leitão, M. (2021). Alterações psicológicas no puerpério. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ªed. texto rev., pp.443-454). LIDEL
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (s.d.). Cancro da mama - métodos de tratamento. Acedido em abril 26, 2023, em <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama-metodos-de-tratamento/>
- Maamri, A., Badri, T., Boujemla, H., & El Kissi, Y. (2019). Sexuality during the postpartum period: study of a population of Tunisian women. *La Tunisie medicale*, 97(5), 704–710.
- Machado, M. H. & Graça, L. M. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, visão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça (Eds.), *Medicina Materno Fetal* (5ªed. rev. atual., pp.220-228). LIDEL
- Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2021). Ameaça de parto pré-termo e parto pré-termo. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ªed. texto rev., pp. 211-215). LIDEL
- Marques, D. M., & Lemos, A. (2010). Sexuality and breastfeeding: woman/mother's dilemmas. *Revista De Enfermagem UFPE On Line*, 4(2), 622–630.
<https://doi.org/10.5205/reuol.806-7183-1-LE.0402201022>
- Marques, D. N. (2022). A intervenção do enfermeiro obstetra na prevenção do trauma perineal no parto. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/44158>
- Marques, P. (2022) *Manual de boas práticas – planeamento familiar*. USF Cartaxo Terra Viva. Acedido em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30032/3140672/COMO%20FAZEMOS/Manual%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20-%20Anexo%20III%20-%20Planeamento%20Familiar.pdf>

- Mascaranhas, C. (2020). Correção da ferida perineal (cirúrgica - episiotomia/traumática – laceração de 1º e 2º graus). In A. Sequeira, O. Pousa & C. F. Amaral (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ªed., pp.142-148). LIDEL
- Mascaranhas, C. & Rua, M. (2020). Ferida cirúrgica perineal seletiva (episiotomia). In A. Sequeira, O. Pousa & C. F. Amaral (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ªed., pp.137-141). LIDEL
- McDonald, E. A. & Bronw, S. J. (2013). Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOB: An Interbational Journal of obstetrics and Gynaecology*, 120(7), 823-830. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12166>
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Parecer 43/2019. (2019, maio 14) *Cálculos de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Parecer 03/2010. (2010, dezembro 22) *Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica e do enfermeiro de cuidados gerais no âmbito da saúde sexual e reprodutiva*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Parecer3_MCEESMO.pdf
- Monteiro, F. & Leite, C. F. (2021). Estados hipertensivos na gravidez. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ªed. texto rev., pp. 182-199). LIDEL
- MSD (2020). *Cancro da mama: orientações para o doente oncológico*. https://www.cancro-online.pt/wp-content/uploads/2020/06/Manual_CancroMama_12362_v2_pt.pdf

Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul (2018, 8 agosto). *Como deve ser feita a inibição da lactação?* BVS. Acedido 25 maio, 2023. Em <https://aps-repo.bvs.br/aps/como-deve-ser-feita-a-inibicao-da-lactacao/>

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005) *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

O'Reilly, B., Bottomley, C. & Rymer, J. (2005). O Puerpério. In P. Kumar & M. Clark (Eds), *Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia* (pp.367-381). Lusodidacta

Odar, E. & Wandabwa, J. & Kiondo, P. (2004). Sexual practices of women within six months of childbirth in Mulago hospital, Uganda. *African health sciences*, 3(3), 117-123.

DOI:[10.4314/ahs.v3i3.6847](https://doi.org/10.4314/ahs.v3i3.6847)

Okeahialam, N. A., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2024). The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3), 991–1004. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.021>

Ollivier, R., Aston, M., Price, S., Sheppard-LeMoine, D., & Steenbeek, A. (2024). 'Feeling Ready': A Feminist Poststructural Analysis of Postpartum Sexual Health. *Qualitative health research*, 34(3), 252–262. <https://doi.org/10.1177/10497323231209842>

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. OE.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11086/programa_formativo_eesmo_rev11_vf.pdf

Organização Mundial da Saúde (2017). *WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee*. OMS.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial da Saúde (2022). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e com recém-nascidos para uma experiência pós-natal positiva*. OMS.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf?sequence=1>

Organização Mundial de Saúde (2016) *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*. OMS.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf>

Organização Pan-Americana da Saúde (s.d.). Aleitamento materno e alimentação complementar. OPAS/OMS. <https://www.paho.org/pt/topicos/aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar>

Pardell-Dominguez, L., Palmieri, P. A., Dominguez-Cancino, K. A., Camacho-Rodriguez, D. E., Edwards, J. E., Watson, J., & Leyva-Moral, J. M. (2021). The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03578-y>

Pereira, A. S., Oliveira, D., Pereira, N. & Néné, M. (2020). *Intervenções do EESMO na prevenção do trauma perineal: Revisão sistemática da literatura*. Acedido março 2, 2025, de <https://www.nascerpositivo.pt/wp-content/uploads/2020/11/Intervencoes-do-EESMO-na-prevencao-do-trauma-perineal.pdf>

Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020b). *Chapter 11: Scoping Reviews*. In: Aromataris, E., & Munn, Z. (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Acedido março 15, 2025 de <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 141-146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Pillay, J. & Davis, T. J. (2023). Physiology, Lactation. STATPEARLS. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499981/>
- Pinheiro, P. (2022). *Contrações de Braxton Hicks (falso trabalho de parto)*. MD.SAÚDE. <https://www.mdsaude.com/gravidez/contracoes-de-braxton-hicks/>
- Portugal, Aviso nº 3916/2021 (2021, março 3). Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da república*, 2(43), pp.237-256.
- Portugal, Despacho nº 5613/2015. (2015, maio 27). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2(102), pp. 13550 - 13553
- Portugal, Despacho nº 6254/2017. (2017, setembro 21). Estabelece os critérios técnicos para os rastreios oncológicos de base populacional realizados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente no que diz respeito ao recrutamento e métodos de seleção. Revoga o n.º 2 do Despacho n.º 4808/2013, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 68, de 8 de abril de 2013. *Diário da República*, 2(187), pp. 20788 - 20789
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013). *Norma 010/2013 de 31/05/2013: Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_010_2013-05.2013.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional de vigilância da gravidez de baixo risco*. DGS. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2002) *Saúde Reprodutiva planeamento familiar: Orientações técnicas*. DGS. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/saudereprodutiva-planeamentofamiliar9.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2023) *Norma n° 001/2023 de 27/01/2023: Organização dos cuidados de saúde na preconção, gravidez e puerpério*. DGS. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-0012023-de-27-de-janeiro-de-2023-organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio-pdf.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2023) *Norma n° 002/2023 de 10/05/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. DGS. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da república*, 2(26), pp. 4744 – 4750.
- Portugal, Regulamento n.º 391/2019 (2019, maio 3). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da república*, 2(85), pp.13560-13565.
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2015). *The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears*. RCOG. <https://www.rcog.org.uk/media/5jeb5hzu/gtg-29.pdf>
- Salim, N. R. & Gualda, D. M. R. (2010). Sexualidade no puerpério: a experiência de um grupo de mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 44(4), 888-895. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400005>
- Santana, A. & Figueiredo, M. (2021). Vigilância do bem-estar materno-fetal. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ªed. texto rev., pp. 392-399). LIDEL

- Santos, D. A., Almeida, G. C., Bonfim, I., & Maia, J. S. (2022). Fatores associados à disfunção sexual feminina pós-parto. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 12(39), 218–225. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.39.218-225>
- Santos, M. J. F. & Batista, M. C. D. (2021). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ªed. texto rev., pp.455-472). LIDEL
- Sequeira, A., Freitas, C., Seabra, A. & Correia, T. I. (2020). Walking Epidural. In A. Sequeira, O. Pousa & C. F. Amaral (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ªed., pp.107-114). LIDEL
- Sequeira, A., Prata, A. P., Correia, T. I., Henriques, C. M. G. & Monteiro, M. J. (2020). Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação). In A. Sequeira, O. Pousa & C. F. Amaral (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ªed., pp.162-169). LIDEL
- Serviço Nacional de Saúde (2023). *BI-CSP USF Viseu cidade: quem somos*. SNS. Acedido em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20022/2182392/Pages/default.aspx>
- Siqueira, F. P. C. & Santos, B. A. (2017) Livre demanda e sinais de fome do neonato: percepção de nutrízes e profissionais da saúde. *Revista Saúde e Pesquisa* 10(2), 233-241. <https://doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n2p233-241>.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2020) Cancro Ginecológico: Consensos Nacionais 2020. https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2020/01/Brochuradig_ConsensosNacionais_23_310123-002.cleaned.pdf
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão (s.d.). HTA na grávida. Acedido em março 15, 2023, em <https://sphta.org.pt/hta-na-gravida/>

- Steen, M. & Diaz, M. (2018). Perineal trauma: A women's health and wellbeing issue. *British Journal of Midwifery*, 26(9), ISSN: 2052-4307.
<https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/clinical-practice/perineal-trauma-a-womens-health-and-wellbeing-issue>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M.D.J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E.A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M.G., Garritty, C., Lewin, S., Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
- Vettorazzi, J., Marques, F., Hentschel, H., Ramos, J. G. L., Martins-Costa, S. H. & Badalotti, M. (2012). Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. *Revista HCPA*, 32(4), 473-479.
https://www.hcpa.edu.br/downloads/pesquisa/RevistaCientifica/2012/32_semana_cientifica_do_hcpa_2012_seg.pdf
- Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. (2012). Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(4), 185–190.
<https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.720314>
- Yee, L. M., Kaimal, A. J., Nakagawa, S., Houston, K. and Kuppermann, M. (2013), Predictors of Postpartum Sexual Activity and Function in a Diverse Population of Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(6), 654-661. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12068>

Apêndices

Apêndice I - Sessão de Prep. para o Parto e Parentalidade: Amamentação

REPUBLICA PORTUGUESA
SAÚDE
ARS ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP
DÃO LAFÕES
ACES
Cópula Saúde Familiar
Viver a Vida
LIVRO

Amamentação

Enfermeira Ana Sofia Santos
7ºCMESMOG/12ºCLEESMO
Sob orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Paula Silva

1

Plano de Sessão

- Tipos de Lactação
- Anatomia e Fisiologia da Mama
- Leite Materno - Composição e Vantagens
- Pega e Posicionamento
- Dificuldades na Amamentação
- Extração e conservação do leite

2

OMS e UNICEF

O sucesso da amamentação manifesta-se pela manutenção do aleitamento materno exclusivo (AME) desde o nascimento até aos 6 meses de vida e a sua manutenção até aos 2 anos de idade em complementaridade com a restante alimentação.

Saraiva, 2010

3

Tipos de Lactação

- Aleitamento Materno**
 - Aleitamento materno exclusivo (AME)
 - Aleitamento materno predominante (AMP)
 - Aleitamento misto
 - Aleitamento materno complementado
- Leite Adaptado / Leite de Formula**

UNICEF, 2012

4

Aleitamento Materno

Aleitamento Materno Exclusivo (AME)

Oferecido à criança apenas o leite materno sem que haja adição de outros líquidos ou sólidos. Pode ser por sucção direta da mama ou leite materno extraído.

