



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Motivação das puérperas para a amamentação no momento da alta hospitalar**

Daniela Filipa de Almeida Tojal

Setembro de 2024





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# Motivação das puérperas para a amamentação no momento da alta hospitalar

Daniela Filipa de Almeida Tojal

Estágio com relatório final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Paula Alexandra  
Batista Nelas

Setembro de 2024



## **Dedicatória**

À minha família e ao meu namorado, cujo amor incondicional e apoio inabalável me forneceram a força e a inspiração necessárias para perseguir os meus sonhos e superar cada desafio.

Às inúmeras mães e profissionais de saúde que contribuíram para que fosse possível a realização deste estudo.

Este trabalho é dedicado a vocês, com a esperança de que possa contribuir, ainda que modestamente, para melhorar a saúde e o bem-estar de mães e bebês em todo o mundo. A cada pessoa que desempenhou um papel, por menor que fosse, nesta jornada, o meu profundo agradecimento e reconhecimento.



## Resumo

**Enquadramento:** O presente documento, estágio com relatório final, tem como finalidade apresentar o desenvolvimento de conhecimentos e a aquisição de competências para a obtenção do título de enfermeiro especialista e o grau de mestre em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Na primeira parte, relativa à componente clínica, irão ser apresentados, segundo uma descrição crítico-reflexiva, os estágios realizados ao longo do ano, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros e pelo plano curricular do curso. Na componente de investigação será abordada a motivação das puérperas para a amamentação, no momento da alta hospitalar.

**Objetivos:** Analisar crítica e reflexivamente as atividades desenvolvidas, os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas, baseadas nas competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMO), ao longo dos seis estágios e avaliar a motivação das puérperas para amamentar no momento da alta hospitalar, em função das variáveis sociodemográficas, suporte e recursos, contexto obstétrico e depressão pós-parto.

**Métodos:** No âmbito do relatório do estágio de natureza profissional, seguiu-se uma metodologia descritiva, com enquadramento crítico-reflexivo, relativamente às atividades desenvolvidas, tendo como linha orientadora os objetivos propostos para cada um dos estágios, tendo como padrão o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, bem como as evidências científicas. Na componente de investigação, foi efetuado um estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional, com uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 254 puérperas. A média de idades da amostra foi de 31,9 anos. Foi aplicado um questionário, que permitiu fazer a caracterização sociodemográfica, de suporte e recursos e obstétrica. Foi ainda incluída a escala da motivação para a amamentação (Nelas et al, 2008) e a escala de depressão pós-parto de Edimburgo (Cox et al, 1987), validada para a população portuguesa por Santos et al (2007). No estudo, foram assegurados todos os procedimentos éticos e legais, de acordo com a legislação nacional e da EU em vigor (Lei n.º 58/2019, Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08; e Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. Os dados foram analisados com recurso ao programa IBM® SPSS® Statistics 28.0.

**Resultados:** O presente relatório demonstra a evolução no desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO, no contexto do mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, e acreditamos que as competências adquiridas e as reflexões efetuadas neste percurso contribuam para a formação de excelência nesta área de especialização. Durante este percurso formativo, foi tida em consideração o respeito pela individualidade e prática segundo o código deontológico inerente ao Enfermeiro Obstetra. A prática sustentada em evidência científica, também foi tida em consideração. A segunda parte do relatório integra a componente de investigação. Neste estudo, verifica-se que as puérperas estão motivadas para a amamentação no momento da alta hospitalar. Quanto aos preditores que podem influenciar a motivação, podemos referir o estado civil, os recursos disponíveis e a relação inversa que existe com a DPP.

**Conclusões:** O conhecimento científico e o desenvolvimento de competências especializadas é fundamental para a prática de excelência, sustentada em evidência científica. Foram alcançados todos os números de experiências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para a atribuição do título de EEESMO, de acordo com a diretiva europeia 2005/36/CE de 7 de setembro. O estudo empírico sugere que apesar da motivação das puérperas para amamentar devem ser realizados mais estudos no sentido de apurar que

outros contextos podem influenciar o sucesso da amamentação, tal como preconizado pela OMS e UNICEF.

**Palavras-chave:** Amamentação; Motivação; Puérperas; Alta hospitalar; Depressão pós-parto

## Abstract

**Background:** The present document, an internship with a final report, aims to present the development of knowledge and the acquisition of skills necessary to obtain the title of specialist nurse and a master's degree in Maternal, Obstetric, and Gynecological Health. In the first part, concerning the clinical component, a critical-reflective description of the internships carried out throughout the year will be presented, following the guidelines of the Order of Nurses and the course curriculum. The research component will address the motivation of postpartum women for breastfeeding at the time of hospital discharge.

**Objectives:** To critically and reflectively analyze the activities carried out, the knowledge acquired, and the skills developed based on the general and specific competencies of the Specialist Nurse in Maternal, Obstetric, and Gynecological Health Nursing (EEESMO) throughout the six internships, and to assess the motivation of postpartum women to breastfeed at the time of hospital discharge, considering sociodemographic variables, support and resources, obstetric context, and postpartum depression.

**Methods:** As part of the professional nature of the internship report, a descriptive methodology with a critical-reflective framework was followed regarding the activities carried out, guided by the objectives proposed for each of the internships, with the EEESMO competency profile and scientific evidence as a standard. In the research component, a quantitative, descriptive, cross-sectional, and correlational study was conducted, with a non-probabilistic convenience sample consisting of 254 postpartum women. The mean age of the sample was 31.9 years. A questionnaire was applied, allowing for sociodemographic, support and resources, and obstetric characterization. The breastfeeding motivation scale (Nelas et al., 2008) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox et al., 1987), validated for the Portuguese population by Santos et al. (2007), were also included. All ethical and legal procedures were ensured in the study, following national and EU legislation in force (Law No. 58/2019, Official Gazette No. 151/2019, Series I of 2019-08-08; and Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and the Council of April 27, 2016, regarding the protection of individuals concerning the processing of personal data and the free movement of such data). Data were analyzed using IBM® SPSS® Statistics 28.0 software.

**Results:** This report demonstrates the progress in developing common and specific competencies in EEESMO within the context of the master's degree in Maternal and Obstetric Health Nursing. We believe that the skills acquired and the reflections made during this journey contribute to excellence in this area of specialization. Throughout this training journey, respect for individuality and practice according to the deontological code inherent to the Obstetric Nurse was considered. Practice based on scientific evidence was also taken into account. The second part of the report includes the research component. In this study, it was found that postpartum women are motivated to breastfeed at the time of hospital discharge. Regarding the predictors that may influence motivation, we can mention marital status, available resources, and the inverse relationship with postpartum depression (PPD).

**Conclusions:** Scientific knowledge and the development of specialized skills are fundamental for excellence in practice, supported by scientific evidence. All the experiences required by the Order of Nurses for the title of EEESMO, according to the European Directive 2005/36/CE of September 7, were achieved. The empirical study suggests that despite postpartum women's motivation to breastfeed, further studies should be conducted to determine what other contexts may influence breastfeeding success, as recommended by WHO and UNICEF.

**Keywords:** Breastfeeding; Motivation; Postpartum women; Hospital discharge; Postpartum depression

## Sumário

Lista de tabelas

Lista de gráficos

Lista de siglas

<b>Introdução</b> .....	19
<b>Parte I – Relatório da componente prática</b> .....	23
1. Estágio no âmbito da enfermagem em promoção da saúde da mulher/vigilância de gravidez de baixo risco.....	27
2. Estágio no âmbito da enfermagem em patologia materno-fetal.....	31
3. Estágio no âmbito da enfermagem em sala de partos.....	36
4. Estágio no âmbito da enfermagem em puerpério.....	42
5. Estágio no âmbito da enfermagem em ginecologia.....	45
6. Estágio no âmbito da enfermagem em neonatologia.....	49
<b>Parte II – Componente da investigação</b> .....	53
1. Aleitamento materno.....	55
1.1 Alguns determinantes do sucesso do aleitamento materno.....	59
1.2 Motivação para o aleitamento materno.....	62
1.3 Depressão Pós-Parto.....	64
2. Metodologia.....	69
2.1 Tipo de estudo.....	69
2.2 Amostra.....	70
2.3 Procedimentos éticos e legais.....	71
2.4 Procedimento de recolha de dados.....	71
2.5 Análise da consistência interna das escalas utilizadas.....	72
2.6 Tratamento de dados.....	74
3. Apresentação dos resultados do estudo.....	75
3.1 Caraterização sociodemográfica da amostra.....	75
3.2 Caraterização do suporte e recursos no pós-parto.....	76
3.3 Caraterização obstétrica.....	78
3.4 Motivação para a amamentação.....	82
3.5 Depressão pós-parto avaliada pela Escala de Edimburgo (EPDS).....	82
4. Estatística inferencial.....	84
4.1 Associação entre a motivação e as variáveis sociodemográficas.....	84

4.2 Associação entre a motivação e o suporte e recursos .....	89
4.3 Associação entre a motivação e as variáveis de contexto obstétrico .....	91
4.4 Associação entre a motivação e a DPP .....	93
5. Discussão .....	95
6. Implicações para a prática.....	102
7. Limitações do estudo.....	103
Conclusão .....	105
Referências bibliográficas .....	107
Apêndices.....	119
Apêndice I.....	121
Apêndice II.....	135
Apêndice III.....	149
Apêndice IV.....	151
Apêndice V.....	153
Apêndice VI.....	155
Apêndice VII.....	157
Apêndice VIII.....	165

## Lista de Tabelas

Tabela 1 – Consistência interna da escala da motivação para a amamentação

Tabela 2 – Consistência interna da escala de Edimburgo

Tabela 3 – Caracterização das variáveis sociodemográficas

Tabela 4 – Relevância de Recursos no pós-parto

Tabela 5 – Facilidade na acessibilidade aos recursos

Tabela 6 – Apoio no regresso a casa

Tabela 7 – Amamentação de filhos anteriores

Tabela 8 – Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP)

Tabela 9 – Informação de amamentação durante o internamento

Tabela 10 – Proporção de puérperas que respondeu “sim” ao tipo de informação, por contexto de aquisição (PPPP vs. internamento hospitalar)

Tabela 11 – Estatística descritiva da motivação para a amamentação

Tabela 12 - Estatística descritiva da escala da motivação para a amamentação, por dimensão

Tabela 13 – Depressão pós-parto

Tabela 14 – Estatística descritiva relativa à depressão pós-parto

Tabela 15 – Prevalência dos sentimentos depressivos nos dois níveis mais severos da escala

Tabela 16 – Estatística descritiva da escala da motivação para amamentação, global e por dimensão, por estado civil

Tabela 17 – ANOVA entre motivação para a amamentação e estado civil

Tabela 18 – Post-Hoc Test (estado civil)

Tabela 19 – Estatística descritiva e ANOVA da escala da EMA, global e por dimensão em função das habilitações literárias

Tabela 20 – Correlação de *Pearson* entre a idade e a motivação para a amamentação

Tabela 21 – Teste t para amostras independentes entre a motivação e os recursos

Tabela 22 - Teste t para amostras independentes entre a motivação e o suporte

Tabela 23 - Teste t para amostras independentes entre a motivação e os PPPP

Tabela 24 - Correlação de *Pearson* entre o número de filhos e a motivação para a amamentação

Tabela 25 - Correlação de *Pearson* entre a DPP e a motivação para a amamentação



## **Lista de siglas**

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

APA – Associação Americana de Psicologia

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

CRPP – Curso de Recuperação Pós-Parto

DGES – Direção Geral do Ensino Superior

DGS – Direção Geral de Saúde

DPP – Depressão Pós-Parto

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

EMA – Escala da Motivação para a amamentação

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

FIV – Fertilização In Vitro

HTA – Hipertensão Arterial

IHAB – Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

ITP – Indução do Trabalho de Parto

NIDCAP – Newborn Individualizes Developmental Care and Assessment Program

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Associação Pan-Americana da Saúde

PPPP – Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade

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

RCF – Restrição de Crescimento Fetal

RCT – Registo Cardiotocográfico

RPMP – Rotura Prematura de Membranas Pré-Termo

TAD – Teoria da Autodeterminação

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF - United Nations Children´s F



## Introdução

Atualmente, os desafios na área da saúde e do cuidar são cada vez maiores e mais complexos, tendo os enfermeiros que procurar formação especializada que lhes permita dar resposta às necessidades dos seus utentes/clientes, através de cuidados de excelência, baseados na evidência científica. De facto, a procura contínua de conhecimento e a sua aplicabilidade na prática clínica, faz com que a prática de enfermagem seja mais sistematizada e uniformizada, levando a uma melhor assistência e conseqüentemente a uma valorização da profissão (Monteiro e Ornellas, 2023).

O exercício profissional de enfermagem centra-se na relação interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa/família-alvo dos cuidados. Cada um tem subjacente à sua existência diversas crenças e valores, tendo o enfermeiro que ajustar os seus cuidados, para que estes sejam desprendidos de juízos de valor e ajustados à cultura do cliente. A relação terapêutica que é estabelecida caracteriza-se por ser uma parceria de cuidados, na qual o enfermeiro respeita as capacidades da pessoa alvo dos cuidados e valoriza o seu projeto de saúde, incentivando o seu cumprimento. Para além de ter como foco de atenção a pessoa, deve sempre ter em conta que esta vive rodeada de outras pessoas, devendo envolver as pessoas significativas na consecução do projeto de saúde (Gaio, 2023).

O enfermeiro constitui também o profissional que auxilia na gestão dos recursos de saúde disponíveis na comunidade, de modo a promover um acompanhamento das necessidades, não só na instituição de saúde, mas também nos contextos de vida de cada um. Para isso, é importante que baseie as suas intervenções na evidência científica, procurando sempre concretizar a excelência nos cuidados que presta.

Assim, o Enfermeiro Especialista, dotado de competências avançadas e um conhecimento específico, desempenha um papel crucial no atendimento, gestão e desenvolvimento científico da saúde.

O enfermeiro especialista é aquele que tem competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de atuação de cada especialidade definida pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Deste modo, cada enfermeiro especialista, para além de atuar de acordo com o seu regulamento específico, deve atuar de acordo com competências comuns, no domínio da

responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

Para além das competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, cada área de especialidade tem um regulamento próprio, em que constam as suas competências específicas. Assim, as competências atribuídas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMO), assentam em diversos pressupostos do cuidado à mulher, nas suas diversas fases de vida. A componente prática deste relatório reflete, de forma descritiva, crítica e reflexiva, o executar e o adquirir dessas competências. Os estágios realizados no âmbito da 12ª Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica foram executados em diversas instituições de saúde, com o intuito de adquirir diversas experiências, contribuindo para o desenvolvimento profissional.

A componente de investigação, realizada no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, é apresentada posteriormente e reflete não só uma temática essencial à vida do ser humano, quanto uma questão de saúde pública.

A amamentação é um ato antiquíssimo, desempenhando um papel fundamental no desenvolvimento saudável do bebé e na criação do vínculo entre mãe e filho. Apesar da sua conhecida importância biológica e emocional, a decisão de amamentar e a sua duração são influenciadas por inúmeros fatores, que vão desde experiências pessoais, fatores psicológicos, aspetos socioculturais bem como recursos e suporte disponíveis. De entre os fatores apresentados, um dos que adquire grande relevância é a motivação das puérperas para a amamentação, uma vez que a influencia positivamente. A motivação para amamentar não é um fenómeno estático, sendo pelo contrário dinâmico e pessoal. Compreender os fatores que motivam a amamentação é de extrema importância, de modo a atuar de acordo com os mesmos incrementando a taxa de aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de vida do bebé.

Na literatura, para além dos vários fatores sociodemográficos e do suporte existente, um dos aspetos que influencia a amamentação é a saúde mental na puérpera. Com efeito, vários estudos referem que mulheres com depressão pós-parto (DPP), abandonam a amamentação exclusiva mais cedo, por se sentirem pouco

confiantes e incompetentes, contribuindo para o insucesso da mesma (Astuti et al, 2023).