Aleitamento misto

Leite Materno + Leite de Fórmula

Aleitamento Materno Predominante (AMP)

Oferecido à criança água e outras bebidas, porém mantendo o aleitamento materno, que deve ser predominante sobre as outras bebidas.

Aleitamento Materno Complementado

Além do leite materno, são oferecidos alimentos sólidos ou semissólidos de forma complementar e não substitutiva.

Lopes, 2014

5

Anatomia da Mama

Alvéolos – Unidades que sintetizam e segregam o leite e que terminam nos ductos mamários. Rodeados por células mioepiteliais

Células Mioepiteliais – Contraem-se e com este movimento facilitam a expressão/expulsão do leite dos alvéolos

Lobulos Mamários – Conjunto de alvéolos, que segregam o leite e são drenados para os ductos.

Ductos Lactíferos – Conduzem o leite até ao exterior (terminam no mamilo). Estes ductos expandem temporariamente em resposta à saída do leite e voltam a ficar mais estreitos no fim da mamada

ANATOMIA DA MAMA DA MULHER

Saraiva, 2010; UNICEF, 2012

6

Tecido adiposo – Protege, dá forma e suporte à mama. Determina o tamanho da mama.

Aréola – Tecido erético de coloração mais escura e onde de encontram as *glandulas de Montgomery* (Hidratam e protegem o mamilo pela substância antibacteriana que produzem – lubrificam naturalmente o mamilo e a aréola). É um estímulo visual para o bebé

Mamilo – contem 4 a 9 poros por onde o leite é expulso; contem células mioepiteliais que reagem ao estímulo (toque, frio, sucção,...); é elástico e flexível podendo atingir o dobro do tamanho na boca do bebé; possui recetores tateis da ocitocina e prolactina, estimulados ao toque da boca do bebé.

ANATOMIA DA MAMA DA MULHER

Saraiva, 2010; UNICEF, 2012

7

Alterações das mamas na Gravidez

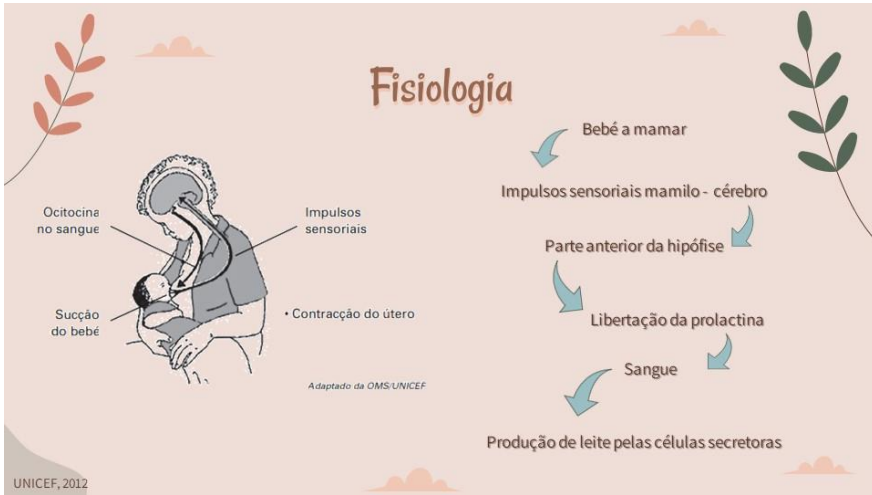
Objetivo: preparar as mamas para a lactação

- Aumento do tamanho das mamas
- Aumento da vascularização (podemos ver as veias)
- Aréola e mamilos mais proeminentes e pigmentados (duros e escuros)
- Hipersecreção das glândulas de Montgomery
- Pode ocorrer pequena saída de leite desde o início da gravidez

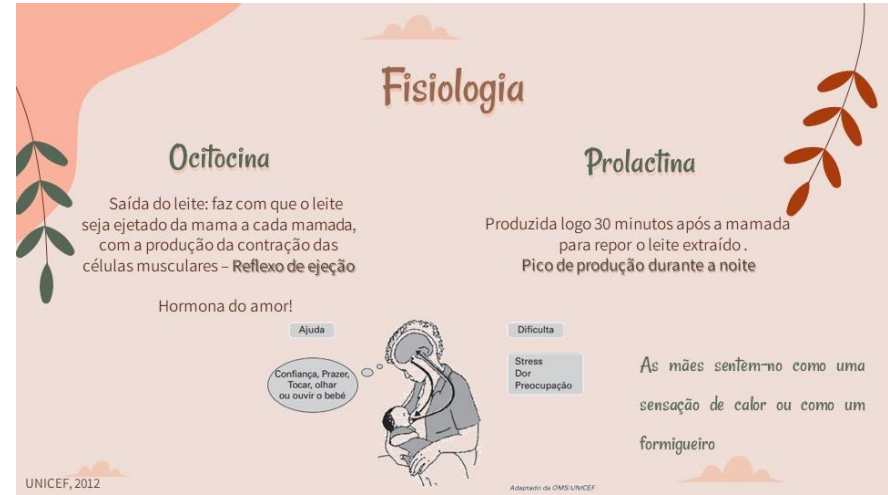
Desconforto – Mastalgia:
Aumento da tensão e da sensibilidade mamária decorrente da ação do estrogénio.

Saraiva, 2010

8



9



10



11



12

O Leite Materno varia em função



Fase da Lactação

Colostro, leite transição, leite maduro

Alimentação da mãe

Existe variação mas o impacto da variação não é muito evidente

Idade do bebé

Sabor, estimulação do bebé e fase do crescimento

Necessidades imunológicas

Contacto mãe-ambiente, contacto mãe-bebé, anticorpos, flora bacteriana

Duração e Frequência das mamadas

Têm impacto na concentração e produção de lípidos no leite

Hora do dia

Diferentes concentrações de hormonas

13

Ao longo da mamada - a controvérsia



Leite Inicial VS Leite Final

Mais aguado

Mais espesso e branco

A gordura está presente ao longo da mamada, no entanto o início da sua eliminação para consumo do bebé varia consoante o intervalo das mamadas



Medela, s.d.

14

Vantagens do Aleitamento Materno:

Para o Bebê:

- Melhor adaptação gastrointestinal – digestão e eliminação
- Proteção para infeções respiratórias, urinárias, gastrointestinais, ...
- Proteção para as alergias, principalmente ao leite de vaca
- Favorece o desenvolvimento neurológico do bebé
- Facilita na adaptação da futura alimentação
- A longo prazo – Prevenção de diabetes e linfomas
- Menores taxas de hospitalização em comparação com o Leite Artificial

ÓTIMO para estabelecer um vínculo afetivo Mãe – Bebê!

Saraiva, 2010; Lopes, 2014

15

Vantagens do Aleitamento Materno:

Para a Mãe:

- Ajuda na involução uterina – prevenindo hemorragias e anemia após o parto
- Ajuda no restabelecimento do útero ao seu tamanho normal
- Facilita a perda de peso
- Menor risco de osteoporose, cancro de mama, ovário, útero e diabetes tipo II

Libertação da Hormona do Amor - Permite à mãe sentir o prazer de amamentar, e favorecendo à vinculação;

Saraiva, 2010; Lopes, 2014

16

Vantagens do Aleitamento Materno: Para a Sociedade e Ambiente:



Sem impacto económico para as famílias e instituições de saúde, por redução das infeções e outras doenças que levam a gastos na saúde.

Contribui para a saúde do planeta, visto que não consome energias nem recursos naturais, não contamina e é consumido sem qualquer poluição

Saraiva, 2010; Lopes, 2014

17

Recomendações da OMS/UNICEF

- Iniciar a amamentação o mais precoce possível
- Amamentar exclusivamente até aos 6 meses de vida e só depois iniciar a introdução de alimentos
- Manter o aleitamento materno pelo menos até aos 2 anos de vida em complemento à alimentação
- Não dar outros líquidos ou alimentos até aos 6 meses (água e chás)
- Quando não for possível amamentar diretamente da mama, retirar o leite e dar de outra forma (ex. Copo, Sonda,...)
- Evitar chupetas e tetinas até que o aleitamento materno esteja bem estabelecido.

UNICEF, 2012

18

Quem é aconselhado a não Amamentar:

Mães com doenças

infecioas: HIV, Tuberculose ativa, Hepatite B

Doenças crónicas graves:

Artrite reumatóide, Lupus (as hormonas da lactação agravam a doença)

Mães que tomam medicação nociva ao bebé

Uso de drogas

Bebés com doenças metabólicas graves: fenilcetonúria, galactosemia

Saraiva, 2010

19

Pega e Posicionamento



20

Posicionamento na amamentação

Antes de iniciar a mamada **Lavar corretamente as mãos**
Observar o estado das mamas, não necessita da lavar as mamas antes da mamada

Adotar posição confortável e relaxada:

- Costas apoiadas;
- Pés apoiados, caso esteja sentada;
- Apoio das mamas se necessário, por exemplo com a mão que está livre;
- A mão que segura a mama deve ser colocada em "C" e não em pinça.

Sentada Bola de Rugby Deitada "Cavalinho"

Exemplos de posicionamento.

APMGF, 2019

21

Posicionamento na amamentação

O bebé deve estar acordado
O corpo do bebé deve estar próximo ao da mãe, à altura da mama (utilizar almofada, se necessário)
Corpo do bebé alinhado: deve formar uma linha reta e estar de com o corpo virado e próximo da mãe
O recém-nascido deve ter todo o corpo apoiado;
O bebé mais crescido deve ter pelo menos a cabeça e ombros apoiados
É o bebé que vai à mama - facilita se o bebé vier de baixo para cima, com a cara de frente para a mama e o nariz ao nível do mamilo

Posicionamento correcto vs errado.

APMGF, 2019

22

Reflexos do Recém-Nascido

Reflexos de Busca e apreensão – quando algo toca nos lábios ou bochecha do bebé, ele abre a boca, vira a cabeça em busca daquilo que lhe tocou e põe a língua para baixo e para fora – **No momento da mamada tocar com o mamilo no lábio inferior do bebé**

Reflexo de sucção – quando o mamilo ou outra coisa toca no palato do bebé este começa a sugar

Reflexo de deglutição – quando engole o leite que tem na boca

UNICEF, 2012

23

Sinais de Boa Pega


Passos para uma boa pega.

- Bebé desperto
- Boca bem aberta
- Bochechas arredondadas
- Lábios virados para fora
- Queixo encostado à mama e nariz afastado
- Mais aréola visível acima da boca do bebé do que abaixo


APMGF, 2019

24

Sinais de Sucção Eficaz	Sinais de Sucção Ineficaz
Sucções lentas e profundas, com pausas	Sucção rápida e superficial
Bochechas cheias, ouve-se o som da deglutição	Bochechas vazias
O bebé mama calmamente	Bebé inquieto e solta a mama frequentemente
Termina a mamada e o bebé parece satisfeito	O bebé mama com frequência e não parece satisfeito
A mãe não sente dor	A mãe sente dor
A mãe sente que a mama está menos cheia depois da mamada do que antes da mamada	A mãe sente as mamas semelhantes, antes e depois do bebé mamar



Pega correta



Pega incorreta

APMGF, 2019

25

As mamadas

Livre Demanda

O bebé deve mamar o tempo e as vezes que desejar. Devem fazer entre 8-12 mamadas

Sinais de Fome

Ter atenção a sinais como choro persistente e irritabilidade. O bebé irá largar a mama quando estiver saciado

Quantidade

O bebé deve esvaziar primeiro uma mama e só depois deve ser oferecida a outra se este manifestar sinais de fome

Contacto

Mãe deve manter contacto visual com o bebé, falar calmamente e concentrar-se neste momento de vínculo e afeto

Se dor ou maceração do mamilo

Colocar o mindinho no lábio inferior do bebé para suspender a mamada

Erutar

No fim da mamada o bebé deve ser colocado ereto ou apoiado no antebraço para arrotar

26

28

No fim da mamada

Deverá retirar algumas gotas de colostro/leite e espalhá-las sobre o mamilo e aréola, para evitar as gretas e fissuras nos mamilos e hidratar o mamilo

Deixe secar bem ao ar e mantenha as mamas secas no intervalo das mamadas;

Deverá começar a próxima mamada pela outra mama ou, se deu as duas, pela mama que terminou anteriormente.

Uma pega eficaz previne gretas e fissuras

27

Dificuldades da Amamentação



28

Dificuldades na amamentação



Fissuras nos mamilos	Ingurgitamento mamário	Bloqueio dos ductos Mamários
Tipos de Mamilos	Candidíase Mamária	Mastite

29

Fissuras nos mamilos

Podem ocorrer logo no início da amamentação. Principal causa do abandono da amamentação

Causas:

- Má posição do bebê;
- Pega incorreta
- Técnica de amamentação incorreta
- N° e duração da mamada inadequadas

Sintomas:

- Dor na amamentação – dor vai diminuindo ao longo da mamada

APMGF, 2019; Saraiva, 2010

30

Fissuras nos mamilos

O que fazer:

- Corrigir a pega;
- Mãe continuar a amamentar;
- Iniciar a mamada pelo mamilo menos doloroso
- Aplicar o leite materno nos mamilos, no fim de cada mamada e após o banho – facilita a cicatrização
- Expor o mamilo ao ar e luz entre as mamadas
- Evitar manter tecidos húmidos sobre os mamilos ou usar coletores quando se prevê um longo tempo fora de casa/longe do bebê
- Aplicar creme (lanolina)
- Se não conseguir amamentar, deve ser extraído o leite e oferecido por copo/colher.

APMGF, 2019; Saraiva, 2010

31

Mamilos planos ou invertidos

Os mamilos invertidos são aqueles que mesmo com a estimulação não fazem protusão (não saem) – muito raros.

Os mamilos planos e os pseudo-invertidos reagem à estimulação e possibilitam a amamentação.

Sintomas:

- A mãe pode sentir que os seus mamilos são muito pequenos para amamentar ou que o bebê não consegue pegar na mama



Mamilo Normal Mamilo Plano Mamilo Invertido

Saraiva, 2010

32

Mamilos planos ou invertidos

O que fazer:

Para além da estimulação com os dedos e/ou com o frio (deixando a mama ao ar), se persistir, podemos:



1. Recortar a extremidade da seringa onde se coloca a agulha
2. Retirar o êmbolo da seringa e colocar pela parte cortada
3. Ajustar a seringa ao mamilo e puxar delicadamente o êmbolo

UNICEF, 2012

33

Recomendações Gerais

Alimentar o bebé em livre demanda, sem o objetivo de "esvaziar" os seios

Aumentar as mamadas na mama afetada vai perpetuar o ciclo de hiperlactação (produção de elevadas quantidades de leite) e pode piorar o edema e inflamação da mama.

Evitar o uso de bicos de silicone

Representam uma extração não fisiológica do leite, assim como as bombas, e resultam de uma extração de leite inadequada. O bebé vai bebendo o leite que fica no reservatório do bico sem fazerem a pega adequada – o que retarda a melhoria da sintomatologia.

ABM Clinical Protocol #36, revisto 2022

34

Recomendações Gerais

Minimizar o uso de bombas extratoras

Estimulam a produção de leite sem que esta seja de forma fisiológica, como faz o bebé. Se necessário esvaziar a mama devem preferir a extração manual (ex. quando não está com o bebé e tem a mama cheia)

A extração com bombas não oferece a oportunidade de troca de bactérias boas entre a mãe e o bebé e pode ainda **levar a trauma** das estruturas internas na mama

As mulheres que utilizam bomba – devem extrair com a mesma frequência e volume que o bebé vai mamar – imitar a amamentação fisiológica.

Corrigir pega e posicionamento

ABM Clinical Protocol #36, revisto 2022

35

Recomendações Gerais

Evitar massagem profunda

A massagem profunda causa aumento da inflamação, edema dos tecidos e lesões microvasculares.

Apesar de poder reduzir a dor momentaneamente, não está recomendada por poder causar trauma da mama.

As compressões gentis enquanto amamenta podem ser feitas desde que a força exercida não seja excessiva – simula a extração manual do leite.

Vestir um sutiã de tamanho e suporte adequado

Como são muito vascularizados precisam de um bom suporte para evitar linfedemas (acumulação de linfa) e dor progressiva nas costas e pescoço

ABM Clinical Protocol #36, revisto 2022

36

Recomendações Gerais

Evitar soluções salinas e outros produtos tópicos

Estes produtos para além de não tratarem, podem levar a dano no tecidos mamários, principalmente quando combinados com a massagem profunda. O seu uso pode macerar a pele e contribuir para edemas localizados.

A única pomada que pode ser usada no mamilo é a lanolina

Evitar esterilização de rotina de bombas extratoras e itens de uso doméstico

As peças da bomba devem ser lavadas após cada uso, mas a esterilização de rotina não previne doenças na mama.

A comunicação das mamas com o ambiente externo previne a infeção dos tecidos profundos em vez de promovê-la.

ABM Clinical Protocol #36, revisto 2022

37

Recomendações Gerais

Reduzir a inflamação e dor

Gelo e Anti-inflamatórios – diminui o edema e inflamação e fornece alívio sintomático
Analgésicos – reduz a dor (paracetamol)

O calor pode promover o conforto, mas vai fazer a vasodilatação e piorar alguns sintomas. A sua utilização não mostra melhores

Utilizar ultrassom terapêutico

Utiliza energia térmica para reduzir a inflamação e aliviar o edema.
 Realizado por médico ou fisioterapeuta treinado até alívio dos sintomas

ABM Clinical Protocol #36, revisto 2022

38

Recomendações Gerais

Tentar manter sempre a amamentação fisiológica do bebé!!

Amamentar de ambas as mamas – não aumentar extração de leite da mama afetada em relação aquilo que seria fisiológico.

ABM Clinical Protocol #36, revisto 2022

39

Ingurgitamento mamário

Pode ocorrer a quando da "subida do leite" entre o 3º e 5º dia, no entanto pode atrasar até aos 9-10 dias dependendo do tipo de parto (ingurgitamento tardio)

Melhorando quando as mamas percebem, o sinal sobre a quantidade de leite que o bebé precisa.

Ocorre devido ao aumento da quantidade de sangue e fluidos nos tecidos que suportam a mama.

Causas:

- Excesso de produção de leite;
- Atraso no estabelecimento da amamentação
- Pega incorreta
- Diminuição da duração e do nº vezes das mamadas
- Défice de funcionamento da ocitocina



ABM Clinical Protocol #36, revisto 2022; APMGF, 2019

40

Ingurgitamento mamário

A mama está muito cheia e o bebé pode não conseguir agarrar de forma eficaz na mama, contribuindo para a estase (paragem) do leite e agravando o ingurgitamento

Sintomas:

- Sinais inflamatórios (mamas vermelhas, quentes e brilhantes);
- A dor é nas duas mamas;
- Endurecimento;
- Febre durante 24 horas;
- Inchaço geralmente entre o 3º e 5º dia.

Recomendações específicas:

- Drenagem linfática (de baixo para cima) para aliviar o edema
- Alojamento conjunto na maternidade
- Se necessário realizar extração manual do leite e não com bomba
- Amolecer a aréola (pressão reversa) e retirar manualmente uma pequena quantidade de leite antes do bebé começar a mamar

ABM Clinical Protocol #36, revisto 2022

41

Bloqueio/Estreitamento dos ductos mamários

Pequenas áreas da mama que não deixam passar bem o leite, ou este ficar parado naquela região da mama - se não for tratado pode levar a infeções. Pode resolver espontaneamente mas a mulher apresenta dor residual no local.

Causas:

- Trauma da mama;
- Roupa muito apertada. Atenção ao sutiã
- Bebé mamar sempre na mesma posição
- Pega incorreta
- Diminuição do número de mamadas
- Ingurgitamento mamário

Sintomas:

- Endurecimento é mais focado numa área da mama
- Pode apresentar nódulo, edema, rubor e dor num local da mama
- Sem febre, nem mal-estar geral

ABM Clinical Protocol #36, revisto 2022; APMGF, 2019

42

Candidíase mamária

Candida albicans - Fungo presente no corpo de todas as pessoas que por vários fatores se começa a multiplicar em excesso, provocando uma irritação ou dor na mama

Causas:

- Passagem do bebé no canal de parto, que pode estar infetado e este fica com o vírus na boca, que o vai transmitir para os mamilos maternos.



APMGF, 2019; Saraiva, 2010

43

Candidíase mamária

Sintomas:

- Dor intensa no mamilo
- Prurido no mamilo ou sensação de queimadura com irradiação para dentro da mama
- Mamilo cor de rosa, brilhante e descamativo mas mama sem sinais inflamatórios
- Manchas brancas na boca do bebé.

Tratamento:

- Secar cuidadosamente as mamas após cada mamada;
- Aplicar pomada antifúngica (prescrita por médico)
- Retirar os restos da pomada, antes de voltar a amamentar, mas sem esfregar para não magoar a pele
- Tomar antifúngico oral - mãe e bebé

APMGF, 2019; Saraiva, 2010

44

Mastite

Inflamação da mama, associada à estase do leite. Mais comuns entre a 3ª e 4ª semana mas pode ocorrer até as 12 semanas.

Não Infeciosa/ Inflamatória

Estase de leite, resultante da remoção ineficaz do leite



Infeciosa

Se houver persistência de estase de leite, pode ocorrer infecção que, na maioria dos casos, é causada por *Staphylococcus aureus*.