Com base nestes dados, o estudo de investigação realizado tem como objetivo principal “avaliar a motivação das puérperas para amamentar no momento da alta hospitalar”, no qual se pretende compreender qual a motivação para a amamentação por parte das puérperas à data da alta hospitalar, tentando correlacionar essa motivação com outras variáveis, nomeadamente as sociodemográficas, o suporte e recursos disponíveis, o contexto obstétrico e a depressão pós-parto.

Sensíveis a esta problemática desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional, com colheita de dados entre janeiro e abril de 2024, tendo como amostra um total de 254 puérperas. Para além da relevância no âmbito académico, a realização deste estudo pode trazer contributos a nível da prática clínica e políticas de saúde, contribuindo para a promoção da saúde materno-infantil, mais concretamente aumentando a prevalência do aleitamento materno.

A elaboração deste relatório final tem como objetivos: refletir sobre as aprendizagens baseadas nas competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, adquiridas ao longo dos estágios; avaliar a motivação das puérperas para a amamentação no momento da alta hospitalar; analisar de que forma as variáveis sociodemográficas (idade, habilitações literárias e estado civil) influenciam a motivação para a amamentação; analisar de que forma o suporte e recursos da puérpera influenciam a motivação para amamentar; verificar se as variáveis de contexto obstétrico (número de gestações, número de filhos, assiduidade a programas de preparação para o parto e parentalidade e internamento atual) influenciam a motivação para amamentar; e verificar se a depressão pós-parto influencia a motivação para amamentar.

O presente relatório é composto por duas partes. Na primeira é feita uma descrição e análise crítico-reflexiva sobre a componente da prática clínica relativa aos diversos estágios realizados, na segunda parte é apresentada a investigação desenvolvida, onde é exposto o estudo realizado, iniciando com um enquadramento teórico, passando para a componente relativa ao material e métodos, seguindo-se a apresentação de resultados e discussão dos mesmos, ultimando com a conclusão. Decorrente desta, foram elaboradas as recomendações para a prática.



## **Parte I – Relatório da componente prática**



Os cuidados de enfermagem têm como foco principal a promoção dos projetos de vida de cada pessoa, sendo que na área da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, o alvo dos cuidados do enfermeiro especialista é a Mulher durante todas as fases do seu ciclo reprodutivo. Para além deste ser encarado como sendo único e individual na sua existência, também é um foco da atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMO) o ambiente envolvente, constituído pela cultura, os diversos fatores sociodemográficos, os recursos e as relações com os conviventes significativos.

A OE, em conjunto com o Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, estabeleceram os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO), de modo a definir a missão dos cuidados prestados. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem visam promover uma reflexão crítico-reflexiva sobre as práticas de enfermagem, contribuindo para a melhoria dos cuidados. Os EEESMO são elementos fundamentais, detendo conhecimento, competência e capacidade na prestação de cuidados de qualidade. Os cuidados especializados assentam em 3 pilares, sendo eles a competência profissional (onde se incluem as práticas de acordo com o enquadramento ético-legal, o desenvolvimento profissional contínuo e a busca incessante da prática de cuidados de qualidade), a prática baseada na evidência (o EEESMO deve tomar decisões baseadas em investigações que forneçam suporte à sua prática) e o respeito pelo cliente (a pessoa é o centro do cuidado, devendo respeitar-se o seu projeto de saúde, valorizando as suas capacidades e incentivando a que as utilize na concretização da sua saúde, levando à sua satisfação). A missão dos cuidados especializados do EEESMO é a promoção da saúde e das transições saudáveis no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, incorporando as diversas fases de vida da Mulher (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

O Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, elenca as diversas áreas de atuação do EEESMO, de modo a definir as suas áreas de intervenção autónoma e interdependente e de modo a dar conhecimento aos cidadãos sobre as áreas de responsabilidade do mesmo. Assim, é da competência específica do EEESMO:

- a) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;

- b) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

(Portugal, Regulamento nº 391/2019)

Tendo em vista as competências acima apresentadas e de modo a obter o título de EEESMO, foram realizados diversos estágios, em diferentes instituições de saúde, na área da promoção da saúde da mulher, ginecologia, neonatologia, puerpério, patologia materno-fetal e sala de partos. Para além das competências a adquirir, o decreto-lei nº9/2009, de 4 de março, relativo à aquisição do título de especialista, preconiza que o estudante deve realizar:

- Consulta de grávidas, incluindo 100 exames pré-natais;
- Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em trabalho de parto;
- Realização de 40 partos, número que poderá ser reduzido para 30 partos se a falta de parturientes o justificar e na condição de o estudante participar em mais de 20 partos;
- Participar ativamente em um ou dois partos de apresentação pélvica;
- Prática de episiotomia/perineorrafia;
- Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em situação de risco, durante a gravidez, trabalho de parto ou puerpério;
- Vigilância e prestação de cuidados, incluindo exames, a 100 puérperas;
- Vigilância e prestação de cuidados a 100 recém-nascidos normais;

De seguida serão apresentados os relatórios de estágio elaborados ao longo dos mesmos, que constituem uma componente crítico-reflexiva de aprendizagem. Nos relatórios constam as competências específicas do EEESMO, que foram sendo desenvolvidas ao longo do processo de aprendizagem. Em apêndice a este documento (Apêndice I), encontra-se um documento onde constam as experiências realizadas nos estágios, cumprindo assim o previsto pela Ordem dos Enfermeiros para a atribuição do título de enfermeiro especialista.

### **1. Estágio no âmbito da enfermagem em promoção da saúde da mulher/vigilância de gravidez de baixo risco**

A promoção da saúde da mulher engloba diversas áreas de atuação, incluindo o acompanhamento pré-concepcional, durante a gravidez, no período do puerpério e no climatério. Em todas estas áreas o EEESMO tem um papel preponderante no acompanhamento da mulher. Para além disso, pode incluir-se também a saúde sexual e reprodutiva, uma vez que também é da competência dos EEESMO o aconselhamento, distribuição, e avaliação da utilização dos métodos contraceptivos.

No regulamento de competências específicas do EEESMO, está explícito que este “Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”, especificando que cuida da mulher de forma a potenciar a sua saúde, a detetar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Relativamente ao estágio de promoção de saúde da mulher, realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade da região centro, tive oportunidade de contactar com mulheres em diversas fases da vida e do seu ciclo reprodutivo. Realizei consultas de saúde sexual e reprodutiva, informando sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, refletindo com elas qual o método mais adequado à fase em que se encontravam (ex. idade, amamentação), consultas de vigilância da gravidez em diversas idades gestacionais, participei na realização dos programas de preparação para o parto e para a parentalidade (PPPP), na realização dos cursos de recuperação pós parto (CRPP), embora estes sejam de responsabilidade partilhada entre enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica e fisioterapeuta. Segundo o regulamento de competências específicas do EEESMO, este “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”, especificando que “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto” (Portugal, Regulamento nº 391/2019). Pelo enunciado, o EEESMO é o profissional mais habilitado a realizar estes CRPP, sendo detentor de

conhecimentos específicos nesta área de atuação. No entanto, segundo o parecer da mesa do colégio da especialidade de ESMO, publicado em 2021, o EEESMO pode delegar as suas funções, segundo sua coordenação e supervisão a elementos da equipa multidisciplinar que possuam conhecimentos no âmbito da recuperação pós-parto, nomeadamente a enfermeiros especialistas em reabilitação e/ou fisioterapeutas (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Para além disso, realizei também consultas de revisão do pós-parto e colaborei com o médico na realização de exames e retirada de dispositivos de contraceção. No centro de saúde onde realizei as consultas de planeamento familiar, é o médico que procede à colocação e retirada destes dispositivos, tanto o implante subcutâneo, como o dispositivo intrauterino. No entanto, após alguma pesquisa, percebi que o EEESMO está também habilitado para a realização destas intervenções, de acordo com a sua prática e atuando em multidisciplinaridade, uma vez que é uma intervenção interdependente (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Os cuidados de saúde primários são muito importantes durante todo o ciclo vital da mulher, uma vez que se realiza aconselhamento a nível de métodos contraceptivos, incluído no planeamento familiar, consultas pré concepcionais, consultas de vigilância da gravidez, permitindo a análise dos exames prescritos e uma vigilância adequada, fazendo a referenciação dos casos que merecem maior atenção por patologias ou outras intercorrências. Para além disso, também é realizado o acompanhamento pós-parto, com as aulas de recuperação pós-parto, e o acompanhamento da mulher no período de climatério.

Quanto aos PPPP, tive oportunidade de participar na sua realização, conseguindo integrar diversas temáticas e ensinamentos às grávidas. Nesta fase de vida, os casais necessitam de acesso a informação fidedigna, de modo que possam tomar decisões informadas e de modo a facilitar todo o processo de adaptação à parentalidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa”, sendo que está implícito que mulheres e recém-nascidos devem estar protegidos de intervenções e procedimentos desnecessários e não baseados em evidência científica (OMS, 2014).

A importância destes cursos é inegável, transmitindo informações aos futuros pais, de modo que se sintam mais confiantes e mais capacitados para o cuidar do seu filho, promovendo desta forma uma parentalidade positiva. Este período de transição

é muitas vezes instável, cabendo ao EEESMO facilitar este processo, oferecendo conhecimento e auxílio, para que o casal passe a possuir ferramentas de adaptação e transição para esta nova fase.

Assim, os PPPP têm a finalidade de promover o conhecimento, o bem-estar, a confiança e a segurança das mulheres, dos homens e dos casais, no que respeita à gravidez, parto, pós-parto e transição para a parentalidade. Os cursos consistem em informação, esclarecimento de dúvidas e participação ativa dos casais, permitindo a elaboração de um plano de nascimento por parte dos intervenientes (Ordem dos Enfermeiros, 2016) e (Cardoso et al, 2023). Tendo em conta o enquadramento e as características inerentes a estes cursos, os mesmos devem ser ministrados por um EEESMO, uma vez que é o profissional com maior aptidão, conhecimentos e competências no domínio dos temas abordados. O método usado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde estagiei é o de Lamaze (ou psicoprofilático), que é o método mais utilizado nos PPPP. Os cursos estão organizados por componente teórica e prática. Inicialmente existe uma reunião com o casal, de modo a explicar em que consiste o programa, flexibilizar horários, perceber quais as expectativas dos casais e perceber se existe alguma intercorrência com a grávida que não permita a frequência das aulas. Depois, é elaborado um plano de sessões teóricas e práticas. Devido a constrangimentos de horário, não consegui participar nas aulas teóricas, mas sempre que existiam dúvidas para esclarecer, reservava um pequeno momento da aula prática para isso. Nas aulas práticas, informei as grávidas/casal sobre os objetivos e técnicas dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, exercícios de básculas da bacia, alongamentos, flexibilidade, exercícios de prevenção de desconfortos, exercícios na bola de pilates, exercícios de relaxamento e promoção do parto em movimento, acompanhando a sua execução. As temáticas foram introduzidas gradualmente, de modo que as grávidas assimilassem da melhor forma a resposta expectável a cada momento (DGS, 2020).

Em relação às consultas de vigilância da gravidez, consegui ter grávidas com diversas idades gestacionais, colocando em prática vários conhecimentos, uma vez que existem diversos temas a abordar consoante a idade gestacional em que se encontram. A UCC onde estagiei tem um protocolo de atuação com o centro hospitalar da área geográfica, de modo que existe um encaminhamento das grávidas tanto para as consultas de vigilância que se realizam no hospital, como grávidas com patologia e necessidades de vigilância inerente a gravidez de risco. Estas consultas, constituem momentos de avaliação e de ensino imprescindíveis. São realizados ensinamentos sobre os

hábitos de saúde saudáveis a ter durante a gravidez, os exames que devem ser realizados e o momento da realização dos mesmos, os desconfortos que podem surgir ao longo da gravidez, decorrente do ajustamento do organismo materno à gestação e informei sobre as formas de os aliviar e o esclarecimento de diversas dúvidas que vão surgindo. A Organização Mundial da Saúde preconiza que sejam realizadas um mínimo de oito consultas pré-natais, sendo que a Direção Geral da Saúde (DGS) recomenda a seguinte periodicidade: a cada 4-6 semanas antes das 30 semanas de gestação, a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas de gestação e a cada 1-2 semanas a partir das 36 semanas até ao parto (OMS, 2022 e DGS, 2015). Existe uma relação bem demonstrada entre a assistência pré-natal e os ganhos em saúde obtidos, pelo que é essencial que esta ocorra logo nas primeiras semanas de gravidez, sabendo que o ideal seria começar com a consulta pré concecional. É da responsabilidade do EEESMO realizar estas consultas de vigilância, uma vez que tem conhecimentos e competências na vigilância de gravidezes de baixo risco, contribuindo para a maximização de saúde e para uma vivência mais saudável da gravidez (DGS, 2016).

De modo a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e de modo a empoderar as grávidas realizei uma sessão de educação para a saúde, subordinada ao tema “Como tornar a experiência do meu parto mais positiva?” (Apêndice II). Nesta formação abordei diversos temas pertinentes sobre o trabalho de parto e parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor e umas nuances sobre alguns procedimentos em implementação no hospital da área de residência, de modo que ficassem informadas e pudessem tomar decisões em relação às suas preferências no parto.

Incluí na formação a *Walking Epidural* (apesar de ser um método farmacológico), uma vez que é uma das alterações que o hospital da área de residência destas grávidas está a implementar e pelas vantagens que este método traz no incentivo à verticalização do parto. Para além disso, realizei uma apresentação do plano de parto em vigor na maternidade do referido hospital, de modo a esclarecer dúvidas relativas a alguns termos e incentivar as grávidas a elaborarem o seu plano de parto, de forma esclarecida.

Por fim, tendo como tutora uma EEESMO, compreendi melhor que este é um elemento fulcral na vigilância e promoção de saúde da grávida, potenciando experiências mais positivas ao longo de toda a gravidez. Para além disso, também

consegui refletir melhor sobre a importância no planeamento familiar e também do papel importante no pós-parto, tanto na recuperação da mulher, como no apoio à amamentação. No apêndice I encontra-se o quadro síntese do número de experiências realizadas.

## **2. Estágio no âmbito da enfermagem em patologia materno-fetal**

O EEESMO atua em diversas vertentes da prestação de cuidados à mulher, sendo uma delas “Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”, assumindo responsabilidade por assistir a mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal, como definido no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (2011). É de extrema importância esta atuação, uma vez que, ao cuidar de grávidas com patologia pré-existente à gravidez, ou que surgiu no decorrer da mesma, pode detetar diversas alterações que podem comprometer o trabalho de parto e parto e o bem-estar materno e fetal. A prevenção de complicações é transversal ao papel do enfermeiro e é um dos enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste consta a identificação dos problemas potenciais do doente e a aplicação de intervenções naqueles que o enfermeiro tenha competência autónoma de atuação, de modo a minimizar efeitos indesejáveis. Quando, através da avaliação, o enfermeiro percebe que a atuação está para além da sua competência, tem o dever de referenciar a situação para o profissional mais adequado, de modo a prosseguir com os cuidados de saúde adequados (Ordem dos enfermeiros, 2012).

Quanto aos cuidados de enfermagem, no âmbito da especialidade, tive diversas oportunidades de aprendizagem, o que constituiu uma grande mais-valia na minha formação como futura EEESMO, tendo tutoria em todo o processo de enfermeiras especialistas, que contribuíram para o desenvolvimento das competências específicas. O estágio de patologia materno-fetal foi realizado num hospital da região norte do país, sendo o acolhimento das grávidas feito pela enfermeira responsável. O primeiro contacto com a mulher permite-nos perceber o motivo do internamento, os antecedentes prévios que podem ter influência no decurso do internamento, alergias, as suas preocupações e esclarecer as suas dúvidas. Para além disso, através do exame físico e da avaliação dos sinais vitais (e do RCT quando adequado), conseguimos monitorizar o bem-estar materno e fetal. A avaliação inicial da mulher permite-nos personalizar o cuidado, prestando cuidados mais individualizados e mais adequados, estabelecendo desde logo uma relação de

confiança que reduz em grande parte os medos associados ao internamento. A relação terapêutica que se estabelece assenta na valorização da opinião da pessoa internada, bem como das suas capacidades, sendo que o objetivo final é a consecução do projeto de saúde da pessoa.

Considero que este estágio foi bastante rico em experiências para a minha aprendizagem, uma vez que existiram uma diversidade de grávidas, em diversas idades gestacionais e com diferentes patologias. Prestei cuidados especializados, sob tutoria, a grávidas com diabetes gestacional e diabetes prévia à gravidez, gravidez com doença hipertensiva (crónica, gestacional e pré-eclâmpsia), colestase gravídica, ameaça de parto pré-termo (APPT) com prolapso de membranas, APPT por insuficiência cervical e colo curto, rotura prematura de membranas pré-termo (RPMPT) situações de abortamento/interrupção médica da gravidez/morte fetal, entre outras. Prestei também cuidados a grávidas que iriam ser submetidas a cesariana eletiva (por anemia fetal induzida por aloimunização) e a grávidas com gravidez de termo sem início de trabalho de parto (TP) espontâneo e que por isso ficavam internadas para indução do trabalho de parto (ITP), ou que era necessário iniciar ITP por existirem patologias associadas, em que o bem-estar fetal estava comprometido. Nas ITP tive oportunidade de realizar toque vaginal, avaliando as características do colo uterino, de acordo com o índice de *Bishop*. Este índice mostra se o colo é favorável para indução ou se por outro lado necessita de maturação antes de se proceder à indução. Assim, segundo Graça (2018), se índice de *Bishop* (IB)  $\geq 5$ , o colo é favorável para indução e se índice  $< 5$ , o colo precisa de maturação antes da indução. Este índice avalia 5 itens, sendo eles a dilatação do colo, o apagamento, a consistência, a sua posição e o estágio em que se encontra a apresentação fetal. Nem sempre foi fácil, para mim, definir todas as características do colo, solicitando ajuda sempre que tinha dúvidas quanto ao que estava a sentir. Tentei colmatar alguns lapsos com a prática, realizando o toque vaginal o maior número de vezes possível (tendo sempre em conta a necessidade de o realizar). Os métodos utilizados para a maturação cervical foram diversificados, desde métodos farmacológicos (dinoprostona e misoprostol) a métodos mecânicos (sonda de Foley dilatada com soro fisiológico), estando de acordo com os indicados na norma da Direção Geral da Saúde (2015) e nas indicações emanadas pela Organização Mundial de Saúde (2011). O serviço tem uma norma de atuação na maturação cervical e na indução do trabalho de parto, de modo que todos os intervenientes conheçam as guidelines e trabalhem em uniformidade. A vigilância criteriosa do RCT após a colocação de qualquer um destes dispositivos é fundamental, uma vez que podem provocar alterações não só na contratilidade uterina (taquissístolia

e hipertonia), mas também no bem-estar fetal (desacelerações de repetição e alterações na frequência cardíaca fetal (FCF) (Nené et al, 2018).

Todas as grávidas que estão internadas necessitam de vigilância, mas, uma das situações patológicas que mais preocupa é a pré-eclâmpsia. Esta pode definir-se pelo aparecimento de hipertensão arterial (HTA) associada a proteinúria e/ou edema patológico, que surge após as 20 semanas de gravidez. Este quadro pode ter uma evolução para convulsões e coma, designado de Eclâmpsia, daí a importância da vigilância destas mulheres (Graça, 2018). Ao associar-se a uma incompleta invasão das artérias espiraladas pelo trofoblasto na altura da placentação, está associada a uma deficiente perfusão da unidade placentária, o que traz diversas consequências para o feto, como restrição do crescimento fetal (RCF) e hipoxia. Muitas vezes existem também alterações na fluxometria das artérias umbilicais, pelo aumento da resistência vascular. Outra das consequências que pode advir deste estado de hipertensão é a ocorrência de um parto pré-termo (Graça, 2018). Neste caso, temos de estar atentos à idade gestacional (IG) em que este pode ocorrer. Se for antes das 34 semanas, em que os pulmões do feto não têm maturidade suficiente, está recomendada a administração de corticoterapia, de modo a prevenir a síndrome de dificuldade respiratória do recém-nascido e completar a maturação pulmonar. No serviço é usada a dexametasona como corticoterapia de eleição, cumprindo o esquema de 4 tomas de dexametasona de 12/12h. Os estudos não revelam diferença significativa entre a utilização de dexametasona e betametasona, sendo que cada unidade de saúde utiliza aquela que lhe for mais conveniente (Graça, 2018).

Também tive oportunidade de monitorizar o bem-estar materno-fetal através do registo cardiotocográfico (RCT) ou da audição de batimentos cardíacos fetais, consoante a idade gestacional. O RCT permite não só perceber se existe contratilidade uterina, mas também avaliar o bem-estar fetal, através da monitorização da frequência cardíaca fetal (FCF). Este registo é precioso, uma vez que nos apresenta uma visão sobre a condição do feto. Lembro-me de uma grávida, com oligoâmnios, que estava a induzir o trabalho de parto com dinoprostona, e que referiu ter dores de contratilidade uterina. Fomos observar através do toque vaginal e o colo ainda estava apenas com 2 cm de dilatação, 50% de apagamento, consistência mole, na posição intermédia e a apresentação no plano I de Hodge. Fui colocar a monitorização cardiotocográfica para perceber a dinâmica uterina e o bem-estar fetal e fiquei algo preocupada. O feto apresentava taquicardia consistente na ordem dos 180 bpm, com algumas desacelerações, sendo que a contratilidade uterina ainda era irregular e de baixa

amplitude. Comuniquei aquilo que estava a visualizar e transmitimos ao médico, que posteriormente passou a observar. O papel do EEESMO é muito importante na identificação de desvios à normalidade e na prevenção de complicações major. Assim, ao ter conhecimentos específicos, monitoriza, avalia e intervém sempre dentro das suas competências, referenciando aquelas situações que necessitam de avaliação por parte da equipa multidisciplinar.

Relativamente às situações de abortamento e morte fetal, tive oportunidade de acompanhar algumas. Aconteceram em diferentes idades gestacionais e por diversas razões inerentes, não só a patologia materna como a patologia fetal/malformações fetais. A perda tem diversos significados de acordo com as pessoas envolvidas no processo, sendo uma experiência muito pessoal e única. Por esse facto, o EEESMO deve permitir à mulher/casal a expressão dos seus sentimentos e dar-lhe o tempo necessário para que façam o luto da situação. O apoio deve ser sensível, tendo sempre em conta a resposta emocional à perda e deve ser providenciado apoio de outros profissionais de saúde se a mulher/casal o desejarem. Lembro-me de duas situações que me marcaram. Uma delas, uma mulher, com idade já avançada, e que tinha recorrido a fertilização in vitro (FIV). Estava com uma gravidez gemelar de 9 semanas, sendo que os fetos não tinham viabilidade por não apresentarem batimento cardíaco. A mulher já tinha abortos anteriores, que tinham ocorrido no domicílio, mas desta vez o objetivo era colher os produtos de expulsão para depois se realizar um estudo citogenético. Estava acompanhada pelo companheiro e quando a abordei uma primeira vez, para monitorizar os sinais vitais, senti alguma hostilidade na sua resposta. Tentei enquadrar a situação na minha cabeça e tentei ser empática, lembrando-me que aquela mulher estava a passar por um sofrimento enorme, vendo um dos seus projetos de vida a não ser bem-sucedido. Informei-a que estaria disponível para o que precisasse, expliquei o intuito da medicação que lhe estávamos a colocar (misoprostol) e que deveria tocar à campainha sempre que tivesse contrações e fosse eliminar algum produto. Assim o fez, mas sempre com um desconforto e alguma desconfiança presente no seu olhar. No meu turno consegui expulsar um dos embriões e o saco correspondente. Não irei esquecer aquela imagem, de um feto muito pequenino, mas que já se conseguia distinguir dentro da sua bolsa. Fui informar o casal que um dos fetos já tinha sido expulso e dar-lhes oportunidade de exprimirem se queriam visualizar ou não. Não mostraram essa vontade, pelo que comuniquei à equipa médica, para que eles pudessem avaliar ecograficamente se ainda estava o outro feto retido e para que pudessemos dar continuidade aos cuidados/procedimentos. Para o EEESMO torna-se fundamental que avalie o

significado da perda, tanto para aquela mulher/casal como para os conviventes significativos, uma vez que a perda é vivida de forma única, exigindo que cada um faça o seu processo de luto (Nené et al, 2018). O luto, tal como estabelecido por Kubler-Ross, constitui um processo de encerramento de um ciclo e a adaptação ao mesmo (Netto & Vargas, 2021). Assim, propõe cinco fases, as quais representam as reações que o enlutado pode apresentar para lidar com a perda. A primeira fase é a negação e isolamento, no qual existe uma defesa por parte da pessoa, negando aquilo que aconteceu e não querendo abordar o assunto, sendo por norma uma fase de sofrimento intenso. A segunda fase é a raiva, na qual a pessoa, depois de aceitar a perda, sente raiva e frustração por lhe ter acontecido a ela, projetando essa frustração nas pessoas que se encontram em seu redor (Ross, 2024). Esta mulher encontrava-se nesta fase, projetando a sua frustração em mim, que fui a pessoa mais próxima dela naquele momento. A terceira fase é a barganha ou negociação, na qual a pessoa tenta aliviar a dor que sente procurando soluções alternativas. A quarta fase é a depressão, em que existe um isolamento mais duradouro por parte da pessoa, que tem tendência a estar mais triste, desanimada, apática. Esta fase, sendo a mais duradoura, é aquela a que se tem de prestar mais atenção, pois poderá marcar o início de um luto patológico. E por fim, a última fase é a aceitação, em que a pessoa consegue aceitar a realidade, conseguindo prosseguir com a sua vida com normalidade (Ross, 2024) e (Netto & Vargas, 2021). Pelo conhecimento de todas as fases pelas quais podem passar, o apoio deve ser dado de forma empática, tendo em consideração as respostas individuais e de ajustamento à perda.

A outra situação que me marcou foi uma morte perinatal, uma vez que também existiam puérperas no serviço. Era uma jovem, com um olhar doce. Tinha parido no dia anterior e o seu RN tinha ido para a neonatologia, pois tinha sido submetido a uma cirurgia de correção de gastrosquise. Nesse dia, tinha sido chamada de manhã para se despedir do seu bebé, porque ele não estava bem. Acabou por falecer. Quando entrei no meu turno à tarde fui falar um pouco com ela. Estava tranquila, emocionada ao falar do assunto, mas com um discurso sereno e positivo. Percebi que o gastrosquise tinha sido detetado durante a gravidez e que ela tinha decidido continuar com a mesma. Falou-me do quão bonito foi o parto que teve e da serenidade que viu na cara do seu bebé antes deste falecer. A olhar para a recordação oferecida pela neonatologia (um cartão com o nome do bebé e com o seu pé estampado) disse: “Tinha um pezinho tão grande, não acha? Sabe, o que me deixa mais tranquila é que sei que ele não sofreu”. Estas palavras estavam carregadas de emoção e de tristeza, mas senti também uma vontade de ultrapassar esta perda e seguir em frente. Mais

uma vez a posição do EEESMO de ouvir a expressão de sentimentos e apoiar, quando solicitado. Senti que aquela mulher necessitava de partilhar a sua história, e embora o meu ensino clínico não estivesse direcionado para puérperas, considerei importante para o meu percurso e desenvolvimento de competências comunicacionais a intervenção junto desta mulher

De modo a contribuir para a melhoria contínua do serviço, decidi elaborar uns cartões de lembrança. O propósito da elaboração destes cartões era serem oferecidos aos casais que têm de realizar uma interrupção médica da gravidez (IMG), ou que sofrem uma perda gestacional, como forma de terem uma lembrança do seu bebé, se assim o desejarem. Assim, os cartões têm um espaço dedicado à impressão da planta do pé do bebé ou da sua mão, bem como informações relativas ao seu nascimento (Apêndice III). A perda gestacional e a IMG são processos muito dolorosos para a mulher/casal, pelo que o EEESMO deve ser um agente facilitador do processo de luto.

No apêndice I encontra-se o quadro síntese do número de experiências realizadas.

### **3. Estágio no âmbito da enfermagem em sala de partos**

O trabalho de parto (TP) é o conjunto de alterações fisiológicas que levam ao apagamento e dilatação do colo, ao aparecimento de contratilidade uterina regular e à progressão do feto pelo canal de parto (Graça, 2018). É composto por 4 fases ou estadios, sendo eles: 1º estadio – dilatação, 2º estadio – período expulsivo, 3º estadio – dequitação e 4º estadio – pós-parto imediato. A dilatação compreende o encurtamento e dilatação do colo, iniciando-se com as contrações uterinas regulares e indo até à dilatação completa. É composta pela fase latente, caracterizada por ser mais lenta e que vai até aos 4cm de dilatação e pela fase ativa, existindo uma progressão mais rápida e que vai dos 4cm à dilatação completa (10cm). O período expulsivo começa com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto. De seguida inicia-se a fase da dequitação, que vai desde a expulsão do bebé até à completa expulsão da placenta e membranas associadas. Neste estadio, a expulsão pode dar-se por dois tipos de mecanismos distintos, refletindo a forma como a placenta se separa da decídua. Quando a separação ocorre numa zona central, em que existe formação de um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta, diz-se que o mecanismo é Schultze, em que é apresentada a face fetal da placenta. Por outro lado, quando a placenta começa a descolar-se pela periferia, libertando um sangramento contínuo, estamos perante o mecanismo de Duncan, em que a face

materna é apresentada em primeiro lugar. Por fim, o período de pós-parto imediato, considerando-se as 2 horas após o parto, em que é necessária uma vigilância mais intensiva da puérpera, uma vez que é o período mais propício à ocorrência de atonias uterinas e hemorragias pós-parto (Néne, 2018). Neste estágio tive oportunidade de acompanhar parturientes em diferentes estádios do TP, procedendo à vigilância e intervindo de acordo com a fase em que se encontravam.

O estágio em sala de partos foi realizado num hospital da região centro do país, tendo sido acompanhada por EESMOs na minha formação. O acolhimento das grávidas no serviço é realizado no quarto pela enfermeira especialista responsável pela mulher. As grávidas podem chegar por duas vias, ou vindas do internamento de medicina materno-fetal, o que acontece com as induções de trabalho de parto, ou do serviço de urgência. Este momento torna-se também ideal para perceber se a parturiente elaborou o plano de parto, quais as suas preferências e também esclarecer algumas das suas dúvidas. Inicia-se assim uma relação de confiança entre a parturiente e o enfermeiro responsável pela vigilância do seu trabalho de parto e parto. Após a sua chegada, e sendo que habitualmente as mulheres vêm para o bloco já na fase ativa do trabalho de parto, é iniciada a vigilância com o RCT. Através do RCT conseguimos identificar o bem-estar fetal. Este exame avalia duas componentes, sendo elas a frequência cardíaca fetal e a contratilidade uterina, constituindo um método de avaliação não invasivo. Assim, segundo a FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics), ele pode ser normal (quando a FCF se encontra entre 110-160 bpm, com uma variabilidade entre 5-25 bpm, sem desacelerações repetitivas), suspeito (quando há ausência de pelo menos uma característica de normalidade, mas sem ser patológico) ou patológico (quando FCF <100bpm, existência de variabilidade reduzida, aumentada ou padrão sinusoidal e existência de desacelerações tardias repetitivas ou prolongadas). Estes dados são fundamentais na avaliação do bem-estar fetal, podendo ser indicador de sofrimento fetal (FIGO, 2015).