ABM Clinical Protocol #36, revisto 2022; APMGF, 2019

45

Mastite

Fatores de Risco:

- Fissuras no mamilo;
- Má pega;
- Sucção não eficaz;
- Desmame precoce;
- Elevada produção de leite;
- Ducto bloqueado;
- Episódio prévio de mastite;
- Cansaço/stress materno;
- Pressão na mama (ex.: roupa apertada, cinto do carro);
- Infecção fúngica da mama.

Sintomas:

- Sinais inflamatórios (Rubor, calor e dor) na mama
- Endurecimento de uma ou ambas as mamas
- Arrepios/calafrios
- Febre
- Dores musculares
- Grande mal-estar



ABM Clinical Protocol #36, revisto 2022; APMGF, 2019; Saraiva, 2010

46

Mastite

Recomendações específicas:

- O uso de antibiótico apenas está recomendado para mastite infecciosa e não devem ser feitos profilaticamente (como prevenção) da mastite
- A mastite inflamatória pode ser resolvida com as recomendações gerais
- Considerar o uso de alguns probióticos que já demonstraram ter efeito na prevenção e tratamento da mastite infecciosa
- Quando realizar extração de leite da mama afetada não deve desperdiçá-lo, já que mesmo a mastite bacteriana não é contra-indicação de amamentar

Pode amamentar da mama afetada seja a mastite infecciosa ou inflamatória – é seguro para o bebê.

ABM Clinical Protocol #36, revisto 2022

47

Extração e Conservação do Leite



48

Extração do leite

1. Lavar as mãos antes de iniciar a extração do leite
2. Escolher o modo de extração
3. Ter atenção ao recipiente onde se vai armazenar o leite (se reutilizáveis – atenção à higienização dos mesmos)
4. Estimulo positivo para maior ejeção do leite



ABM Clinical Protocol #8, revisto 2017

49

Extração do leite

- Não misturar leite extraído em diferentes momentos
- Identificar dia e hora da extração
- Após extração, se o leite permanecer no frigorífico, pode ser congelado até 48 horas após a extração
- Usar primeiro o leite recentemente extraído (maior capacidade imunológica e com menos deterioração dos seus componentes)
- Não encher os recipientes mais de $\frac{3}{4}$ - o leite materno expande quando congelado

ABM Clinical Protocol #8, revisto 2017

50

Extração do Leite

Manual



Bomba

Manual



Elétrica



UNICEF, 2012

51

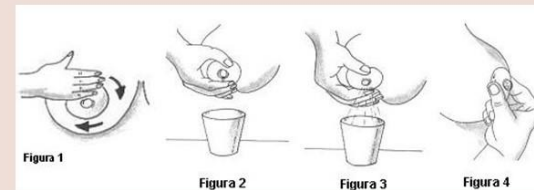
Extração Manual

Figura 1 - Massajar a mama de forma circular

Figura 2 - Pegue na sua mama com a mão em forma de "C", cobrindo a aréola. Com o polegar na parte superior e os restantes a parte inferior da mama, pressione contra si.

Figura 3 - Comprima suavemente a mama sem pressionar ou puxar o mamilo. Os seus dedos devem estar sempre em torno da aréola

Figura 4 - Este movimento não deve causar dor e deverá ser repetido pelos vários lados da mama



UNICEF, 2012

52

Conservação do Leite Materno

Conservação segura de Leite Materno	
Leite acabado de extrair	Tempo máximo
À temperatura ambiente (<25°C)	6 a 8 horas
Leite refrigerado	Tempo máximo
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (0 a 4°C)	8 dias
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (4 a 10°C) (* Se temperatura >5°C depois do 3º dia, consumir 6h seguintes)	3/5 dias*
Leite congelado	Tempo máximo
No congelador (localizado dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador (separado tipo combinado)	3/6 meses
Na arca congeladora (-19°C ou + baixo)	+6 meses
Descongelação do leite	Tempo máximo
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	Consumo imediato

ABM Clinical Protocol #8, revisto 2017

53

Descongelar o Leite Materno

- Colocar o recipiente em água quente;
- Colocar o recipiente em baixo de água quente corrente
- Lentamente, deixando no frigorífico – mais benéfico por menos perda de gordura com o processo de descongelação.
- Não usar o microondas – causa inibição das proteínas no leite

- Depois de descongelado deve ser usado dentro de 24h;
- Não voltar a congelar o leite que já foi descongelado.



ABM Clinical Protocol #8, revisto 2017

54

Curiosidades...

55

Quantidade de Leite que o Bebê precisa

			
Dia 1	Dia 2	Semana 1	Mês 1
5 - 7 ml	22 - 27 ml	45 - 60 ml	80 - 150 ml

56

Ganho de peso no primeiro ano de vida

0 - 6 semanas	13 - 30 gs/dia
< 4 meses	113 - 227 gs/semana
4 - 6 meses	85 - 142 gs/semana
7 - 12 meses	42 - 85 gs/semana



57

Bibliografia

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (2019). Boas Práticas em Aleitamento Materno: Guia de apoio a profissionais de saúde. Acedido em <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Aleitamento-Materno.pdf>

Eglash, A., Simon, L. & Academy of Breastfeeding Medicine (2017). ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017. Breastfeeding medicine 12(7), pp.390-395. Doi: 10.1089/bfm.2017.29047.aje

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. UNICEF. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Lopes, A. (2014). Aleitamento Materno. Acedido em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/243740/mod_resource/content/1/ALEITAMENTO%20MATERNO%202014.pdf

Medela, (s.d.) Composição do leite materno: De que é composto o seu leite materno? Acedido em <https://www.medela.pt/amamentacao/jornada-da-mae/composicao-do-leite-materno>

Mitchell, K., Johnson, H., Rodríguez, J. Eglash, A., Scherzinger, C., Zakarija-Grkovic, I., Cash, K., Berens, P., Miller, B. & Academy of Breastfeeding Medicine (2022). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. Breastfeeding medicine 17(5), pp. 360-376. Doi: 10.1089/bfm.2022.29207.kb

Saraiva, H. (2010). Aleitamento materno: Promoção e manutenção. Lidel.

58

Obrigada!

Questões?



59

Apêndice II - Marcador de Livro: Extração e Conservação do Leite Materno



Extração do Leite Materno

Lavar as mãos antes de iniciar a extração do leite

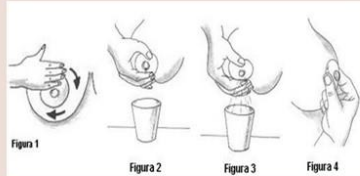
Escolher o modo de extração—Manual ou bomba (manual ou elétrica)

Ter **atenção ao recipiente** onde se vai armazenar o leite (se reutilizáveis – atenção à higienização dos mesmos)

Estímulo positivo para maior ejeção do leite—olhar para o bebé ou fotografia dele, pensar nele, ...




Extração Manual do Leite Materno



- Figura 1** - Massajar a mama de forma circular
- Figura 2** - Pegue na sua mama com a mão em forma de "C", cobrindo a aréola. Com o polegar na parte superior e os restantes a parte inferior da mama, pressione contra si.
- Figura 3** - Comprima suavemente a mama sem pressionar ou puxar o mamilo. Os seus dedos devem estar sempre em torno da aréola
- Figura 4** - Este movimento não deve causar dor e deverá ser repetido pelos vários lados da mama

Bibliografia: Eglash, A, Simon, L. & The Academy of Breastfeeding Medicine. (2017) ABM Clinical Protocol #6: Human Milk Storage: Information for Home Use for Full-Term Infants. Revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 12(7), 390-395. doi: [10.1089/bfm.2017.29047.a6](https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29047.a6)



Extração do Leite Materno

Lavar as mãos antes de iniciar a extração do leite

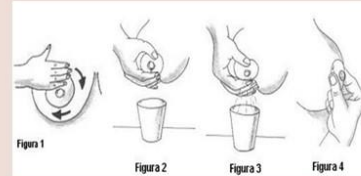
Escolher o modo de extração—Manual ou bomba (manual ou elétrica)

Ter **atenção ao recipiente** onde se vai armazenar o leite (se reutilizáveis – atenção à higienização dos mesmos)

Estímulo positivo para maior ejeção do leite—olhar para o bebé ou fotografia dele, pensar nele, ...




Extração Manual do Leite Materno



- Figura 1** - Massajar a mama de forma circular
- Figura 2** - Pegue na sua mama com a mão em forma de "C", cobrindo a aréola. Com o polegar na parte superior e os restantes a parte inferior da mama, pressione contra si.
- Figura 3** - Comprima suavemente a mama sem pressionar ou puxar o mamilo. Os seus dedos devem estar sempre em torno da aréola
- Figura 4** - Este movimento não deve causar dor e deverá ser repetido pelos vários lados da mama

Bibliografia: Eglash, A, Simon, L. & The Academy of Breastfeeding Medicine. (2017) ABM Clinical Protocol #6: Human Milk Storage: Information for Home Use for Full-Term Infants. Revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 12(7), 390-395. doi: [10.1089/bfm.2017.29047.a6](https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29047.a6)



Extração do Leite Materno

Lavar as mãos antes de iniciar a extração do leite

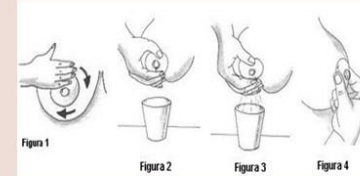
Escolher o modo de extração—Manual ou bomba (manual ou elétrica)

Ter **atenção ao recipiente** onde se vai armazenar o leite (se reutilizáveis – atenção à higienização dos mesmos)

Estímulo positivo para maior ejeção do leite—olhar para o bebé ou fotografia dele, pensar nele, ...




Extração Manual do Leite Materno



- Figura 1** - Massajar a mama de forma circular
- Figura 2** - Pegue na sua mama com a mão em forma de "C", cobrindo a aréola. Com o polegar na parte superior e os restantes a parte inferior da mama, pressione contra si.
- Figura 3** - Comprima suavemente a mama sem pressionar ou puxar o mamilo. Os seus dedos devem estar sempre em torno da aréola
- Figura 4** - Este movimento não deve causar dor e deverá ser repetido pelos vários lados da mama

Bibliografia: Eglash, A, Simon, L. & The Academy of Breastfeeding Medicine. (2017) ABM Clinical Protocol #6: Human Milk Storage: Information for Home Use for Full-Term Infants. Revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 12(7), 390-395. doi: [10.1089/bfm.2017.29047.a6](https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29047.a6)

Conservação e Armazenamento do Leite Materno

- ♥ **Não misturar** leite extraído em diferentes momentos
- ♥ **Identificar** dia e hora da extração
- ♥ Após extração, se o leite permanecer no frigorífico, **pode ser congelado até 48 horas após a extração**
- ♥ **Usar primeiro o leite recentemente extraído** (maior capacidade imunológica e com menos deterioração dos seus componentes)
- ♥ **Não encher os recipientes mais de ¾** - o leite materno expande quando congelado
- ♥ **Evitar** guardar na porta do frigorífico

Conservação Segura do Leite	
Leite acabado de Extrair	Tempo máximo
À temperatura ambiente (<25°C)	6 a 8 horas
Leite no Frigorífico	Tempo máximo
Fundo da prateleira junto ao congelador (0 a 4°C)	8 dias
Restantes prateleira (4 a 10°C)	3/5 dias
Leite congelado	Tempo máximo
No congelador (localizado dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador (separado tipo combinado)	3/6 meses
Na arca congeladora (-19°C ou mais baixo)	6/12 meses
Descongelação do leite	Tempo máximo
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	Consumo imediato

♥ATENÇÃO:

Não usar o microondas para descongelar o leite Materno, pois causa inibição das proteínas no leite

Não voltar a congelar o leite que já foi descongelado.