A vigilância do registo no bloco de partos é de extrema importância, uma vez que, muitas vezes, quando as parturientes iniciam perfusão de ocitocina para indução do trabalho de parto, existem desacelerações na FCF, que podem culminar numa bradicardia prolongada e sem reversão se não forem tomadas as medidas necessárias. A bradicardia fetal prolongada é uma emergência, pelo que se devem colocar em prática um conjunto de intervenções, de modo a compreender se a situação é reversível, ou se, por outro lado, é necessária a realização de uma cesariana de emergência. A suspensão da perfusão de ocitocina, constitui a intervenção inicial, à

qual se deve associar o posicionamento da parturiente e o ensinamento de inspirações profundas, de modo a aumentar a oxigenação. Pode também associar-se oxigénio em alto débito, de modo a permitir uma mais rápida oxigenação materna e conseqüentemente do feto. Neste momento, está preconizado que se mantenha o RCT durante todo o trabalho de parto e parto obtendo-se assim uma monitorização contínua (Graça, 2018). Algumas vezes há também o recurso a medicação para diminuição da contratilidade uterina e conseqüente aumento da FCF, como o salbutamol, que é o mais comumente utilizado.

Quando as mulheres passam do internamento de medicina materno-fetal ou da urgência para o bloco de partos, já se encontram num estadio de fase ativa de trabalho de parto, sendo que muitas delas solicitam analgesia epidural. Mesmo utilizando como recurso inicial os métodos não farmacológicos de alívio da dor, a maioria das mulheres solicita a analgesia epidural, pois é um método farmacológico em que sentem alívio da dor num mais curto espaço de tempo. Ainda assim, este método não é inerte, podendo acarretar alguns riscos. O EEESMO tem um papel fundamental no incentivo à utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, respeitando sempre a vontade da parturiente. A utilização destes métodos diminui a ansiedade, promovendo uma maior colaboração por parte das parturientes e uma maior envolvimento por parte do acompanhante, contribuindo para uma assistência humanizada e para uma experiência positiva do trabalho de parto/parto (Monteiro et al, 2020). Alguns dos métodos que podem ser utilizados e acessíveis no bloco de partos são: a aromaterapia, massagens, bola suíça, deambulação, posicionamento, cavalinho, exercícios respiratórios, musicoterapia, terapias térmicas e exercícios de relaxamento. Mesmo tendo como objetivo a realização de analgesia epidural, sempre tentei que as parturientes colocassem em prática diversos métodos não farmacológicos de alívio da dor, de modo que fossem métodos coadjuvantes. Ao longo do estágio, foram diversas as oportunidades de colaborar na colocação de analgesia epidural, dispondo o material e vigiando os sinais vitais e o RCT. Após a vontade expressa da mulher em obter o alívio da dor através desse método farmacológico, era contactado o anestesista, que explicava o procedimento à parturiente e obtinha um consentimento informado. A parturiente era orientada para o posicionamento que deveria cumprir durante a colocação do cateter e alertada para o facto de não se poder mexer durante a colocação do mesmo.

A amniotomia, que consiste na rotura artificial de membranas com um pequeno instrumento (amniótomo), é um dos métodos possíveis de utilizar para a

indução/aceleração do trabalho de parto. Deve ser realizado quando a mulher já se encontra em trabalho de parto, a apresentação fetal se encontra no I plano de Hodge, insinuada e durante uma contração, para que haja protusão da bolsa amniótica. Após a sua realização deve apoiar-se a descida da apresentação para prevenir a compressão do cordão. É também fundamental a observação das características do líquido amniótico. Assim, deve ter-se em conta a sua cor (que deve ser clara), o seu cheiro (que é um cheiro *sui generis*) e o seu aspeto (que deve ser límpido e sem grumos). Tive oportunidade de realizar por diversas vezes a amniotomia, colocando em prática os conhecimentos adquiridos, registando sempre no processo clínico e partograma todas as intervenções realizadas, bem como a hora da rotura.

Tive também a oportunidade de realizar diversas avaliações do colo, percebendo as alterações que vão surgindo ao longo da evolução do trabalho de parto. Avaliava os diversos ítems que compõem o índice de *Bishop*, nomeadamente a dilatação, o apagamento, a posição, consistência e plano em que se encontrava a apresentação. Para além disso, também tive oportunidade de avaliar a variedade da apresentação fetal, percebendo a posição das fontanelas (lambdóide e bregmática), sendo a lambdóide ou posterior o ponto de referência em relação ao canal de parto. Esta avaliação é de crucial importância, uma vez que conseguimos perceber o grau de flexão ou deflexão da cabeça fetal, antecipando diversos problemas na progressão do feto. Nem sempre foi fácil, para mim, definir todas as características do colo, bem como a variedade da apresentação fetal, solicitando ajuda sempre que me surgiam dúvidas. Tentei colmatar alguns lapsos com a prática, aproveitando as diversas oportunidades para aperfeiçoar a minha prática.

O partograma constitui uma representação gráfica do trabalho de parto, que permite uma identificação da sua progressão. Visualmente conseguimos facilmente perceber a progressão da dilatação cervical e a progressão da descida da apresentação fetal. Conseguimos também perceber a variedade fetal e em que sentido se está a dar a rotação interna. Com todas estas informações, mais facilmente se identifica quando o trabalho de parto está estacionário, podendo ponderar outras intervenções. Para além disso, o partograma também nos permite registar outras informações relativas às características do líquido amniótico, rutura de membranas e sinais vitais maternos.

Durante o trabalho de parto outro foco da nossa atenção era a eliminação vesical. A parturiente era encorajada a urinar, de modo que a distensão da bexiga não

fosse um impedimento para a descida da apresentação fetal. Com o recurso à analgesia epidural, a sensação de bexiga cheia passava a não existir, tendo muitas vezes que colocar uma sonda vesical de modo a drenar a urina existente. Uma outra situação específica diz respeito às parturientes com rastreio positivo para *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico. O SGB é um *gram* positivo, considerado o agente mais frequente de infeção bacteriana perinatal. No recém-nascido, pode causar infeção sistémica ou focalizada que pode ser precoce (na primeira semana de vida), ou tardia (entre a primeira e a quarta semanas de vida). O rastreio do *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico do grupo B realiza-se a todas as grávidas entre as 35 e as 37 semanas, através de uma colheita, de amostra única, no 1/3 externo da vagina e ano-retal (DGS, 2015). Para prevenir a transmissão ao recém-nascido, as parturientes com resultado positivo iniciam antibioterapia assim que se encontrem na fase ativa do trabalho de parto. O antibiótico utilizado na instituição é a Penicilina, salvo se a parturiente possuir alergia medicamentosa ao fármaco, sendo a clindamicina a alternativa usada.

Com a progressão da dilatação, a parturiente vai sentindo cada vez mais pressão na região perineal, até que chega ao ponto em que essa pressão é bastante intensa e contínua, podendo observar-se através do toque vaginal que a dilatação se encontra completa. Neste momento, tentava perceber se a parturiente tinha noção de quando existia contração, e percebia se a vontade de realizar o puxo coincidia com a contração. Se sim, incentivava a mulher a puxar, orientando a respiração que deveria realizar em conjunto com a manobra de valsava. Quando me referiam que não sentiam a contratilidade uterina, então orientava a parturiente para puxar de acordo com a minha observação da contratilidade registada no RCT e com recurso à palpação abdominal, de modo a perceber a contração uterina. Atualmente, é preconizado que a mulher realize o puxo apenas quando sentir vontade de o fazer, permitindo respeitar o que a vontade do corpo, contribuindo para um parto mais fisiológico (OMS, 2018).

Consegui obter diversas experiências em relação à posição adotada pelas parturientes quando queriam realizar o puxo e considero que foi bastante gratificante o facto de conseguir aplicar intervenções que estão descritas na evidência científica como promotoras de um parto normal, menos intervencionado e com mais benefícios e satisfação para a mulher. Antes da implementação de cada intervenção, percebia quais eram as preferências da parturiente/casal, avaliando em cada momento a capacidade da parturiente para a concretização de posições mais verticalizadas, bem como o bem-estar fetal. Algumas das posições adotadas pelas parturientes foram a

posição de cócoras, quatro apoios, de pé, sentadas na bola de pilates e, algumas vezes sentadas na cama, puxando de lado (Nené et al, 2018).

Existem várias posições que podem ser adotadas no período expulsivo de modo a facilitar a descida da apresentação. A OMS (2018) preconiza as posições mais verticalizadas com o intuito de ajudar na progressão da apresentação, na diminuição da incidência de lacerações e numa experiência mais positiva do parto. No hospital em que realizei o estágio, embora ainda se utilize muitas vezes a posição de litotomia, nota-se uma mudança nas práticas que ocorrem atualmente. Existe um esforço da equipa para adequar as práticas às melhores evidências científicas, sendo que as mulheres têm liberdade de movimento durante o trabalho de parto e parto, sempre que a situação o permita. O facto de possuírem soroterapia em curso, RCT contínuo e analgesia epidural, não constituía uma barreira à mudança de posição. Mais acrescento que as técnicas de analgesia epidural no referido hospital também estão mais adaptadas à necessidade de cada parturiente e àquilo que será a sua vontade em termos de mobilidade durante o trabalho de parto e parto.

Em relação ao período expulsivo, consegui ter noção dos mecanismos inerentes ao parto, como a insinuação, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão que ocorrem praticamente em simultâneo. Consegui ter a perceção de diversas abordagens no que ao parto dizem respeito, o que foi benéfico para eu conseguir avaliar aquilo que considerava ser a filosofia que para mim faria mais sentido.

Relativamente à realização da episiotomia, esta apenas foi realizada quando estritamente necessário, de acordo com a avaliação dos tecidos do períneo da mulher aquando da sua distensão e sempre com o consentimento da parturiente. A episiotomia é uma incisão no períneo, com o objetivo de aumentar a área de saída do feto, sendo que esta deve ser seletiva e não realizada por rotina (Graça, 2018). A mais utilizada é a episiotomia média-lateral, que acarreta menos riscos de lesão da mucosa e esfíncter anal. Ainda assim, a evidência científica não comprova que a realização de episiotomia tenha relação com a diminuição de ocorrência de lacerações, pelo que a mesma deve ser sempre ponderada após avaliação cuidada no momento da distensão dos tecidos (Newton, 2018). A incisão deve ser realizada durante uma contração, partindo da fúrcula num ângulo de 45°, apenas com a extensão necessária para diminuir a resistência do períneo à passagem da apresentação e com pouco tempo de antecedência do nascimento, tentando diminuir as perdas sanguíneas decorrentes

deste procedimento (Néné et al, 2018). Senti alguma dificuldade na realização da episiorrafia e da perineorrafia. Tive oportunidade de realizar diversos tipos de pontos, de acordo com a camada que estava a suturar (mucosa, músculo ou pele). Colmatei as dificuldades surgidas com a prática e com a ajuda dos meus tutores, que me ensinavam estratégias para tentar minimizar as dificuldades.

No bloco de partos, todas as grávidas têm a possibilidade de ter o acompanhante significativo presente, sendo que este pode ficar no bloco de partos a tempo inteiro. Penso que esta medida traz benefícios para todo o processo de trabalho de parto e parto, pois as grávidas sentem-se mais apoiadas, permitindo que exista uma melhor parceria em relação aos cuidados. A tríade mãe-pai-bebé deve ser considerada como a unidade de cuidados do EEESMO. Tentei sempre envolver o pai durante o trabalho de parto e parto, mostrando o seu papel fundamental e permitindo que tivesse algumas intervenções que não comprometessem o bem-estar materno-fetal, como as massagens nas costas para alívio da dor e o corte do cordão umbilical. Após o puerpério imediato, questionava sempre se o pai queria vestir o recém-nascido, de modo que se sentisse integrado nos cuidados.

O papel do EEESMO é muito importante na identificação de desvios à normalidade e na prevenção de complicações major. Assim, ao ter conhecimentos específicos, monitoriza, avalia e intervém sempre dentro das suas competências, referenciando aquelas situações que necessitam de avaliação por parte da equipa multidisciplinar.

Considero que, para muitas famílias consegui que tivessem uma experiência positiva de parto, que deve ser um dos focos do EEESMO, de modo a permitir a satisfação da parturiente/casal.

No apêndice I encontra-se o quadro síntese do número de experiências realizadas.

#### **4. Estágio no âmbito da enfermagem em puerpério**

O puerpério constitui um momento de partilha de informação com os pais. Alguns frequentaram programas de preparação para o parto e parentalidade, demonstrando alguns conhecimentos que são por nós validados. Outros necessitam de mais apoio e informação, por não terem tido essa oportunidade. Os ensinamentos são realizados em momentos específicos durante o internamento, para que os pais

consigam assimilar toda a informação e para que questionem caso surja alguma dúvida. Na instituição onde realizei o ensino clínico, num hospital da região centro do país, o tempo de internamento no puerpério é de 48 horas na maioria dos casos, sendo insuficiente para o apoio na transição à parentalidade que estes pais necessitam. No entanto, sabemos que o internamento só deve ser considerado pelo tempo estritamente necessário para o bem-estar materno e do recém-nascido. Por essa razão, investimos bastante nos ensinamentos, para tentar colmatar algumas falhas no conhecimento e esclarecimento de dúvidas e para que vão mais preparados no cuidar do seu bebé e na identificação de sinais de alarme e no autocuidado da puérpera, assim como nos recursos da comunidade existentes.

As transições podem ser definidas como a passagem de um estado de estabilidade para outro, implicando em si mudanças de vida, sendo singulares, complexas e dependentes da perceção do indivíduo envolvido na transição. Relativamente à sua natureza, podem ser de diversos tipos: desenvolvimentais, situacionais, saúde/doença e organizacionais. Para que uma transição seja bem-sucedida, deve compreender-se os efeitos e a capacidade que as pessoas envolvidas têm de se adaptar à nova situação (Meleis, 2010). O puerpério constitui uma transição situacional, em que a puérpera e o seu companheiro vivenciam uma alteração de papéis, passando a assumir o ser pai e mãe. A adaptação a novos papéis e o assumir de novas funções e responsabilidades dificulta, muitas vezes, o equilíbrio característico de uma transição saudável. O papel do EEESMO é fundamental como facilitador deste processo, esclarecendo dúvidas, consciencializando para a mudança, percebendo as vulnerabilidades do casal e apoiando no sentido de colmatar e suavizar essas vulnerabilidades, de modo que os papéis sejam assumidos sem receios e tranquilidade. Deste modo, tive oportunidade de ser este elemento facilitador, como futura EEESMO, percebendo as necessidades inerentes ao processo e criando estratégias, em conjunto com o casal, para que se sentissem mais preparados aquando da alta.

Relativamente aos cuidados às puérperas, tive oportunidade de desenvolver competências na promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno, avaliando as mamas e mamilos, ensinando sobre sinais de alerta para ingurgitamento mamário e mastites, que ocorrem com mais frequência após a descida do leite, avaliando e ensinando sinais de boa pega e motivando as puérperas para o aleitamento materno. É expectável que a ativação secretória ocorra entre o 3º e o 5º dia, momento que as puérperas já se encontram no domicílio, pelo que realizei ensinamentos sobre estratégias

tanto para prevenir como para tratar processos inerentes às complicações do aleitamento materno, que podem ocorrer. Para além disso, avalei também a involução uterina, observei o períneo (despistando sinais inflamatórios das correções de lacerações e das episiorrafias) e os lóquios (quantidade, cor e odor). Durante estes períodos de observação, também fui realizando ensinamentos, de modo a capacitar as puérperas na autovigilância do seu estado de saúde. Nos casos em que o parto é distócico, por cesariana, a puérpera fica no quarto de cuidados pós anestésicos, uma vez que requer uma vigilância mais intensiva em termos de sinais vitais e reversão do bloqueio subaracnoide, realizado no bloco operatório. Este quarto está equipado com medicação de emergência e todo o suporte necessário à ocorrência de uma emergência, como seja uma hemorragia pós-parto decorrente de uma atonia uterina ou de lacerações não corrigidas.

Em relação aos cuidados prestados aos recém-nascidos, tive oportunidade de contribuir para a promoção da sua adaptação ao meio extrauterino, atuando de modo a prevenir e vigiar alterações decorrentes desta adaptação. Para complementar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo das aulas, consulte os protocolos existentes no serviço, de modo a uniformizar a atuação em diversas situações, refletindo sempre que surgiam dúvidas relativamente a algum procedimento. Uma das componentes que ensinei e refleti com os pais foi acerca do controlo de temperatura, dos mecanismos de perda de calor do recém-nascido e da importância de preservar a temperatura nas primeiras horas de vida, de modo a preservar a sua energia. Tive também oportunidade de demonstrar a técnica do banho ao recém-nascido e cuidados ao coto umbilical, aproveitando estes momentos para realizar educação para a saúde aos pais, de modo que esclarecessem as suas dúvidas e conseguissem posteriormente realizar a técnica de forma correta. Sempre que possível incentivei a participação do pai neste processo, de forma que se sentisse incluído nos cuidados e que percebesse o seu papel fundamental no cuidar ao bebé. No que se refere à amamentação ainda senti alguma renitência das puérperas em relação ao serem capazes de amamentar, pelo que as auxiliei nos posicionamentos do recém-nascido, enaltecendo sempre a sua capacidade para o processo, de modo a incentivar a adesão por parte das mesmas. A OMS recomenda a amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade, uma vez que o leite materno é um alimento vivo, completo e natural, sendo o mais adequado à maioria dos recém-nascidos. Para além disso, tem inúmeras vantagens, tanto maternas (facilita a involução uterina, associa-se a menor probabilidade de cancro da mama entre outros, favorece o restabelecimento da boa forma física da mãe), como para o recém-nascido (previne infeções gastrointestinais,

respiratórias e urinárias, protege contra alergias e favorece o vínculo mãe-bebê) (Bértolo & Levy, 2012). No entanto, é fundamental que a escolha seja livre e informada, tendo o EEESMO o papel de informar sobre os benefícios da amamentação, permitindo à puérpera que tome uma decisão consciente e informada, livre de juízos de valor. Quando a puérpera mostra vontade em amamentar, o EEESMO deve auxiliar este processo, validando as competências adquiridas pela puérpera, esclarecendo as suas dúvidas, e promovendo a autoeficácia destas competências (OE, 2022).

Tive também oportunidade de realizar o rastreio das cardiopatias congénitas, a administração da vacina da hepatite B, a realização de colheitas, a avaliação céfalo-caudal do recém-nascido, a colaboração na realização de punção supra-púbica para colheita assética de urina e de prestar cuidados a bebês a realizar fototerapia.

Por fim, tive oportunidade de assistir a uma formação em serviço, com temas pertinentes ao estágio realizado. O serviço de puerpério promove a formação dos seus colaboradores, em linha de conta com a melhoria contínua do serviço e da prestação de cuidados de qualidade e baseados na melhor evidência científica. Foi para mim gratificante participar nesta formação, uma vez que tive oportunidade de debater práticas com os meus pares. Para além deste momento formativo enriquecedor, foi também importante ao longo do ensino clínico ter como tutora uma EEESMO, compreendendo a diferença que o conhecimento pode ter no apoio fornecido e transmitido às puérperas.

No apêndice I encontra-se o quadro síntese do número de experiências realizadas.

## **5. Estágio no âmbito da enfermagem em ginecologia**

Neste contexto, o EEESMO tem um papel importante, não só de informar e implementar rastreios de modo a promover a saúde da mulher, mas também na sua readaptação à vida após a vivência de uma doença ginecológica. O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica é muito explícito quando define que uma das competências do enfermeiro especialista é “Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica”.

Relativamente a projetos de melhoria contínua, o serviço onde estagiei, pertencente a um hospital do norte do país, aposta bastante na formação interna dos

seus colaboradores, existindo um agendamento anual de formações, com diversos temas. Neste período de estágio, a formação que realizaram foi sobre a atuação do EEESMO nas emergências obstétricas, a qual frequentei. Embora não estivesse relacionada com a unidade de cuidados que estava a realizar, penso que é uma mais valia obter conhecimento, tanto da parte mais teórica, como contributos práticos, que emergem da discussão de casos clínicos. Para além disso, têm também um projeto piloto da patologia da mama, que considerei bastante interessante, e para o qual contribuí com a elaboração de um panfleto de informações para as mulheres após serem submetidas a cirurgia da mama (Apêndice IV). A realização deste panfleto tem como objetivo, não só contribuir para o projeto de melhoria contínua do serviço, mas também para suprir algumas lacunas de conhecimento que senti nas mulheres submetidas a este tipo de cirurgia. O diagnóstico de cancro não é fácil de ouvir e muito menos de aceitar. A pessoa passa de um papel de saudável para uma situação de doença, constituindo uma transição de saúde/doença. Este tipo de transições, foi descrito por Afaf Meleis na sua teoria das transições, referindo que, as transições mais repentinas, são aquelas que demoram mais a ser concluídas, ou seja, a pessoa a adaptar-se a um novo papel. É o caso do diagnóstico de cancro, uma vez que, na maioria das vezes é um diagnóstico repentino que leva a cirurgia e tratamentos no imediato (Meleis, 2010). Cabe aos profissionais de saúde, e realço neste papel o EEESMO, perceber os receios da mulher, esclarecer as suas dúvidas, realizar ensinamentos pertinentes e ser facilitador desta transição. A pessoa deve ser envolvida em todo o processo, bem como as suas opções, de modo que sinta confiança e desenvolva mecanismos de *coping* para se adaptar à situação atual.

No que se refere ao internamento no serviço, é realizado um acolhimento à mulher, que é encaminhada ao quarto por uma assistente operacional, que faz a integração ao local onde vai permanecer. É também disponibilizado um kit de cirurgia, composto por uma bata, umas meias elásticas, um penso higiénico, umas cuecas descartáveis e um resguardo. De seguida, a enfermeira responsável vai fornecer as informações necessárias, como o banho com sabão de clorexidina, de acordo com o feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico (Portugal, Direção Geral da Saúde, 2022), a retirada de todos os adornos e próteses existentes e é instruída para vestir o vestuário adequado à ida para o bloco (bata e cuecas descartáveis). Após o banho de desinfeção, é realizada uma *check list* de verificação pré-operatória, de modo a cumprir os critérios definidos para a segurança cirúrgica (OMS, 2009). A cirurgia é explicada à mulher, pelo médico, na consulta pré-operatória, mas no decorrer da conversa, é sempre perguntado se existem dúvidas que possam

ser esclarecidas, bem como confirmada a assinatura do consentimento. Este momento é primordial, porque é neste primeiro contacto que se realiza a avaliação inicial à mulher, percebendo um pouco do contexto em que vive, patologias pré-existentes e hábitos de vida, o que nos permite adequar melhor os cuidados à individualidade daquela pessoa, bem como estabelecer desde logo uma relação de confiança nos cuidados prestados.

Relativamente aos cuidados de enfermagem, tive oportunidade de cuidar de mulheres com carcinomas ginecológicos variados (vulvar, uterino, ovárico), carcinoma da mama, mulheres submetidas a histerectomias (parciais e totais), salpingectomia, quistectomia, vaginectomia, uretrotomia, cirurgia de wertheim-meigs, mulheres submetidas a mastectomias, cirurgia conservadora da mama com esvaziamento axilar, marsupialização (cirurgia para drenagem e resolução da Bartholinite) e também cirurgias do aparelho geniturinário, correção de cistocelos e colpoplastia. Muitas destas situações foram para mim um desafio, uma vez que em algumas a história precedente à cirurgia era a de um diagnóstico difícil de aceitar e que muito abalava a pessoa. A título de exemplo, uma das mulheres que mais me marcou, descobriu carcinoma do colo do útero quando estava grávida, tendo decidido prosseguir com a gravidez. Após o parto, recorreu ao serviço para a realização de uma histerectomia radical (cirurgia de wertheim), ficando internada durante alguns dias. Quando teve alta, começou a desenvolver um quadro febril, com dores lombares e abdominais, voltando para o serviço para rastrear uma possível peritonite. Durante todo este tempo teve de lidar com a cirurgia, o diagnóstico, o papel de mãe apesar de estar afastada do seu filho, o facto de não poder voltar a ser mãe. Para a encorajar e auxiliar a ultrapassar esta fase, realizava videochamadas com a sua irmã para poder ver o bebé que apenas tinha 1 mês e estava separado da mãe. Esta realidade leva-nos a refletir sobre algumas práticas que temos, nomeadamente a da não frequência de crianças no hospital. Sabemos que os estabelecimentos hospitalares não são as instituições ideais para a frequência de bebés no local, mas, como EEESMO, sabemos a importância que tem a mãe e o bebé estarem juntos, não só pela formação do vínculo, como também pelos benefícios no bem-estar do bebé e da mãe. Por essa razão, combinamos com a doente que no dia seguinte poderia agendar com a irmã a vinda do bebé ao hospital, para que, por pouco tempo que fosse, poder estar tranquila e próxima do seu filho, ajudando assim, possivelmente, a ultrapassar a situação atual de internamento.

Muitas destas mulheres precisam não só de cuidados físicos, mas mais ainda de cuidados psicológicos, uma vez que veem a sua autoimagem afetada pela realização destas cirurgias, tendo de se adaptar a uma nova realidade. O EEESMO é um profissional por excelência no auxílio às transições, como já referido, tendo um papel muito importante, tanto na desmistificação de estigmas, como no encaminhamento destas mulheres para outros profissionais, quando diagnostica transtornos que não consegue resolver. Isto aconteceu com uma das mulheres de quem cuidei. Um dos dias que fui cuidar dela, verbalizou que durante a noite tinha tido pensamentos muito estranhos. Após ter questionado qual era o tipo de pensamentos que ela tinha, respondeu-me que tinha pensado em saltar da janela. Esta ideia suicida surgiu após a médica ter sido um pouco ríspida com a utente no dia anterior. Como a mulher já tinha acompanhamento psiquiátrico, anterior ao internamento, realizei um pedido de colaboração, no sentido de dar seguimento ao apoio psicológico que esta mulher necessitava. Para além disso, sempre que o planeamento de cuidados me permitia, falava com ela, tanto no quarto, como no corredor (onde passeava muitas vezes), de modo a avaliar os resultados da minha intervenção indireta.

Tive também oportunidade de realizar não só cuidados às mulheres, como também ensinamentos para a alta, para que fossem para o domicílio mais tranquilas e com conhecimento de como atuar, tanto se surgissem sinais de alarme, como os cuidados que deveriam ter, de continuidade pós-operatórios ou outros. Estes ensinamentos eram muitas vezes realizados em parceria com o médico, de modo a fornecer informação pertinente, sem repetição desnecessária, validando se a doente estava a perceber o que lhe estava a ser dito. Também foi realizado, sempre que possível, o encaminhamento para recursos da comunidade, como consultas pós-operatórias, continuação de vigilância e o incentivo à procura de grupos de apoio para a partilha de experiências.

Por fim, de forma a alcançar um dos objetivos relacionados com a área de intervenção em rastreios, e como não era possível alcançá-lo no serviço onde estava a estagiar, colaborei na consulta de patologia do colo do útero, assistindo e auxiliando na realização de rastreio do cancro do colo. Nesta consulta consegui perceber o contexto prévio das mulheres que frequentavam a consulta, o encaminhamento realizado entre cuidados de saúde primários e consulta de patologia e a vigilância que era realizada após a remoção de lesões detetadas, tal como o preconizado pelo Serviço Nacional de Saúde. Todas as mulheres, em que a faixa etária esteja

abrangida, devem ser incentivadas a aderir aos programas de rastreio, uma vez que estes são fundamentais na deteção precoce de lesões/cancro. A título de exemplo, o rastreio do cancro do colo do útero já reduziu, em Portugal, a mortalidade em 80%. (Serviço Nacional de Saúde, 2023). Estes resultados positivos dependem muito do incentivo dado às mulheres, do esclarecimento e conhecimento, para que tomem decisões informadas sobre a vigilância da sua saúde, sendo mais uma vez uma das responsabilidades do EEESMO.

Este ensino clínico não possuía número de experiências mínimas a realizar, mas considero que alcancei as competências pretendidas para um EEESMO. Esta aprendizagem foi facilitada pela tutoria que tive de enfermeiras especialistas.

## **6. Estágio no âmbito da enfermagem em neonatologia**

A oportunidade de realizar o estágio na neonatologia, apesar de não ser obrigatório, foi uma mais-valia, uma vez que o EEESMO tem o dever de identificar alterações ao normal funcionamento do recém-nascido e atuar em conformidade. O ensino clínico foi realizado numa unidade de cuidados intensivos neonatais de um hospital do norte do país, tendo como tutora a única EEESMO que trabalha no serviço.

Relativamente à filosofia de cuidados praticados nesta unidade, utilizam o NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Esta filosofia de cuidados permite uma visão integrada e holística dos cuidados, sendo estes centrados no desenvolvimento, recém-nascido e família. A Nidcap Federation International (NFI) define bastante bem as diferenças entre os cuidados tradicionais ao recém-nascido e os cuidados através da filosofia NIDCAP. Na prestação de cuidados tradicionais, o bebé é considerado um doente, sendo os pais os visitantes e a restante família visitas ocasionais. Os prestadores de cuidados, sejam médicos ou enfermeiros, são guiados por protocolos e tarefas a realizar, sendo o objetivo centrado em eficácia, produtividade e custo-benefício. Por seu lado, no modelo de cuidados NIDCAP, os recém-nascidos são considerados pessoas individuais, com características próprias e necessidades individualizadas, sendo que os pais são parceiros dos cuidados e são as pessoas de referência na tomada de decisão. Os profissionais de saúde são vistos como parceiros de cuidados, desenvolvendo as suas atividades de modo a promover a saúde, o relacionamento familiar, o crescimento e o desenvolvimento. De facto, tive oportunidade de prestar cuidados desta forma tão individualizada e ao ritmo de cada recém-nascido. São notórios os sinais de *stress* quando nos aproximamos dos recém-nascidos doentes para lhes prestar cuidados,

sendo que é visível também uma diminuição deste *stress* se colocarmos em prática as diversas vertentes do cuidado centrado no desenvolvimento (Nidcap Federation International, 2023).

Tive oportunidade de cuidar de prematuros, grandes prematuros, recém-nascidos com patologias do foro cirúrgico e recém-nascidos com patologias cardíacas. Numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), as experiências sensoriais são bastante negativas, principalmente para os prematuros e grandes prematuros, interferindo em grande medida no seu desenvolvimento cerebral. A luz, o ruído, os procedimentos dolorosos, são tudo fontes de *stress* para o neonato. Para minimizar os efeitos nefastos destas intervenções, utilizei sempre o NIDCAP, colaborando com a família, permitindo o contacto pele a pele, sempre que possível, promovendo o aleitamento materno, estimulando a participação dos pais e salientando a sua importância. O serviço onde estagiei, iniciou a implementação desta filosofia há vários anos, tendo bons resultados e criando posteriormente um centro de treino de NIDCAP. No decurso do meu estágio, realizaram uma formação que considerei ter temas bastante pertinentes, mas infelizmente, por constrangimentos de horário, não consegui assistir.

Durante estas semanas consegui prestar cuidados a recém-nascidos em ventilação espontânea, ventilação não invasiva e ventilação mecânica invasiva, com todos os cuidados e vigilâncias inerentes à ventilação. Puncionei recém-nascidos, prestei cuidados à pele, vigiei sinais de má tolerância alimentar e administrei leite materno por sonda, sempre que não era possível irem à mama. Colaborei ainda numa situação de entubação de um recém-nascido prematuro, realizando a contenção necessária para minimizar os transtornos causados por este procedimento invasivo. Para além disso também procedi à *toilete* brônquica e à higiene da boca do recém-nascido. Relativamente a esta higiene, é realizada com leite materno, sempre que este está disponível, trazendo inúmeras vantagens para o recém-nascido, uma vez que a mucosa oral é rica em papilas gustativas e na absorção das propriedades do leite materno. Assim, se por um lado estamos a cuidar de recém-nascidos doentes, com poucas defesas, por outro estamos a tentar colmatar este défice imunológico oferecendo o leite materno, que é rico em células vivas e anticorpos, oferecendo proteção contra diversos agentes patológicos. Para além disso é um grande promotor do crescimento e desenvolvimento, bem como da maturação intestinal, prevenindo doenças como a enterocolite necrotizante em prematuros, por exemplo.