Em caso de dúvidas, contacte

Enfermeira Paula Silva

Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e

Obstetria

Conselheira em Aleitamento Materno

Onde estamos:

USF Viseu Cidade

Av. António José de Almeida—Edifício MAS

3514-511 Viseu

Tel. 232 419 938

enfpaulasilva77@gmail.com

REALIZADO POR: ENFERMEIRA ANA SOFIA SANTOS
ALUNA DO 7.º C.M.E.S.M.O.G./I.2.º C.L.E.E.S.M.O.
SOB ORIENTAÇÃO DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM
SAÚDE MATERNA E OBSTETRIA PAULA SILVA

Bibliografia: Eglish, A., Simon, L., & The Academy of Breastfeeding Medicine (2017). ABM Clinical Protocol #6: Human Milk Storage: Information for Home Use for Full-Term Infants. Revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 12(7), 390-395. doi:10.1089/bfm.2017.29247.ajs

Conservação e Armazenamento do Leite Materno

- ♥ **Não misturar** leite extraído em diferentes momentos
- ♥ **Identificar** dia e hora da extração
- ♥ Após extração, se o leite permanecer no frigorífico, **pode ser congelado até 48 horas após a extração**
- ♥ **Usar primeiro o leite recentemente extraído** (maior capacidade imunológica e com menos deterioração dos seus componentes)
- ♥ **Não encher os recipientes mais de ¾** - o leite materno expande quando congelado
- ♥ **Evitar** guardar na porta do frigorífico

Conservação Segura do Leite	
Leite acabado de Extrair	Tempo máximo
À temperatura ambiente (<25°C)	6 a 8 horas
Leite no Frigorífico	Tempo máximo
Fundo da prateleira junto ao congelador (0 a 4°C)	8 dias
Restantes prateleira (4 a 10°C)	3/5 dias
Leite congelado	Tempo máximo
No congelador (localizado dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador (separado tipo combinado)	3/6 meses
Na arca congeladora (-19°C ou mais baixo)	6/12 meses
Descongelação do leite	Tempo máximo
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	Consumo imediato

♥ATENÇÃO:

Não usar o microondas para descongelar o leite Materno, pois causa inibição das proteínas no leite

Não voltar a congelar o leite que já foi descongelado.

Em caso de dúvidas, contacte

Enfermeira Paula Silva

Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e

Obstetria

Conselheira em Aleitamento Materno

Onde estamos:

USF Viseu Cidade

Av. António José de Almeida—Edifício MAS

3514-511 Viseu

Tel. 232 419 938

enfpaulasilva77@gmail.com

REALIZADO POR: ENFERMEIRA ANA SOFIA SANTOS
ALUNA DO 7.º C.M.E.S.M.O.G./I.2.º C.L.E.E.S.M.O.
SOB ORIENTAÇÃO DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM
SAÚDE MATERNA E OBSTETRIA PAULA SILVA

Bibliografia: Eglish, A., Simon, L., & The Academy of Breastfeeding Medicine (2017). ABM Clinical Protocol #6: Human Milk Storage: Information for Home Use for Full-Term Infants. Revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 12(7), 390-395. doi:10.1089/bfm.2017.29247.ajs

Conservação e Armazenamento do Leite Materno

- ♥ **Não misturar** leite extraído em diferentes momentos
- ♥ **Identificar** dia e hora da extração
- ♥ Após extração, se o leite permanecer no frigorífico, **pode ser congelado até 48 horas após a extração**
- ♥ **Usar primeiro o leite recentemente extraído** (maior capacidade imunológica e com menos deterioração dos seus componentes)
- ♥ **Não encher os recipientes mais de ¾** - o leite materno expande quando congelado
- ♥ **Evitar** guardar na porta do frigorífico

Conservação Segura do Leite	
Leite acabado de Extrair	Tempo máximo
À temperatura ambiente (<25°C)	6 a 8 horas
Leite no Frigorífico	Tempo máximo
Fundo da prateleira junto ao congelador (0 a 4°C)	8 dias
Restantes prateleira (4 a 10°C)	3/5 dias
Leite congelado	Tempo máximo
No congelador (localizado dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador (separado tipo combinado)	3/6 meses
Na arca congeladora (-19°C ou mais baixo)	6/12 meses
Descongelação do leite	Tempo máximo
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	Consumo imediato

♥ATENÇÃO:

Não usar o microondas para descongelar o leite Materno, pois causa inibição das proteínas no leite

Não voltar a congelar o leite que já foi descongelado.

Em caso de dúvidas, contacte

Enfermeira Paula Silva

Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e

Obstetria

Conselheira em Aleitamento Materno

Onde estamos:

USF Viseu Cidade

Av. António José de Almeida—Edifício MAS

3514-511 Viseu

Tel. 232 419 938

enfpaulasilva77@gmail.com

REALIZADO POR: ENFERMEIRA ANA SOFIA SANTOS
ALUNA DO 7.º C.M.E.S.M.O.G./I.2.º C.L.E.E.S.M.O.
SOB ORIENTAÇÃO DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM
SAÚDE MATERNA E OBSTETRIA PAULA SILVA

Bibliografia: Eglish, A., Simon, L., & The Academy of Breastfeeding Medicine (2017). ABM Clinical Protocol #6: Human Milk Storage: Information for Home Use for Full-Term Infants. Revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 12(7), 390-395. doi:10.1089/bfm.2017.29247.ajs

Apêndice III - Cancro da Mama: Tratamento Cirúrgico e Ensinos

Cancro da Mama: Tratamento Cirúrgico e Ensinos

O cancro da mama é o tipo de tumor mais comum na mulher e o segundo mais frequente em todo o mundo. Este tem início na mama, geralmente nos ductos mamários, e pode alastrar para o estroma. As células cancerígenas crescem e dividem-se muito mais rapidamente que as células saudáveis, e apresentam um ciclo de vida mais prolongado.

Se não for tratado, este tumor primário poderá continuar a crescer e metastizar, envolvendo os tecidos circundantes. A presença de células tumorais nos nódulos linfáticos aumenta a probabilidade de metastização, o que vai ditar a estratégia de tratamento.

Estratégias de tratamento:

Os principais fatores que ajudam a determinar a estratégia de tratamento são:

- Idade e condição de geral de saúde da doente;
- Estadiamento do tumor;
- Histologia do tumor: permite definir em que tipo de tecido o cancro teve início, se é invasivo ou não invasivo;
- Grau do tumor, ou seja, o quanto as células tumorais se diferenciam das células do tecido mamário normais e o quanto rapidamente crescem. Quanto maior o grau, mais agressivo o tumor será;
- Presença de recetores hormonais e sobreexpressão do gene HER2;
- Marcadores de proliferação.

Uma das principais estratégias de tratamento é a cirurgia, que pode ser:

Conservadora - é removido o tumor e tecido mamário envolvente, com margem de segurança (**tumorectomia**), ou é retirado o quadrante em que se encontra o tumor (**quadrantectomia**). Pode associar-se ainda a remoção dos gânglios linfáticos da axila do lado afetado (**linfadecentomia axilar**).

Mastectomia – é removida toda a mama e só é realizada quando não há possibilidade de a conservar. Pode ser realizada uma mastectomia simples ou total, com a remoção apenas da mama, incluindo aréola, mamilo, pele e glândula mamária, ou mastectomia radical modificada,

onde é removida toda a mama e gânglios linfáticos axilares, preservando apenas a musculatura peitoral.

Reconstrutiva – tem o objetivo de criar a forma da mama o mais normal possível e pode ser realizada durante a intervenção cirúrgica para extrair o cancro da mama ou alguns meses ou até anos mais tarde. Deve ser sempre discutida desde o início esta possibilidade com a utente para melhor decisão da intervenção a submeter a mulher.

Durante a intervenção cirúrgica é muitas vezes realizada biópsia dos gânglios sentinela, uma vez que são os mais importantes gânglios linfáticos axilares. Se forem detetadas células cancerígenas nestes gânglios durante a intervenção cirúrgica é realizado o esvaziamento axilar, isto é, a remoção destes gânglios axilares afetados. Nestas situações é necessário estarmos atentos a possíveis complicações como o linfedema, diminuição e alteração da sensibilidade da região axilar e braço, alterações nos movimentos do ombro e risco de infeções.

Ensinos a realizar:

Logo após intervenção cirúrgica:

- Manter o braço afetado afastado do corpo cerca de 20 cm e apoiado sobre uma almofada;
- Os drenos colocados na intervenção deverão permanecer cerca de cinco dias. A mulher pode movimentar-se à vontade (dentro das suas limitações), mas tendo atenção para não fazer repuxamento dos mesmos;
- Depois de serem retirados os drenos cateteres, devem iniciar-se os exercícios de mobilização recomendados, que visam diminuir a dor, evitar dificuldades no movimento do ombro, linfedema e diminuição de sensibilidade;
- Começar por vestir primeiro o braço do lado operado e só depois o outro. Ao despir realizar o movimento contrário;
- Não usar desodorizantes, cera depilatória, lâmina depilatória ou máquina de barbear na axila do lado afetado;
- Evitar dormir sob o braço afetado, pois pode provocar linfedema;
- Não fazer esforços com o membro operado, tais como: carregar sacos pesados, pegar crianças ao colo, empurrar, puxar ou usar mala nesse braço;
- Usar cremes neutros e hipoalergénicos;
- Evitar a exposição solar e temperaturas elevadas nos banhos.

Recuperação pós-operatória:

- Manter a independência nos autocuidados (higiene, pentear, vestir e alimentar-se) pois estas atividades fazem parte da recuperação;
- Realizar os exercícios propostos para realização das atividades de vida normal e restabelecer gradualmente a mobilidade do braço do lado afetado;
- Realizar as tarefas diárias de forma repartida, podendo passar a ferro e limpar a casa, desde que se faça intervalos frequentes;
- Utilizar dedal quando costurar e tendo cuidado com agulhas e alfinetes;
- Evitar lesões e cortes ao arranjar as unhas e cutículas;
- Evitar traumas no membro operado (cortes, queimaduras, picadas de inseto), mas se existirem, devem ser desinfetados de imediato;
- No membro afetado não devem ser administradas injeções, avaliadas tensões arteriais, realizadas análises, nem acupuntura;
- Quando em repouso ou sentada, elevar o membro numa almofada;
- Evitar conduzir nas primeiras semanas após a cirurgia.