A permanência numa UCIN é um fator de *stress* acrescido para os pais, não só pelo facto do seu bebé estar doente, mas também por todo o meio envolvente. O EESMO, ao ter conhecimentos e competências suficientes sobre o processo de transição, é um elemento facilitador da adaptação ao novo estado. Esta transição pode enquadrar-se no tipo situacional, podendo ser mais longa ou mais curta dependendo da aceitação dos pais e do tempo de internamento do bebé. A adaptação ao meio hospitalar tem bastantes obstáculos, desde logo o diminuto contacto existente entre os pais e o recém-nascido, muitas vezes pela necessidade de permanência na incubadora para estabilização. Ainda assim, sempre que possível providenciei este contacto pele a pele com os pais, no conhecido método canguru, observando o quão tranquilos ficavam os pais e muitas vezes até o recém-nascido. Neste serviço existe uma grande preocupação com a tríade e o vínculo entre pais e bebé. Por esta razão, é permitida a permanência dos pais 24 horas por dia, participando nos cuidados ao recém-nascido e colaborando na realização de procedimentos. Em cada boxe, existe também um espaço onde os pais podem ficar a pernoitar, se assim o desejarem, e também uma copa no serviço, onde podem aquecer as suas refeições, e uma casa de banho, onde podem proceder à sua higiene. A possibilidade de os pais permanecerem na unidade a tempo inteiro e de serem parceiros de cuidados, permite que se estabeleça uma relação de confiança entre equipa multidisciplinar e pais, facilitando a prestação de cuidados e a obtenção de bons resultados. Também a promoção do vínculo é bastante importante, sendo que Bowlby, em 1969, já utilizava este termo para referir uma relação emocional duradoura de ligação entre pessoas. Assim, a promoção de um vínculo saudável permite que a criança cresça com relações positivas, em equilíbrio e com facilidade na demonstração de afetos (Bowlby, 1969).

Facilmente percebemos que o EESMO tem um papel bastante importante numa unidade de cuidados intensivos neonatais, por ser conhecedor dos diversos mecanismos de desenvolvimento do recém-nascido ao longo da gravidez, das adaptações que ocorrem ao nascimento, dos benefícios da amamentação e da promoção do vínculo pais-bebé.



## **Parte II – Componente da investigação**



A segunda parte deste relatório pretende apresentar o estudo de investigação que foi realizado. Desta forma, inicia com um enquadramento da temática em estudo, seguindo-se a apresentação da parte metodológica escolhida, posteriormente são apresentados os resultados do estudo, com a respetiva discussão e é finalizada com as implicações para a prática e as conclusões.

Como referido anteriormente, foram objetivos deste estudo:

Avaliar a motivação das puérperas para a amamentação no momento da alta hospitalar;

Analisar de que forma as variáveis sociodemográficas (idade, habilitações literárias e estado civil) influenciam a motivação para a amamentação;

Analisar de que forma o suporte e recursos da puérpera influenciam a motivação para amamentar;

Verificar se as variáveis de contexto obstétrico (número de gestações, número de filhos, assiduidade a programas de preparação para o parto e parentalidade e internamento atual) influenciam a motivação para amamentar;

Verificar se a depressão pós-parto influencia a motivação para amamentar.

## **1. Aleitamento materno**

A Organização Mundial da Saúde (2022) preconiza o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, funcionando como complemento a partir da introdução alimentar até aos 2 anos.

No entanto, apesar de todas as metas, iniciativas e recomendações emanadas por esta entidade, as taxas de aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses estão longe do recomendado. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima que, no mundo, apenas 4 em cada dez crianças são amamentadas com leite materno exclusivo até aos 6 meses (cerca de 44%).

Este número é baixo relativamente ao estabelecida pela OMS nas Metas Globais de Nutrição, uma vez que tem como pressuposto aumentar a taxa de amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida para 50% até 2025 e 70% até 2030 (OPAS, 2021).

Constatamos que são objetivos ambiciosos, e para que se concretizem são necessárias um conjunto de medidas, nomeadamente a nível das políticas de apoio ao aleitamento materno, informação às puérperas, perceber quais as suas necessidades e dificuldades, de modo a atuar em concordância com as necessidades e oferecendo informação e apoio ao aleitamento materno exclusivo.

Em Portugal, apesar da informação acerca do assunto ser bastante escassa, estima-se que apenas 21,8% dos bebés são alimentados com leite materno exclusivo até aos 6 meses de idade. Este número está muito aquém do preconizado pela OMS, tendo sido criada uma Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno, que tem como objetivo aumentar esta taxa para 50% até 2030, meta estabelecida no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Para além disso, esta comissão tem como objetivos: aprofundar o conhecimento sobre a realidade do aleitamento materno em Portugal, definir e implementar práticas de promoção e manutenção do aleitamento materno em instituições de saúde, indo de encontro ao preconizado pela OMS e monitorizar se as medidas estabelecidas estão a ser cumpridas (Despacho nº 13056/2023, 2023).

Apesar da criação desta comissão ser atual, a OMS e a UNICEF (United Nations Children's Fund) lançaram em 1991 a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés (IHAB), de modo a incentivar as instituições que prestam cuidados de maternidade e aos recém-nascidos a adotarem “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Em 2018, com base na *guideline* “Proteger, promover e apoiar amamentação nas instalações que prestam cuidados na maternidade e a recém-nascidos”, criada pela OMS, foram revistas as premissas estabelecidas, sendo que, após a revisão preconizaram dois pontos essenciais, os procedimentos mais ligados à gestão e os procedimentos da prática clínica.

Assim, as recomendações para a gestão assentam no pressuposto de:

- Cumprir integralmente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções relevantes da Assembleia Mundial da Saúde;
- Ter uma política de alimentação infantil escrita que seja rotineiramente comunicada aos funcionários e aos pais;
- Estabelecer sistemas contínuos de monitorização e gestão de dados;
- Garantir que a equipa tem conhecimento, competência e habilidades suficientes para apoiar a amamentação.

No âmbito da prática clínica, estabeleceram as seguintes medidas:

- Discutir a importância e o controlo da amamentação com as gestantes e as suas famílias;
- Facilitar o contacto pele a pele imediato e ininterrupto e apoiar as mães a iniciarem a amamentação o mais precocemente possível após o nascimento;
- Apoiar as mães a iniciar e manter a amamentação e a gerir dificuldades comuns;
- Não fornecer aos recém-nascidos amamentados quaisquer alimentos ou líquidos que não sejam leite materno, a menos que haja indicação médica;
- Permitir que as mães e os seus bebés permaneçam juntos e pratiquem o alojamento conjunto 24 horas por dia;
- Apoiar as mães a reconhecer e responder aos sinais de fome dos seus bebés;
- Aconselhar as mães sobre o uso e os riscos dos biberões, tetinas e chupetas;
- Coordenar a alta para que os pais e os seus bebés tenham acesso oportuno a apoio e cuidados contínuos.

(WHO, 2018)

Para além do estabelecido, a OMS, na sua *guideline* sobre a proteção e promoção do aleitamento materno estabelece que o contacto pele a pele logo após o nascimento deve ser providenciado e facilitado, que todas as mães devem ser apoiadas e incentivadas a iniciarem a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, que as mães devem receber apoio

prático para colmatar as dificuldades que possam surgir durante o processo da amamentação, mãe e bebé devem ficar em alojamento conjunto sempre que possível, deve providenciar-se informação acerca de não ser necessário qualquer alimento ou líquido para além do leite materno durante a amamentação e as mães devem ser capazes de identificar os sinais de fome e/ou de desconforto e atuar em conformidade (WHO, 2017).

O estabelecimento destas medidas veio ajudar ao incremento do aleitamento materno exclusivo, tanto imediato, como o seu prolongamento no tempo. Ainda assim, e tendo em conta as recomendações e objetivos estabelecidos pela OMS, estas medidas tornam-se insuficientes para o apoio à amamentação exclusiva.

Torna-se premente implementar políticas de apoio à amamentação, com incentivos e apoio às mães que queiram amamentar. Para além de políticas governamentais, temos também de insistir e providenciar formação para os profissionais que lidam diretamente com estas mães e que lhes realizam apoio assistencial durante os primeiros dias pós-parto. Para além destas medidas, e indo de encontro com o preconizado pela iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, seria também importante repensar em programas domiciliários de apoio ao aleitamento materno durante as primeiras semanas pós-parto, uma vez que durante as mesmas existe um decréscimo acentuado nas taxas de aleitamento materno exclusivo (Santos et al, 2021).

Relativamente ao aleitamento materno, as vantagens estão imensamente estudadas, constituindo por si só o único alimento vivo, completo, com nutrientes adequados a cada fase do desenvolvimento, uma vez que se adapta às necessidades do recém-nascido. É constituído por água, proteínas, lípidos, hidratos de carbono, ácidos gordos, vitaminas e minerais, que permitem o correto desenvolvimento e crescimento do bebé, apresentando-se como uma nutrição completa até aos 6 meses de idade (Santos et al, 2022).

O leite materno contribui para um desenvolvimento saudável, protegendo o sistema gastrointestinal (não só pela presença de anticorpos, mas também por ser de fácil digestão), respiratório (North et al, 2022), diminui o risco de obesidade, a probabilidade de adquirir infeções (possui anticorpos), o risco de alergias e o risco de desenvolvimento de doenças mentais e do

desenvolvimento psicomotor. Contribui ainda para um melhor desenvolvimento cognitivo e para o estabelecimento do vínculo materno. Na idade adulta está associado a uma menor probabilidade de desenvolvimento de doenças crônicas como hipertensão, colesterol e diabetes mellitus (Tschiderer et al, 2022) (Ware et al, 2023). Existe ainda estudos que apontam para uma redução do risco de certas doenças, como a doença celíaca, a doença de crohn, colite ulcerosa e linfomas (Nelas et al, 2008).

Mas o leite materno não apresenta apenas benefícios para o bebê, também protege a mãe do risco de desenvolvimento de cancro da mama e do ovário, promove a recuperação pós-parto, ajuda na perda de peso pós-parto (uma vez que são consumidas calorias), pode constituir uma forma de contraceção natural, reduz o *stress* e diminui o risco de desenvolvimento de depressão pós-parto (DPP). Existem também estudos que afirmam que a amamentação diminui o risco de doenças cardiovasculares (Tschiderer et al, 2022) (Caldas et al, 2021).

Relativamente a outras vantagens, pode ser referido o facto de estar sempre disponível, ser o mais económico, tanto a nível de tempo, como monetariamente e ainda provocar um impacto ambiental mínimo, por isso ser conhecido como sustentável para o planeta (Levy & Bértolo, 2012).

### **1.1 Alguns determinantes do sucesso do aleitamento materno**

O sucesso do aleitamento materno pode ser definido como uma amamentação mais prolongada, sendo que atualmente é aceite que a amamentação deve ser exclusiva até aos 6 meses de idade, e ainda a existência de uma interação mãe-bebê de qualidade. Ao falarmos de sucesso, temos também que ter em consideração o projeto de cada mãe no que à amamentação diz respeito. Cada mulher é um ser individualizado, pelo que devemos adequar-nos às suas expetativas (Levy & Bértolo, 2012).

Devemos considerar 3 fatores intervenientes no sucesso do aleitamento materno, nomeadamente a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação. Relativamente à decisão de amamentar, esta é pessoal, sendo influenciada por crenças, por experiências anteriores e pelo meio envolvente. Cada mulher deve decidir de livre vontade se é seu objetivo amamentar ou não, devendo para isso estar

informada sobre os benefícios inerentes à amamentação. Após a tomada de decisão, é necessário que exista um estabelecimento de lactação, que pode ser influenciado por muitos fatores, como experiência de parto menos positiva, falta de informação, falta de apoio e até falta de conhecimento dos profissionais que acolhem a mulher e o recém-nascido no pós-parto. Por último, o suporte à amamentação é um dos pontos chave desta equação, uma vez que os estudos demonstram que as mães, na sua maioria, desistem da amamentação após a alta hospitalar. O suporte familiar, o auxílio nas tarefas domésticas e o apoio por profissionais de saúde, como visitas domiciliares, são medidas importantes de apoio ao aleitamento materno e ao seu sucesso (Levy & Bértolo, 2012).

Embora os benefícios da amamentação sejam sobejamente conhecidos, ainda existe um grande desafio para os profissionais de saúde, que se refere ao desmame precoce. O desmame precoce é a interrupção total ou parcial do aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses de idade e pode estar relacionado com diversos fatores, como a depressão pós-parto, dificuldades relativas à técnica para amamentar, problemas com as mamas (nomeadamente fissuras, mastites, ingurgitamento mamário), mitos em relação à qualidade do leite e regresso ao trabalho (apesar de existirem leis que protegem a amamentação e a realização de horários ajustados) (Caldas et al, 2021). Para além destes fatores, são também referidos na literatura o nível socioeconómico, os extremos de idade reprodutiva, escolaridade, cultura, baixo conhecimento acerca da amamentação, uso de chupetas e tetinas aquando da amamentação ainda não estabelecida e ainda a falta de apoio familiar (Caldas et al, 2021). Estes dados são corroborados no estudo realizado por Souza et al (2023), que acrescenta que a mulher deve ser acompanhada desde o pré-natal para se munir de ferramentas para a continuação do aleitamento materno aquando do regresso ao trabalho. É também notória a importância de acompanhamento personalizado quer na correção da pega (de modo a prevenir problemas com as mamas), como no esclarecimento de mitos que surgem a muitas mulheres, não só por considerarem que não estão a conseguir alimentar o seu bebé como pelo facto de considerarem que o seu leite é fraco. É necessário desmistificar estas crenças e dar suporte a estas mulheres.

A insegurança materna emerge como um dos principais obstáculos para o sucesso da amamentação, frequentemente enraizada na falta de conhecimento sobre suas próprias capacidades de amamentar. Essa incerteza pode levar ao abandono da amamentação diante de qualquer desafio. Adicionalmente, a presença de memórias de experiências negativas, vivenciadas durante a gestação atual ou em gestações anteriores, merece destaque. Especificamente, experiências prévias de amamentação insatisfatórias com outros filhos podem influenciar a expectativa de dificuldades futuras, gerando uma antecipação negativa quanto à habilidade de nutrir o novo bebê. Este cenário contribui significativamente para a falta de motivação em relação à amamentação. Reconhecer e abordar essas questões é crucial para apoiar as mães no processo de amamentação, promovendo uma experiência mais positiva e bem-sucedida (Mercan & Selcuk, 2021).

Mercan & Selcuk, (2021), realçam que a existência de uma rede de apoio e de suporte familiar, tanto do companheiro como de outros conviventes significativos, leva a que as mulheres se sintam mais motivadas e conseqüentemente ao sucesso da amamentação. Também o suporte por parte de profissionais de saúde, com conhecimentos na área da amamentação, leva a uma maior autoeficácia materna na amamentação.

O desmame precoce está associado a desnutrição infantil, maior morbi-mortalidade, aumento de problemas gastrointestinais, pela imaturidade do sistema digestivo e aumento das infecções respiratórias e alérgicas, pela falta de imunoglobulinas presentes apenas no leite materno (Barreto & Lopes, 2023).

Como podemos observar, são imensos os fatores que podem interferir neste processo, sendo importante intervir o mais precocemente possível, de modo a perceber quais as dificuldades existentes e onde o profissional de saúde pode ajudar, de modo que exista sucesso na amamentação exclusiva. A mulher deve ser informada sobre os benefícios duplos da amamentação, de modo que possa tomar uma decisão consciente e informada (Almeida et al, 2022).