O serviço de cirurgia geral do IPO de Coimbra, em 2015, publicou um guia de apoio de exercícios de recuperação a realizar pós-mastectomia que pode ser consultado em <https://www.ipocoimbra.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2020/04/guia-de-apoio-exercicios-de-recuperacao-dos-membros-superiores-apos-mastectomia-cir.pdf>, onde são explanados os exercícios que as mulheres devem iniciar e realizar diariamente, conforme tolerância, por parte das mulheres, para uma recuperação ativa da mobilidade do braço afetado.

Referências bibliográficas

- MSD (2020). *Cancro da mama: orientações para o doente oncológico*. https://www.cancro-online.pt/wp-content/uploads/2020/06/Manual_CancroMama_12362_v2_pt.pdf
- Instituto Português de Oncologia de Coimbra (2015). *Exercícios de Recuperação dos Membros Superiores Pós-Mastectomia* <https://www.ipocoimbra.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2020/04/guia-de-apoio-exercicios-de-recuperacao-dos-membros-superiores-apos-mastectomia-cir.pdf>

Instituto Português de Oncologia de Lisboa (2020). *Mastectomia*. <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/MASTECTOMIA.pdf>

Instituto Português de Oncologia de Lisboa (2020). *Esvaziamento axilar*.
<https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/ESVAZIAMENTO-AXILAR.pdf>

Apêndice IV- Exame Extemporâneo

Exame Extemporâneo

O exame extemporâneo consiste na avaliação anátomo-patológica durante o intraoperatório para fornecer um diagnóstico ou informações sobre determinado tumor no decorrer da cirurgia. Dependente do resultado, a conduta de tratamento pode ou não ser alterada, assim como a área de ressecção e adequação da quantidade de material a remover para posterior análise biopatológica. Este procedimento tem vindo a perder importância progressivamente devido à introdução de novas técnicas de biópsia pré-operatória.

Os objetivos deste exame são fazer o diagnóstico intraoperatório, ou seja, circunstâncias em que os doentes já estão anestesiados numa sala de operações, fazer o estadiamento e avaliação de limites cirúrgicos. Com este exame diminui-se ou elimina-se a necessidade de uma segunda anestesia, reduz-se o tempo de internamento do doente e assim que acorda já sabe o que foi encontrado na cirurgia, reduzindo os níveis de ansiedade.

O exame extemporâneo pode ser usado para diagnóstico ou para estadiamento, sendo atualmente o primeiro caso muito raro, tendo em conta que normalmente já teriam sido feitos exames imagiológicos e/ou histológicos antes da intervenção cirúrgica.

Este exame pode ser feito por punção aspirativa por parafina ou por corte com congelação, onde a peça cirúrgica removida é rapidamente congelada e após o congelamento o patologista faz cortes transversais finos e faz a avaliação da peça. Estando o anatomopatologista na sala de operações possibilita a conservação de tecidos em condições ótimas, o que permite técnicas de avaliação que não podem ser utilizadas em tecidos fixados em formol.

A realização do exame extemporâneo no cancro da mama, no gânglio sentinela e do cancro do útero mostra-se muito importante para determinação das margens e dos limites cirúrgicos, e a necessidade de procedimentos mais ou menos invasivos, tendo em conta os achados encontrados logo durante a cirurgia.

De ressaltar que o colégio de especialidade de anatomia patológica da ordem dos médicos emitiu a recomendação de “não realizar um exame extemporâneo peroperatório se o resultado não afetar diretamente a decisão cirúrgica” uma vez que “se não houver uma decisão clínica a ser tomada cujo resultado do exame extemporâneo influencie, é preferível não realizar este exame e submeter a amostra para análise histológica de rotina.”

Referências bibliográficas

- Colégio da Especialidade de Anatomia Patológica da Ordem dos Médicos (2017) *Exame extemporâneo peroperatório se o resultado não afetar diretamente a decisão cirúrgica*. Ordem dos médicos. <https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Anatomia-Patolo%CC%81gica-5.pdf>
- Fonseca, I. (2010). *Possibilidades e Vantagens do Exame Extemporâneo*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Acedido em http://comissaodecurso0713.isgreat.org/files/aula31/desgravada_-_exame_extemporaneo_0.pdf?i=1

Apêndice V- O Pai Na Amamentação: Percepções e Conhecimento no seu Papel de Mediador Uma Scoping Review



1

Plano de Sessão

Fases	Conteúdos	Métodos	Meios auxiliares	Tempo
Introdução	- Breve introdução à temática desenvolvida na Scoping Review			
Desenvolvimento	- Enquadramento teórico: - A evolução do papel do Pai - O Pai e a amamentação - Métodos - Resultados - Discussão	Expositivo e Interativo	Computador, videoprojector, Diapositivos	30 minutos
Conclusão	- Considerações Finais			

2



3



4



O sucesso da amamentação relaciona-se com o desejo e a satisfação da mãe em amamentar e do seu sistema de suporte

Um dos fatores positivos que influenciam o AM é um “bom apoio familiar, principalmente do companheiro, emocional, econômico e social”, por isso é imperativo que o pai/companheiro(a) seja envolvido e esteja capacitado para colaborar neste processo, ajudando ao estabelecimento de uma amamentação bem-sucedida.

(Saraiva, 2010)

5



A evolução do papel do Pai

Os pais mais novos sentem necessidade de assumir o seu papel parental interventivo e ativo, acompanhando desde cedo os seus filhos e envolvendo-se emocionalmente com estes.

6



Historicamente

- Estereótipo de protetor, a pessoa responsável pela família;
- Chefe de família e fonte de rendimento

Atualmente

- Reconfiguração do papel e assumindo novas funções:
- Companheiro, educador, participante nas atividades domésticas

(Saraiva, 2010)

7



Paternidade Consciente

Cuidados centrada na família

Promover e facilitar o envolvimento dos pais na saúde dos seus recém-nascidos, passando a existir a complexa tríade mãe-pai-bebé e abandonando a tradicional ideia da díade mãe-bebé que, desde o início dos tempos, era inerente à parentalidade

(Crippa, et al., 2021)

8

Hoje, a figura paterna, a sua relação com os seus filhos e o seu papel como pai pode afetar a vida dos seus descendentes.

Pais que:

- se sentem mais competentes quanto ao seu papel
- que são incentivados pela sua parceira

- Melhor relação conjugal;
- Mais tempo disponível;
- Envolvem-se na parentalidade partilhada (onde deve estar incluído o AM)



(Alcântara, 2021)

9

O Pai e a Amamentação

O conhecimento dos pais sobre as vantagens da amamentação e o seu apoio, compreensão e apoio na tomada de decisões pode ser relevante para as mães que amamentam.



(Alcântara, 2021)

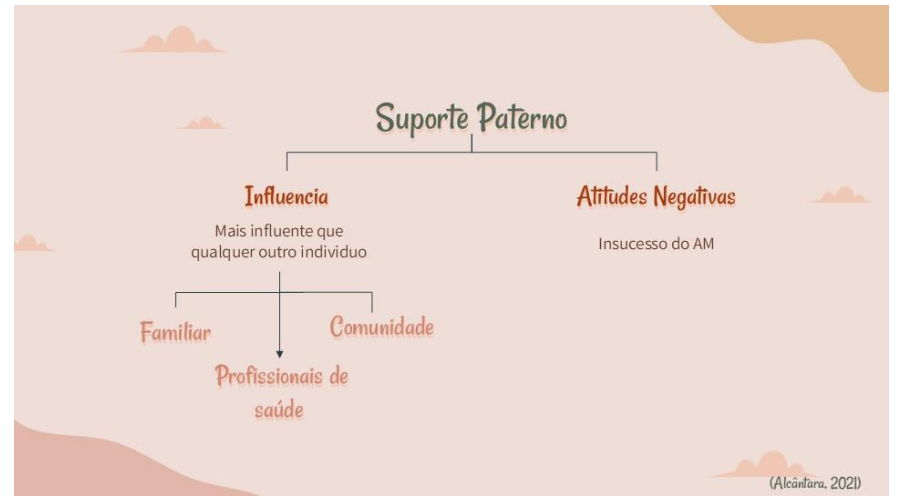
10

Mães que percebem que os seus companheiros as apoiam e demonstram confiança na sua capacidade de amamentar decidem mais facilmente sobre o início e a manutenção da amamentação, atribuindo-lhes, assim, o significado do sucesso da amamentação.



(Alcântara, 2021)

11



12

Intervenções do pai no processo de amamentação

- 01**
Apoiar emocionalmente a mãe, dando-lhe estímulos positivos verbais e não verbais, relativamente à sua dedicação e comprometimento com o AM;
- 02**
Levar a criança até à mãe quando esta chora para mamar e dar colo/consolar o bebé quando não tem fome;
- 03**
Cuidar do bebé – colocar a eructar, mudar a fralda, deitá-lo, passeá-lo, entretê-lo e brincar;

(Saraiva, 2010)

13

Intervenções do pai no processo de amamentação

- 04**
Não levar latas de leite, tetinas e chupetas para casa;
- 05**
Participar na amamentação –
- Estar presente, acariciar e tocar no bebé para aumentar a vinculação da triade;
- Dar biberão/copo de leite materno se bebé não amamentado diretamente em todas as mamadas;
- Massajar as costas da mãe durante a amamentação;
- 06**
Assumir responsabilidades –
cuidar de outros filhos, preparar refeições e bebidas à mãe, controlar visitas que impeçam a mãe de descansar;
- 07**
Ser sereno, paciente e compreensivo.

(Saraiva, 2010)

14

Os Enfermeiros

Têm a responsabilidade de promover a paternidade, de encorajar a presença do pai e incentivar a mãe a apoiar o seu envolvimento nos cuidados prestados ao seu filho, no entanto alguns pais percebem entraves/preconceitos em relação ao AM e à definição do seu papel na amamentação, mesmo considerando que é essencial para o seu filho.

(Saraiva, 2010)

15

A Figura paterna tem vindo a ganhar cada vez mais relevância e importância na vida dos seus filhos, sendo fundamental para as suas funções e desenvolvimento.

Também o papel dos pais na amamentação tem vindo a ser mais reconhecido, pois o seu apoio, cuidado e motivação são cruciais no sucesso deste.

16

Métodos

"Quais os conhecimentos e percepções dos Pais no seu papel de mediadores do Aleitamento Materno?"

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre o conhecimento e o papel do pai na Amamentação, por si percebido



17

Modelo de Formulação PCC

População
Pai/Companheiro(a)/Parceiro

Conceito
Amamentação/ percepção paterna/ conhecimento/papel do pai

Contexto
Comunidade




18

Crítérios de Inclusão

- Estudos redigidos em português, inglês e espanhol;
- Sem restrição temporal;
- Estudos que explicitam o papel do pai, as percepções e o seu envolvimento no AM, por parte do mesmo.