É de extrema importância o estabelecimento de uma comunicação eficaz e de um vínculo sólido entre profissionais de saúde e mães no processo

de amamentação. O estabelecimento de um vínculo de confiança entre profissionais de saúde e mães é essencial para um atendimento continuado e personalizado. Esse relacionamento permite que as mães se sintam apoiadas e compreendidas, aumentando a probabilidade de sucesso na amamentação. Esta, embora sendo um processo natural, envolve uma série de desafios psicológicos e físicos que podem ser significativamente mitigados através de um apoio contínuo e qualificado dos serviços de saúde. Promover o aleitamento materno exclusivo (AME) requer uma abordagem holística que englobe educação e prática. Os profissionais de saúde têm um papel insubstituível em educar, apoiar e encorajar as mães durante a jornada da amamentação, auxiliando nos desafios e garantindo uma experiência positiva quer para a mãe quer para o bebê. A implementação de estratégias baseadas em evidências melhora a comunicação, confiança e o vínculo profissional-mulher, tendo impactos significativos na amamentação e promovendo o bem-estar materno-infantil (Souza et al, 2023).

## **1.2 Motivação para o aleitamento materno**

A motivação é um processo psicológico que desencadeia e direciona o comportamento humano no alcance de diversos objetivos. É uma força interna, que leva as pessoas a satisfazer as suas necessidades, quer sejam elas básicas ou com algum grau de complexidade. Existem dois tipos principais de motivação que podem ser considerados: a motivação intrínseca e a motivação extrínseca. A primeira refere-se aquela que vem de dentro do indivíduo, sendo o desejo de concretizar alguma tarefa por satisfação pessoal. A segunda, por sua vez, refere-se aquela que tem a ver com fatores externos, ou seja, a vontade de realizar alguma tarefa para obter uma recompensa (Moreira & Todorov, 2005) (Ryan et al, 2017).

Por ser deveras importante e por influenciar em grande medida o comportamento do indivíduo, é uma das áreas de interesse da psicologia, que pretende entender o que impulsiona os indivíduos a agir de determinada maneira, tanto no trabalho como na sua vida pessoal. Foram desenvolvidas diversas teorias como tentativa de explicar a motivação dos indivíduos, sendo que a Teoria da Autodeterminação é a que melhor se encaixa no enquadramento deste trabalho.

A Teoria da Autodeterminação (TAD) foi desenvolvida por dois psicólogos, Edward Deci e Richard Ryan, em 1985. Ela tem o seu enfoque na importância dos processos internos de autodeterminação e autorregulação no comportamento humano. Salienta que as pessoas são motivadas por três necessidades psicológicas inatas: autonomia, competência e relacionamento. A autonomia refere-se à necessidade de sentir que é a pessoa que escolhe as ações que toma e que tem controlo sobre a sua própria vida, não estando dependente das ações de outros para conseguir satisfazer as suas necessidades. Relativamente à competência, a teoria salienta que os indivíduos têm necessidade de se sentir competentes, superarem desafios e melhorar habilidades. Assim, sentindo-se eficazes, contribuem para o alcance de resultados esperados e para a mestria nas diversas tarefas. Por último, o relacionamento refere-se à necessidade de pertencer a uma comunidade e de se conectar com os outros. Quando as pessoas sentem que têm relacionamentos fortes e suporte social, sentem-se mais motivadas para crescer (Lau et al, 2022).

Independentemente do ponto de partida motivacional, um ambiente de suporte e apoio à autonomia é crucial no envolvimento da mulher no processo de amamentação. Deve promover-se a satisfação das necessidades psicológicas básicas constantes da TAD, de modo a promover a saúde e bem-estar (Ryan & Deci, 2008).

Estudos demonstram que mulheres com altos níveis de motivação autónoma, em ambientes em que se sentem apoiadas e têm suporte, têm maior probabilidade de continuar a amamentar do que aquelas que têm altos níveis de motivação controlada (Lau et al, 2022). Para além disso, o sucesso da amamentação está diretamente ligado à confiança e sentimento de competência materna, pois existe um incremento na motivação intrínseca.

O estudo de Lau et al (2022), enfatiza ainda que as mulheres conseguem melhor autorregular o seu comportamento e a motivação se estiverem informadas, receberem apoio na prática da amamentação e se forem auxiliadas a interpretar o comportamento do bebé. Esta componente educacional deve ser iniciada durante a gravidez, uma vez que é nesta altura que a futura mãe começa a desenvolver atitudes e expectativas que irão influenciar a sua decisão de amamentar. Qualquer que seja a opção tomada

pela mãe, esta deve ser respeitada. No entanto, cabe aos profissionais de saúde, zelar para que essa decisão seja consciente e informada, fornecendo à mulher informação sobre as vantagens do aleitamento materno, principais dificuldades, estratégias para conseguir ultrapassar alguns obstáculos e recursos disponíveis para o apoio à amamentação. O estudo de Astuti et al, 2023, para além de falar do conhecimento como grande aliado da motivação, afirma ainda que o nível de escolaridade e o status socioeconómico influenciam a mesma.

### **1.3 Depressão Pós-Parto**

A saúde mental caracteriza-se pelo bem-estar emocional, comportamento ajustado, pela capacidade de desenvolver relacionamentos construtivos e de lidar com as situações que vão surgindo ao longo do ciclo de vida (Associação Americana de Psicologia, 2022). Quando esta homeostase não é alcançada surgem muitas vezes sintomas de ansiedade e *stress* que, se não diagnosticados e devidamente tratados, podem culminar numa depressão. Segundo a APA (Associação Americana de Psicologia) (2022), a depressão pode ser definida como um estado afetivo negativo, que pode partir da infelicidade e desânimo até a um estado de tristeza extrema, que interfere nas atividades de vida diária da pessoa. Para além disso, esta patologia está também associada frequentemente a alterações de humor, falta de energia, dificuldade de concentração, mudança no padrão alimentar e isolamento das atividades sociais antes frequentadas.

O pós-parto, período que começa depois do parto e que vai até 6 semanas, é um período de mudanças significativas com conseqüente vulnerabilidade para o humor depressivo. Para isto contribui a mudança repentina em diversas hormonas como a progesterona, os estrogénios, a prolactina, o cortisol, a oxitocina, a tiroide e a vasopressina, bem como a adaptação da mulher a duas tarefas, a de atender às suas necessidades e da sua família e a de cuidar das necessidades do bebé. A falta de conhecimento, de suporte e de recursos, pode levar a que as mães se sintam cansadas e não consigam desempenhar os vários papéis, podendo levar a sentimentos de ansiedade em primeira instância, podendo evoluir para sentimentos de tristeza extrema e até culminar numa depressão (Astuti et al, 2023).

A DPP deve ser rastreada o mais precocemente possível, sendo que ainda durante a gravidez as mulheres deveriam ser avaliadas nos cuidados de saúde primários, de modo a encaminhar situações com potencial risco de desenvolvimento de DPP ou de outra patologia do foro psiquiátrico que possa interferir com o ajustamento de papéis no pós-parto (Mercan & Selcuk, 2021).

Torna-se importante distinguir alguns conceitos, para que se consiga diagnosticar precocemente uma doença mental que leva a diversas consequências, não só para a saúde da puérpera, como para a do bebé e até da restante família. Assim, existem 3 conceitos chave:

- Pós-parto blues – define-se como um estado de tristeza e choro frequente, relacionado com o ajuste hormonal existente no pós-parto e que desaparece espontaneamente ao fim das quatro semanas pós-parto. 40 a 60% das puérperas são atingidas por este estado, devido à alteração de papéis e aquisição de novas competências e responsabilidades (DGS,2005 e Gomes, 2019).
- Depressão pós-parto – caracterizada por uma tristeza persistente e falta de interesse pelas atividades antes desenvolvidas. Normalmente tem uma duração superior a duas semanas (DGS,2017) e exige um acompanhamento personalizado, uma vez que condiciona a vida da mulher. A DPP aparece frequentemente durante a gravidez manifestando os seus sintomas no pós-parto (Gomes, 2019).
- Psicose puerperal – transtorno psiquiátrico grave, mas o menos frequente, tendo início súbito. Caracterizado por alucinações e vontade de cometer suicídio ou infanticídio (DGS,2005).

A prevalência de DPP é elevada, atingindo 12 a 16% das puérperas, sendo que em Portugal temos valores de 12,4% na semana a seguir ao parto e 13,7% nos três meses seguintes. Esta perturbação pode surgir apenas no pós-parto, mas pode também ter início na gravidez, sendo de primordial importância o diagnóstico precoce para uma atuação adequada e atempada (DGS, 2005). A etiologia não é esclarecida, mas a literatura aponta alguns fatores como sendo de risco para o desenvolvimento de sintomas de DPP. Assim, podemos considerar como fatores pessoais a existência de eventos de vida stressantes, a história de doença psiquiátrica/depressão pós-parto

prévia, o baixo nível educacional e a falta de apoio social (Chen et al, 2021) e (Alsayed et al, 2021). Relativamente à história obstétrica podemos considerar a gravidez não planeada, o número de gestações, a gravidez indesejada e as complicações perinatais. Quanto a fatores sociodemográficos são referidos o emprego, o estado civil e a situação socioeconómica. Por último, no grupo de outros fatores podemos incluir o tipo de parto, a amamentação, o trabalho de parto prolongado e complicações na gravidez (Alsayed et al, 2021). Também a OMS refere estes fatores, embora os agrupe de forma ligeiramente diferente (OMS, 2022).

São diversas as consequências que resultam da DPP, não se limitando a efeitos sobre a puérpera, mas também sobre o bebé e a família. Relativamente à puérpera, existe uma influência negativa tanto na sua vida social como na função e papel que tem de desempenhar como mãe, não sendo muitas vezes capaz de cuidar do seu filho (amamentação, cuidados de higiene e conforto, inseguranças). Para além disso, também a relação do casal fica afetada, existindo frequentemente desentendimentos.

Relativamente às consequências no recém-nascido, podemos elencar o baixo desenvolvimento cognitivo, motor e comportamental e alterações no desenvolvimento afetivo e emocional, não se limitando muitas vezes apenas ao período da infância, mas apresentando consequências até ao final da adolescência (Aman et al, 2020; Madiba, Mbatha & Mokwena, 2020; Ogiji & Rich, 2022). A Organização Mundial de Saúde (OMS) faz também referência a um maior risco de dificuldade na alimentação e ao menor vínculo estabelecido entre pais e criança (OMS, 2022).

Por todas as consequências nefastas que a depressão pós-parto pode trazer, é importante a atenção dos profissionais de saúde no diagnóstico precoce desta doença, intervindo na modificação de fatores que podem ser ajustados, de modo a prevenir a instalação de sintomas que sejam difíceis de reverter (Downs et al, 2020). Para isso é importante que exista psicoeducação em que se ajude as puérperas a gerir o *stress* que irão sentir, promovendo uma melhor funcionalidade da sua vida, não esquecendo a importância do suporte, tanto familiar como social, para que a mulher se sinta apoiada nas suas decisões e tarefas, evitando a sobrecarga de responsabilidades. Não menos importante é continuar a combater o estigma que existe sobre a saúde

mental, de modo que seja vista como uma fase que necessita de atenção na vida das pessoas (OMS, 2022).

Existe uma ferramenta, validada e bastante útil na detecção da depressão pós-parto, é a escala de Edimburgo. Nesta escala, uma pontuação igual ou superior a 12, indica a probabilidade de depressão, ainda assim, um resultado positivo nesta escala deve ser sempre validado pela avaliação da puérpera por parte de um especialista na área da saúde mental (DGS, 2005).

Embora a pesquisa identifique fatores comuns associados a um aumento no risco de desenvolver sintomas de depressão pós-parto (DPP), os estudos apresentam resultados variados, destacando a complexidade e a diversidade dos fatores que podem contribuir para esta condição. Esta variação está em consonância com a literatura científica, que frequentemente aponta para causas multifatoriais e ainda pouco compreendidas da DPP. Dessa forma, a detecção precoce e a intervenção rápida nos sintomas tornam-se desafios cruciais para prevenir consequências mais sérias. Portanto, é essencial que o enfermeiro especialista esteja vigilante e sensível às dificuldades e preocupações das mulheres ou casais na transição para a parentalidade, visando apoiar esse processo e torná-lo o mais sereno possível. Relativamente aos fatores pessoais, os mais referidos são a existência de DPP anterior (Chang et al, 2020) e (Alsayed et al, 2021), de doença mental durante a gravidez (Chang et al, 2020), o baixo nível de escolaridade (Abedi et al, 2020) e (Omole & Phukuta, 2020) e a falta de suporte por parte do companheiro e de outras pessoas de referência (Huang et al, 2020) e (Downs et al, 2020). Nos estudos analisados é também referida a idade materna como fator, ou seja, quanto mais velha, maior a probabilidade de desenvolver sintomas de DPP (Gueron-Sela et al, 2020) e a existência de eventos de vida difíceis e stressantes, como por exemplo a morte de um familiar (Alsayed et al, 2021). Estes dados estão de acordo com os divulgados pela Direção Geral da Saúde (DGS) que refere a história anterior de DPP como fator potenciador de desenvolvimento de sintomas e também com a Organização Mundial de Saúde (OMS) que faz referência ao baixo nível educacional e baixo suporte social como fatores de risco (DGS, 2005) e (OMS, 2022).

Em relação aos fatores relacionados com a história obstétrica, os estudos referem fatores como complicações pós-parto (Chang et al, 2020), multiparidade, admissões dos recém-nascidos em unidades de cuidados intensivos neonatais e a existência de violência obstétrica tanto verbal como psicoafectiva (Almagro et al, 2022). Também a OMS refere as complicações no parto como contribuindo para o desenvolvimento de fatores de DPP (OMS, 2022). A DGS acrescenta ainda malformações do feto, gravidez não planeada e gravidez de alto risco (DGS, 2005).

Apenas um dos estudos faz referência a fatores sociodemográficos, nomeadamente o baixo nível económico como preditivo de DPP (Abedi et al, 2020), sendo contrariado pelo estudo de Alsayed et al (2021), que não encontra relevância estatística entre o nível socioeconómico e o desenvolvimento de sintomas de DPP. No entanto, a OMS no seu guia, publicado em 2022, refere a pobreza como um fator influenciador.

Na categoria dos outros fatores, os estudos evidenciam as puérperas fumadoras ou que fumaram durante a gravidez como mulheres de risco para o desenvolvimento de DPP (Fava et al, 2022), a diferença entre valores hormonais da FSH (hormona folículo-estimulante) e da LH (hormona luteinizante) e, num contexto mais específico o facto da criança ser do sexo feminino, devido à discriminação existente por parte dos sogros na china, por exemplo (Huang et al, 2020). Este facto é apoiado pela OMS que também refere a discriminação do sexo do bebé como um dos fatores que contribuem para o desenvolvimento de sintomas de DPP (OMS, 2022). Por último também é referida a qualidade do sono da puérpera no pós-parto, sendo referido que a má qualidade do sono tem influência direta no desenvolvimento de sintomas de DPP (Chang et al, 2020). Este achado é contrariado pelo estudo de Gueron-Sela et al (2020), que afirma que a qualidade do sono não tem influência estatisticamente significativa, mas sim a duração do sono e a existência de despertares frequentes depois de adormecer.

Tanto nos estudos analisados, como na OMS, é apresentado como fator protetor o suporte dado pelo parceiro durante o período pós-parto (Almagro et al, 2022), (Omole e Phukuta, 2020) e (OMS, 2022). As mulheres que têm o apoio dos seus parceiros, tendem a iniciar e a manter a amamentação por mais tempo (Barreto & Lopes, 2023).

## **2. Metodologia**

Todos os trabalhos de investigação realizados devem obedecer a determinadas etapas, que devem acontecer de forma sequencial, sendo elas o planeamento, a recolha de dados, o tratamento e análise dos dados recolhidos e a extrapolação desses dados, ou a retirada de conclusões acerca dos mesmos (Carmo, 2021).