Excluídos, artigos que:

- Referenciam outros tipos de alimentação nos bebés que não o aleitamento materno (formulas lácteas);
- Aleitamento em bebés pré-termo internados em unidades hospitalares e em contextos específicos como filhos de mães com HIV;
- As mulheres dos participantes sejam grávidas ou puérperas que ainda não tenham tido alta clínica do puerpério;
- Unicamente referenciam a percepção da mãe no papel do companheiro na amamentação.



19

Expressão Boleana de pesquisa:

("role"[MeSH Terms] OR "role"[Title/Abstract]) AND ("fathers"[MeSH Terms] OR "fathers"[Title/Abstract] OR "father"[Title/Abstract] OR "paternal behavior"[MeSH Terms] OR "paternal"[Title/Abstract] OR "dads"[Title/Abstract] OR "partner"[Title/Abstract]) AND ("breast feeding"[MeSH Terms] OR "breast feeding"[Title/Abstract] OR "breastfeeding"[Title/Abstract])

Artigos Encontrados nas bases de dados

PubMed: 225
Web of Science: 410
CINAHL Complete: 297
MEDLINE: 313
Nursing and Allied: 21

Total:
1266 artigos

Artigos Incluídos: 18



20

Resultados

Dos 18 artigos selecionados segundo os critérios de inclusão, 13 são estudos primários e os restantes 5 são estudos secundários.



21

	Tipo de Artigo	Participantes	Questão de Investigação	Nível de Evidência
E1. Fathers and breastfeeding: Attitudes, involvement and support (Al Namir, Brady & Gallagher, 2017) Reino Unido	Scoping Reviews	Artigos focados principalmente nos pais e que tenham bebés de termo. 48 estudos distintos	Determinar qual a literatura existente sobre as atitudes do pai na amamentação e no seu envolvimento no suporte da sua companheira	2
E2. Relationships between paternal attitudes, paternal involvement, and infant-feeding outcomes: Mixed-methods findings from a global on-line survey of English-Speaking fathers (Atkinson et al., 2021) Reino Unido	Estudo descritivo com análise qualitativa e quantitativa	Pais com mais de 18 anos com bebés até às 52 semanas. Foram incluídos 212 pais na análise quantitativa e 208 na análise qualitativa atendendo às respostas dadas no questionário.	Determinar a associação entre as atitudes paternas e paternidade com os métodos de alimentação do bebé, o nível de envolvimento paterno, os resultados alimentares do bebé e ao relação pai-bebé.	3
E3. Fathers' experiences of supporting breastfeeding challenges for breastfeeding promotion and educations (Brown & Davies, 2014) Reino Unido	Estudo transversal	117 pais que tiveram filhos nos últimos 2 anos e iniciaram a amamentação	Perceber a experiência dos pais no apoio a mãe ao AM, e as suas atitudes perante a educação, informação e apoio que os mesmos recebem	4B
E4. Supporting breastfeeding: Tazanian men's knowledge and attitude towards exclusive breastfeeding (Bulemela et al., 2019) Tanzânia	Estudo qualitativo	35 homens de 3 vilas do distrito de Ifakara em setembro de 2015	Avaliar o conhecimento sobre os benefícios do AME, das desvantagens de não amamentar e como é que eles apoiam as suas companheiras durante este processo.	3

22

	Tipo de Artigo	Participantes	Questão de Investigação	Nível de Evidência
E5. Partner behaviours improving breastfeeding outcomes: An integrative review (Davidson & Ollerton, 2020) Austrália	Revisão Integrativa da Literatura	Mulheres e/ou companheiros, não sendo estes necessariamente casados ou do mesmo sexo, em 8 estudos distintos	Determinar que comportamento de apoio ao AM específico do companheiro aumenta as taxas de início da prática da amamentação, do AME e da duração desta prática.	2
E6. Men's views and experiences of infant feeding: A qualitative systematic review (Earle & Hadley, 2018) Reino Unido	RSL	Homens em 20 estudos distintos com discussão sobre o objetivo deste estudo.	Explorar a visão e a experiência dos pais na alimentação do seu bebé.	1
E7. The role of fathers during breastfeeding (deMontigny et al., 2017) Canadá	Estudo qualitativo	43 homens, com mais de 18 anos, de 3 áreas geográficas diferentes de Quebec, em que os filhos tivessem sido amamentados exclusivamente pelo menos até aos 6 meses de vida.	Identificar a percepção dos pais do seu papel no contexto da amamentação.	3
E8. Strategic roles of fathers in optimizing breastfeeding practices: a study in an urban setting of Jakarta (Feburhartany, 2008) Indonésia	Estudo transversal	536 casais com bebés entre os 0-6 meses, que coabitam e a mãe sempre amamentou o seu filho.	Perceber que papéis dos pais têm maior influência no apoio do início da amamentação e do AME e os seus fatores determinantes para a sua manutenção.	4B
E9. Determinants of fathers' involvement in breastfeeding practices in Kuala Selangor (Mat Nawi & Hamid, 2021) Malásia	Estudo transversal	203 pais com bebés de termo saudáveis com menos de 2 anos de idade e que sejam os pais biológicos das crianças.	Identificar os determinantes do envolvimento do pai na prática do AM.	4B

23

	Tipo de Artigo	Participantes	Questão de Investigação	Nível de Evidência
E10. Perceived roles of fathes in the promotion, support and protection of breastfeeding (Mgolozei et al., 2018) África do Sul	Estudo exploratório com análise qualitativa	12 homens com bebés com menos de 6 meses de idade que as suas companheiras ainda amamentassem.	Explorar e descrever os papéis percebidos dos pais no apoio, proteção e promoção do AM.	3
E11. Exploring Fathers' role in breastfeeding practices in the Urban and Semiurban setting of Karachi, Pakistan (Mithani et al., 2015) Paquistão	Estudo exploratório com análise qualitativa	6 pais de uma área urbana e 6 pais de uma área semiurbana	Identificar o conhecimento e crenças dos pais do Paquistão em relação ao aleitamento materno	3
E12. Breastfeeding in the community - how can partners/fathers help? A systematic review (Ogbo et al., 2020) Suíça	RSL	34 casais e 1174 mulheres em 7 artigos distintos. Incluídos artigos com referência ao início, duração e exclusividade do AM e o suporte do parceiro.	Determinar o impacto dos tipos específicos de suporte do companheiro na implementação, duração e exclusividade do AM.	1
E13. Health promotion: partners' perceptions of breastfeeding (Okon, 2004) Reino Unido	Estudo qualitativo	8 homens de diferentes contextos étnicos	Perceber que percepção sobre o AM têm os pais, qual o seu contributo na tomada de decisão de amamentar e como é que a promoção na saúde contribui para melhores resultados na amamentação.	3
E14. Building a place for the father as an ally for breast feeding (Pontes, Osório & Alexandrino, 2006) Brasil	Estudo exploratório qualitativo	Grupo 1 - 11 homens; Grupo 2 - 9 mulheres	Analisar a opinião dos homens e das mulheres na participação do pai no AM.	3

24

	Tipo de Artigo	Participantes	Questão de Investigação	Nível de Evidência
E15. The Breastfeeding Team: The role of involved fathers in the breastfeeding family (Rempel, L. & Rempel, J., 2011) Canadá	Estudo qualitativo	21 casais em que a mãe está a amamentar	Descrever como é ser pai de um bebé amamentado e qual o seu papel na família que amamenta.	3
E16. A new model of father support to promote breastfeeding (Sherriff, Panton & Hall, 2014) Reino Unido	Estudo qualitativo	11 homens com mais de 18 anos, que foram casal a amamentar nos últimos 3 anos	Analisar o conceito de apoio do pai na relação aos serviços de maternidade e nos diversos contextos de saúde	3
E17. Fathers' Experiences and Perspectives of breastfeeding: A Scoping Review (Sihota et al., 2019) Canadá	Scoping Review	Homens em 18 estudos internacionais distintos, excluídos no AM em recém-nascidos pré-termo ou hospitalizados, experiências maternas no AM, diferentes tipos de alimentação dos bebés e sem menção ao papel do pai na amamentação.	Explorar as experiências, papéis e necessidades dos pais de bebés amamentados	2
E18. Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Austrália (Tahotoa et al., 2009) Austrália	Estudo exploratório qualitativo	48 mulheres e 28 homens, entre os 26-48 anos, de bebés amamentados	Identificar a perceção do casal do que constitui medidas de suporte no AM, com particular ênfase no apoio paternal.	3

25



26



27

Conhecimento

Níveis de Conhecimento

Os níveis de conhecimento influenciam o sucesso do aleitamento materno.

Quando os pais têm bom conhecimento sobre o AM: apoiam esta prática, têm melhor relação com a mãe e envolvem-se na tríade da amamentação.

O conhecimento é fundamental para o sucesso do AM.

Falta de Conhecimento

Os pais sentem a necessidade de mais conhecimento.

Veem-na como uma lacuna, para poder suportar melhor as suas companheiras tanto na tomada de decisão de amamentar como na manutenção do AM.

28

Tomada de Decisão

Exclusão do Processo

Os pais sentem-se muitas vezes excluídos do processo de decisão do seu filho ser amamentado ou não.

Para eles esta decisão é feita exclusivamente pela mãe e eles são um elemento insignificante na tomada de decisão.

Influência sobre a Mãe

A participação do pai na tomada de decisão, através das suas atitudes e comportamentos e com o apropriado conhecimento, influenciam a mãe na sua própria tomada de decisão sobre o início e a manutenção do AM.



29

Envolvimento no AM

Suporte Emocional

Encorajamento que dá à sua parceira;
Reforço positivo de que está a dar o seu melhor;
Respeitar as suas decisões;
Permanecer junto dela enquanto amamenta.

Suporte Prático

Todas as atividades que o homem assume em prol de preservar o descanso da sua companheira e da vinculação com o seu bebé, aumentando a confiança do trinómio Pai-Mãe-Bebé.

Este apoio prático pode passar pelo cuidar do bebé, realizar tarefas da vida diária do casal, antecipar as necessidades da diáde mãe-bebé e supri-las.




30

Envolvimento no AM

Envolvimento positivo

O apoio do pai e as suas atitudes positivas perante a amamentação são essenciais para uma boa vivência da parentalidade partilhada e da continuidade do AM.





31

Perceções Negativas

Exclusão

Os pais sentem-se muitas vezes excluídos da amamentação por considerarem que este é um momento exclusivo da mãe, relatando ciúme, isolamento e ressentimentos durante o AM e sentem-se impotentes e desvalorizados no cuidar do bebé.

Crenças Culturais

Têm grande influência quer na presença do pai durante a amamentação, quer na sua responsabilidade e no seu papel enquanto pai no AM.



32

Percepções Negativas

Falta de Apoio

A figura paterna, ainda é desvalorizada por alguns profissionais de Saúde, esquecida e não incentivada a participar nas consultas, levando à percepção negativa demonstrada pelos pais, a falta de apoio, seja ele pela família, pelos profissionais de saúde, amigos ou até companheira, no seu envolvimento no processo da amamentação, tendo sentido exclusão nos cursos pré-natais para o AM.

33

Vinculação Pai-Bebé

Barreira

Os pais percebem a amamentação como uma barreira, já que é a mãe que passa grande parte do tempo com o seu filho e não conseguem criar a ligação com o bebé que pretendiam.

Criação do Vínculo

Alguns pais veem a prática do AM muito relevante e a sua própria presença é essencial para a criação do vínculo.

O pai deveria estar presente no processo de amamentação e, sempre que possível apoiar a amamentação, acariciando o bebé e a tocar durante o ato de amamentar, beneficiando de uma interação precoce e melhor vinculação do trinómio Pai-Mãe-Bebé.



34

Conclusão

Os pais querem estar envolvidos no processo de AM, desde a tomada de decisão até à manutenção do mesmo para que seja uma experiência positiva tanto para ele, como para o casal.



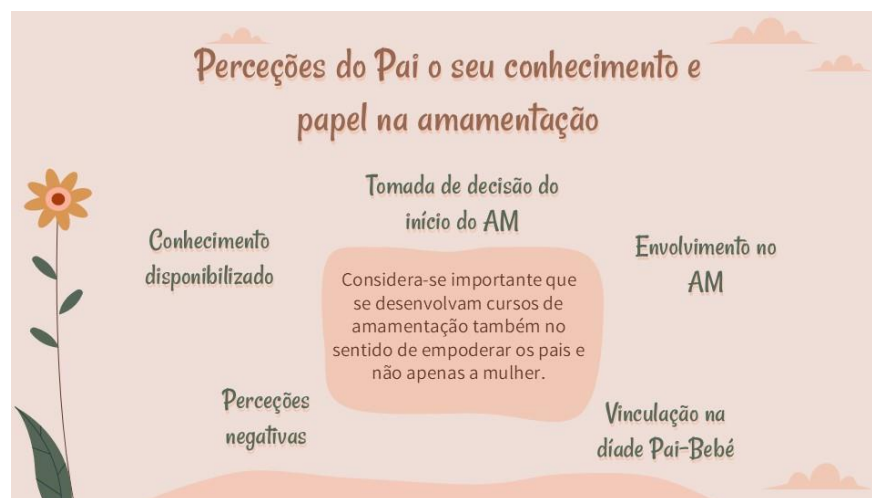
35

Os profissionais de saúde

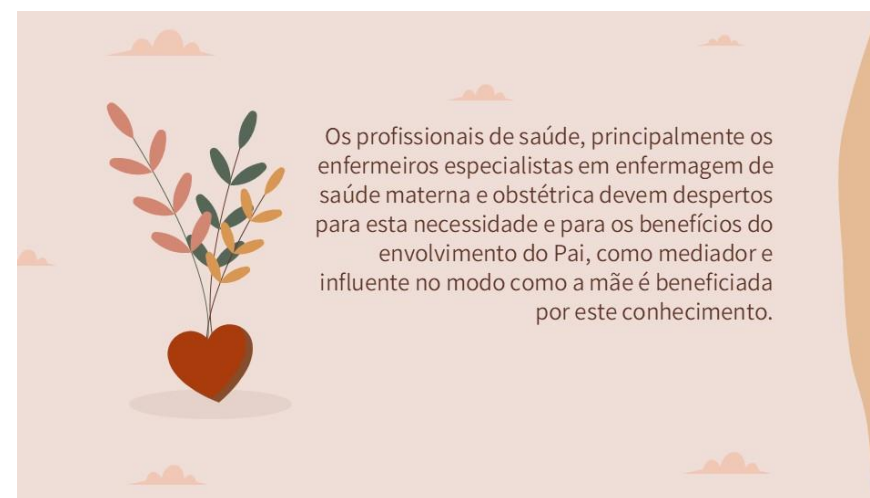
Devem encarar todas as oportunidades, durante o pré-natal, para empoderar o Pai e dotá-lo de conhecimento para que este possa ser um agente ativo no AM, permitindo assim alcançar metas de AME que sem eles não será possível.



36



37



38

Referências Bibliográficas

Al-Namir, H., Brady, A.-M., & Gallagher, L. (2017). Fathers and breastfeeding: Attitudes, involvement and support. *British Journal of Midwifery*, 25(7), 426-440. <https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.7.426>

Alcântara, F., Santos, I., Silva, D., Silva, C., & Silva, A. (2021). The role of father in breastfeeding: Challenges for nursing in the rooming-in care. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 13(1), 861-867. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.n571>

Atkinson, L., Silverio, S., Bick, D., & Fallon, V. (2021). Relationships between paternal attitudes, paternal involvement, and infant-feeding outcomes: Mixed-methods findings from a global on-line survey of English-speaking fathers. *Maternal & Child Nutrition*, 17(S1), e13147. <https://doi.org/10.1111/mcn.13147>

Brown, A., & Davies, R. (2014). Fathers' experiences of supporting breastfeeding: Challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal & Child Nutrition*, 10(4), 510-526. <https://doi.org/10.1111/mcn.12129>

Bulemela, J., Mapunda, H., Snelgrove-Clarke, E., MacDonald, N., & Bortolussi, R. (2019). Supporting breastfeeding: Tanzanian men's knowledge and attitude towards exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, 14(52). <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0244-7>

Carvalho, C. C. G. M. R. (2018). Envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2038>

Costa, C. R. (2007). Representação do papel do pai no aleitamento materno [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório aberto UP. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62560/2/124142_33M.pdf

Crippa, B., Consales, A., Morniroli, D., Lunetto, F., Bettinelli, M., Sannino, P., Rampini, S., Zanotta, L., Marchisio, P., Plevani, L., Gianni, M., Mosca, F., & Colombo, L. (2021). From dyad to triad: A survey on fathers' knowledge and attitudes toward breastfeeding. *European Journal of Pediatrics*, 180(9), 2861-2869. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04034-x>

Cunha, M., & Santos, E. (2021). Revisão sistemática da literatura com meta-análise: Um guia prático para iniciantes. Edições Esgotadas.

Davidson, E., & Ollerton, R. (2020). Partner behaviours improving breastfeeding outcomes: An integrative review. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 33(1), e15-e23. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.010>

39

Referências Bibliográficas

deMontigny, F., Gervais, C., Larivière-Bastien, D., & St-Ameault, K. (2018). The role of fathers during breastfeeding. *Midwifery*, 58, 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.001>

Earle, S., & Hadley, R. (2018). Men's views and experiences of infant feeding: A qualitative systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 14(3), 1. <https://doi.org/10.1111/mcn.12586>

Febuhrartanty, J. (2008). Strategic roles of fathers in optimizing breastfeeding practices: A study in an urban setting of Jakarta [Tese doutoramento, Universidade da Indonésia]. <https://skripsistikes.files.wordpress.com/2009/08/33.pdf>

Jeneral, R., Bellini, L., Duarte, C. & Duarte, M. (2015). Aleitamento materno: Uma reflexão sobre o papel do pai. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 17(3), 140-147. <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/21445>

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno. UNICEF. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Lima, W., Castro, M., Santos, E., Calado, H., Malkes, N., Wanderley, T., & Santos, R. (2020). A percepção do pai sobre o aleitamento materno. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 18800-18812. <https://doi.org/10.34119/bjhr.v3n6-268>

Mat Nawi, N. I., & Abdul Hamid, S. B. (2021). Determinants of fathers' involvement in breastfeeding practices in Kuala Selangor. *Malaysian Journal of Nutrition*, 27(1), 15-26. <https://doi.org/10.31216/mjn-2020-0070>

Migolozzi, S. E., Khoza, L. B., Shilubane, H. N., & Nesarwanji, C. N. (2018). Perceived roles of fathers in the promotion, support and protection of breastfeeding. *Africa Journal of Nursing & Midwifery*, 20(2), 1-19. <https://doi.org/10.25159/2520-5293/4060>

Mithani, Y., Premani, Z. S., Kurji, Z., & Rashid, S. (2015). Exploring fathers' role in breastfeeding practices in the urban and semiurban settings of Karachi, Pakistan. *The Journal of Perinatal Education*, 24(4), 249-260. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.4.249>

Natal, F. A., & Martins, R. (2011). Aleitamento materno: O porquê do abandono. *Millenium*, 40, 39-51. http://hdl.handle.net/10400_19/1214

Ogbo, F. A., Akombi, B. J., Ahmed, K. Y., Rwabilimbo, A. G., Ogbo, A. O., Uwalibi, N. E., Ezech, O. K., Agho, K. E., & On Behalf of The Global Maternal and Child Health Research Collaboration GloMACH. (2020). Breastfeeding in the community: How can partners/fathers help? A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph17020413>

Okon M. (2004). Health promotion: Partners' perceptions of breastfeeding. *British Journal of Midwifery*, 12(6), 387-393. <https://doi.org/10.12968/bjom.2004.12.6.13141>

40

Referências Bibliográficas

- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A., Welch, V., Whiting, P., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters M., Godfrey C., McInerney P., Munn Z., Tricco A., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI manual for evidence synthesis* (Chap 11). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pontes, C. M., Osório, M. M., & Alexandrino, A. C. (2009). Building a place for the father as an ally for breast feeding. *Midwifery*, 25(2), 195–202. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.09.004>
- Rempel, L. A., & Rempel, J. K. (2011). The breastfeeding team: The role of involved fathers in the breastfeeding family. *Journal of Human Lactation*, 27(2), 115–121. <https://doi.org/10.1177/0890324410390045>
- Saraiva, H. (2010). Aleitamento materno: Promoção e manutenção. Lidel.
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica. Lidel.
- Sherriff, N., Pantou, C., & Hall, V. (2014). A new model of father support to promote breastfeeding. *Community Practitioner*, 87(5), 20–24.
- Sihota, H., Olfie, J., Kelly, M. T., & McCuaig, F. (2019). Fathers' experiences and perspectives of breastfeeding: A scoping review. *American Journal of Men's Health*, 13(3). <https://doi.org/10.1177/1557989319851616>
- Silva Filho, F., & Silva, A. (2020). Efeitos da participação do pai no processo de aleitamento materno [Centro Universitário de Fortaleza]. Repositório Institucional do Centro Universitário Fametro. <http://repositorio.fametro.com.br/jsui/handle/123456789/306>
- Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y. L., Howat, P., Burns, S., & Binns, C. W. (2009). Dads make a difference: An exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International Breastfeeding Journal*, 4(15). <https://doi.org/10.1186/1746-4358-4-15>
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Ak, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M., Garrity, C., Lewin, S., Godfrey, C., Macdonald, M., Langlois, E., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, O., & Straus, S. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. doi: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>