Assim, neste capítulo irei apresentar as diferentes etapas integrantes do estudo de investigação que realizei, apresentando os objetivos do estudo, o qual pretende dar resposta à questão de investigação formulada. Para além disso irei descrever o tipo de estudo realizado, a amostra recolhida, qual o instrumento de recolha de dados e o tratamento estatístico realizado. Por último apresentarei os resultados, a discussão dos mesmos e as conclusões do estudo, bem como as implicações para a prática.

### **2.1 Tipo de estudo**

Vários são os estudos que indicam que a taxa de amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade não é satisfatória, dependendo de vários fatores. De modo a compreender qual a motivação das puérperas para a amamentação, desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo, transversal, correlacional, de modo a dar resposta à seguinte questão de investigação: “Qual a motivação das puérperas para a amamentação no momento da alta hospitalar?”. Para além desta questão, também delineamos outras às quais pretendemos dar resposta: “Existirá relação entre as variáveis sociodemográficas e a motivação para a amamentação?”, “Será que existe influencia do suporte e dos recursos disponíveis na amamentação?”, “Haverá relação entre as variáveis de contexto obstétrico e a motivação para a amamentação?” e “A depressão pós-parto influencia a motivação para a amamentação?”.

O objetivo geral deste estudo é “Avaliar a motivação das puérperas para amamentar no momento da alta hospitalar”, tendo definido como objetivos específicos “Analisar de que forma as variáveis sociodemográficas (idade, habilitações literárias, profissão e estado civil) influenciam a motivação

para a amamentação”; “Investigar de que forma o suporte e recursos da puérpera influenciam a motivação para amamentar”; “Verificar se as variáveis de contexto obstétrico (número de gestações, número de filhos, assiduidade a programas de preparação para o parto e parentalidade e internamento atual) influenciam a motivação para amamentar”; “Verificar se a depressão pós-parto influencia a motivação para amamentar”.

## 2.2 Amostra

A amostragem é uma técnica utilizada na investigação com o intuito de selecionar uma parte da população para ser estudada, permitindo que os resultados sejam generalizados. Existem diversos tipos de amostragem, sendo eles a probabilística e a não probabilística. Na amostragem probabilística, cada elemento da população tem probabilidade de ser escolhido para a amostra final. Esta pode ser amostragem aleatória simples, estratificada, sistemática e por conglomerados. Por sua vez, a amostragem não probabilística refere-se àquela em que a seleção dos elementos é designada pelo investigador, ou seja, existe probabilidade que alguns elementos não sejam selecionados. Dentro deste tipo de amostragem podemos ter a amostragem por conveniência, a intencional, por quotas ou por bola de neve (Veludo et al, 2022).

A amostra populacional escolhida para a realização do estudo foram puérperas que se encontravam no momento da alta hospitalar, sendo a amostra não probabilística, por conveniência. As participantes leram previamente o consentimento informado, livre e esclarecido, tendo consentido participar no estudo (Apêndice V).

Foram estabelecidos alguns critérios de inclusão e exclusão para participação no estudo, nomeadamente:

**Crítérios de inclusão:** Puérperas que queiram participar livremente no estudo após informação sobre os objetivos do mesmo; puérperas que compreendam a língua portuguesa; puérperas que se encontrem no dia da alta hospitalar e que estejam a amamentar.

**Critérios de exclusão:** Puérperas que não saibam ler; puérperas que não compreendam a língua portuguesa; puérperas que tenham recusado participar no estudo; puérperas que não estejam a amamentar.

Após a aplicação destes critérios, foram validados 254 questionários, sendo que uma resposta válida implica, no mínimo, o preenchimento da escala da motivação para a amamentação, bem como a informação sociodemográfica básica.

### **2.3 Procedimentos éticos e legais**

Assegurou-se que estes procedimentos estavam em conformidade com a legislação nacional e da EU em vigor (Lei n.º 58/2019, Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08; e Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados). Foi garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes, através do consentimento informado.

Assim sendo, a realização deste estudo foi precedida da realização de um projeto que foi submetido à análise pela Comissão de Ética da instituição de saúde onde pretendíamos colher dados, tendo esta emitido parecer favorável (Apêndice VI).

Após o parecer favorável da Comissão de Ética de uma Unidade de Saúde da zona centro de Portugal (Apêndice VII), foi iniciada a colheita de dados, no período entre janeiro e abril de 2024.

### **2.4 Procedimento de recolha de dados**

A recolha de dados foi realizada através da aplicação de um questionário com diversos itens (Apêndice VIII). O questionário é composto por 5 partes, sendo a primeira a caracterização sociodemográfica (idade, habilitações literárias, profissão e estado civil), a segunda a caracterização do suporte e recursos (recursos que a puérpera considera importantes, facilidade de acesso, suporte familiar), a terceira a caracterização obstétrica (número de filhos, frequência de programas de preparação para o parto e parentalidade e informação disponibilizada no puerpério sobre a amamentação), a quarta a escala da motivação para a amamentação (Nelas et al, 2008) e a quinta a

escala de Edimburgo (Cox et al, 1987), validada por Santos et al (2007) para utilização na população portuguesa. Previamente ao preenchimento dos questionários, todas as participantes assinaram um consentimento informado, livre e esclarecido de participação no estudo, que foi entregue juntamente com o questionário.

## **2.5 Análise da consistência interna das escalas utilizadas**

### **Escala da motivação para a amamentação**

A escala da motivação para a amamentação foi desenvolvida por Nelas et al (2008) e é composta por 22 itens, divididos por 3 dimensões: cognitiva, fisiológica e psicossocial. As respostas situam-se numa escala *Likert* de 1 a 5 e são cotadas de forma que quanto maior for a pontuação obtida, maior é a motivação. A pontuação total varia de 22 a 110 pontos. A análise da consistência interna da escala foi realizada através do cálculo do *alfa de chronbach*. Este valor é utilizado para estimar a fiabilidade dos instrumentos de medida, expressando a consistência interna dos mesmos (Rodríguez & Álvarez, 2020). O *alfa de chronbach* da escala quando aplicada à amostra em estudo é de 0,895, o que mostra uma boa consistência interna

Posteriormente, realizamos a avaliação da consistência interna de cada uma das dimensões presentes na escala, obtendo os valores de 0,861 (dimensão cognitiva), 0,718 (dimensão fisiológica) e 0,601 (dimensão psicossocial). Segundo diversos autores, podemos considerar que as dimensões da escala têm um valor aceitável para a consistência interna, uma vez que se considera aceitáveis valores de alfa entre 0,7 e 0,9. Apenas a dimensão psicossocial apresenta um valor inferior a 0,7. Apesar desta dimensão poder interferir nos resultados obtidos, o estudo foi continuado, pelo valor se encontrar no limite inferior (Rodríguez & Álvarez, 2020) e (Leandro, 2021). De seguida, na tabela 1, está representado o estudo da validade interna da escala, por dimensão.

**Tabela 1 – Consistência interna da escala da motivação para a amamentação**

<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>r/item total</b>	<b>α sem o item</b>	<b>α global</b>
<b>Dimensão cognitiva</b>					0,861
4. Irei amamentar o meu filho apesar de alguns sacrifícios	4,68	0,752	0,539	0,850	
6. Sinto que vou proteger o meu filho por o amamentar	4,68	0,703	0,637	0,844	
9. Ao dar de mamar há estimulação da produção de leite	4,83	0,554	0,340	0,862	
11. Enquanto amamentar irei sentir-me mais próxima do meu filho	4,70	0,742	0,687	0,840	
12. Sinto que viverei a maternidade em pleno por amamentar	4,21	1,092	0,711	0,836	
15. Penso que o meu bebé será o mais bonito do mundo	4,69	0,770	0,247	0,870	
18. O meu leite vai fornecer mais nutrientes ao meu bebé que os leites artificiais	4,76	0,628	0,667	0,843	
19. O facto de amamentar vai proteger a mim e ao bebé de algumas doenças	4,73	0,682	0,645	0,844	
20. Os bebés amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento	4,42	0,949	0,660	0,840	
21. Ao amamentar o bebé irei contribuir para o bem-estar da minha família	4,41	0,952	0,742	0,833	
22. Se ocorrer alguma situação que me impeça de amamentar, conheço outras alternativas	4,62	0,790	0,278	0,868	
<b>Dimensão fisiológica</b>					0,718
1. Durante a gravidez, penso amamentar	4,83	0,630	0,331	0,711	
2. O dar a mama ajuda o corpo a retomar as formas normais	4,52	0,837	0,417	0,692	
8. Sei o que é o colostro	4,75	0,731	0,378	0,700	
10. Ao dar de mamar diminui o risco de hemorragia pós-parto	4,43	0,916	0,545	0,648	
16. O meu leite vai proporcionar ao bebé água em quantidade suficiente	4,76	0,598	0,572	0,655	
17. Por amamentar, o meu bebé irá ter digestões mais fáceis	4,47	0,837	0,504	0,662	
<b>Dimensão psicossocial</b>					0,601
3. Durante a gravidez conversei com o pai sobre a criança e o aleitamento materno	4,44	1,090	0,322	0,572	
5. Durante a gravidez, o pai acompanha-me nas consultas pré-natais	4,44	1,072	0,279	0,596	
7. Enquanto o meu bebé mamar sentir-me-ei plenamente feliz	4,51	0,865	0,368	0,541	
13. Tem-me sido dada informação suficiente pelos técnicos de saúde acerca do aleitamento materno	4,49	0,852	0,498	0,476	
14. Sempre que tenho dúvidas sei que posso recorrer aos técnicos de saúde	4,59	0,748	0,368	0,547	

## **Escala de Edimburgo**

A escala EPDS, realizada por Cox et al (1987) e validada por Santos et al (2007) para utilização na população portuguesa é composta por 10 itens de *Likert*, sendo pontuadas de 0 a 3 pontos. Assim, o total da escala, obtido pela soma de todos os itens, tem como valor máximo 30 (máxima severidade no risco de desenvolver DPP). Nesta escala existem diversas questões que, pela construção da escala, são pontuadas de forma inversa. Por essa razão, antes de proceder à análise estatística foi necessário inverter o valor destes itens, de forma a obter resultados fidedignos.

Quanto ao ponto de corte da escala, múltiplos estudos afirmam que este deve estar situado entre 10 e 13, por ser esse o intervalo ideal para a deteção de falsos positivos e falsos negativos. Neste estudo, o ponto de corte escolhido foi de 12, por ser assumido por diversos questionários realizados. Assim, considera-se que uma puérpera não tem risco de desenvolver DPP se o valor estiver entre 0 e 12 pontos. Se por outro lado o valor for superior a 12, então existe probabilidade daquela puérpera vir a desenvolver DPP (Oliveira et al, 2022).

O *alfa de Cronbach*, quando aplicado a esta amostra, é de 0,838, o que representa um nível bom de fiabilidade de medição através dos itens que compõem a escala (Leandro, 2021).

**Tabela 2 – Validade interna da escala de Edimburgo**

	Média	Dp	Mínimo	Máximo	N de itens	$\alpha$ global
<b>EPDS</b>	7,75	4,562	0	22	10	0,838

## **2.6 Tratamento de dados**

Após a realização da colheita de dados, estes necessitaram de ser tratados e analisados. Para a caracterização, descrição e análise inferencial dos dados foi usado o programa IBM® SPSS® Statistics 28.0. Recorremos à estatística descritiva para calcular as frequências absolutas (n), percentuais (%), as medidas de tendência central (Média - M) e as medidas de dispersão (Desvio padrão - Dp). Na escolha das técnicas estatísticas, tivemos em conta a natureza e características das variáveis envolvidas. Para além da estatística

descritiva, usámos também estatística inferencial, considerando uma significância  $\alpha$  de 0,05.

No estudo deparámo-nos com variáveis que seguiam uma distribuição normal e outras em que isso não acontecia. De forma a uniformizar a abordagem, e tendo em conta o tamanho da amostra ( $N=254$ ), utilizámos para as análises testes paramétricos (ANOVA). A utilização de testes paramétricos obedece a diversos pressupostos, sendo um deles a distribuição normal da variável em estudo. No entanto, recorrendo ao Teorema do Limite Central, sabemos que a distribuição das médias de uma amostra tende para uma distribuição normal à medida que o tamanho da amostra aumenta. Tendo em consideração o tamanho da amostra estudada podemos inferir que as médias amostrais tendem para uma distribuição normal (DNC, 2024).

### **3. Apresentação dos resultados do estudo**

De seguida, serão apresentados os resultados do estudo realizado. Será realizada uma caracterização da amostra através de estatística descritiva e depois a apresentação dos restantes resultados, com recurso a estatística inferencial.

#### **3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra**

Como referido anteriormente, participaram no estudo 254 puérperas, tendo sido excluídas 5 por não cumprirem o critério do preenchimento da escala da motivação para a amamentação e a restante informação básica. Em algumas questões do questionário irão existir casos omissos, uma vez que algumas puérperas não responderam a todas as questões. Ainda assim, como constituem um número reduzido de casos tendo em conta a amostra, esses questionários foram validados.

Relativamente às características sociodemográficas da amostra (tabela 3), podemos verificar que as puérperas têm, em média, 31,9 anos (desvio padrão de 5,8 anos), tendo a mais nova 17 anos e a mais velha 48 anos. No que respeita a outras variáveis sociodemográficas, verificamos que, na sua maioria, são casadas ou vivem em união de facto (74%), com habilitações literárias ao nível do ensino secundário ou superior (42,3% e 40,7% respetivamente). A profissão não foi considerada nesta análise, uma vez que

foram apresentadas mais de 100 profissões diferentes, o que a torna pouco informativa e significativa.

**Tabela 3 – Caraterização sociodemográfica da amostra**

Variável	N = 254
<b>Idade (anos)</b>	
Média (DP)	31.9 (5.8)
Mediana	32.0
Min-Max	17-48
<b>Estado civil (%)</b>	
Casada / União de facto	188 (74.0%)
Solteira / Divorciada	57 (22.4%)
Outro	9 (3.5%)
<b>Habilitações literárias (%)</b>	
2.º ciclo	8 (3.2%)
3.º ciclo	27 (10.7%)
Secundário	107 (42.3%)
Universitário	103 (40.7%)
Outro	8 (3.2%)

### 3.2 Caraterização do suporte e recursos no pós-parto

As puérperas foram inquiridas relativamente ao suporte e recursos que consideram importantes após a alta hospitalar. Das várias opções apresentadas (acompanhamento de enfermagem, acompanhamento médico, suporte para a amamentação, apoio psicológico, grupo de apoio de mães e assistência domiciliar), puderam escolher todos os recursos que consideravam necessários, mesmo que escolhessem simultaneamente. A tabela 4 mostra os resultados em percentagem, sendo o acompanhamento médico (77%) e de enfermagem (73,8%) e o suporte para a amamentação (69,8%) os mais valorizados pelas puérperas. Por outro lado, apenas 27% das inquiridas considera o grupo de apoio para mães como um recurso importante no pós alta.

**Tabela 4 – Suporte e recursos no pós-parto**

		N	%	% válida (2 omissos)
<b>Recursos que considera importantes</b>	Acompanhamento médico	194	76,4	77
	Acompanhamento enfermagem	186	73,2	73,8
	Suporte para a amamentação	176	69,3	69,8
	Apoio psicológico	114	44,9	45,2
	Assistência domiciliar	78	30,7	31
	Grupos de apoio para mães	68	26,8	27
<b>Total</b>		816	100.0	

Quanto ao acesso a estes recursos, de forma global, 82,3% das puérperas considera ter acesso fácil. Quando questionadas sobre qual o recurso de acesso mais fácil e o de acesso mais difícil, 74% das puérperas refere o acompanhamento médico e/ou de enfermagem como sendo de fácil acesso e o apoio psicológico (33,3%) e assistência domiciliar (31%) como sendo o de mais difícil acesso. Podemos verificar que existe uma relação favorável entre a importância dada aos recursos e o acesso aos mesmos, uma vez que os recursos de mais fácil acesso são os percebidos pelas mulheres como os mais importantes após a alta.

**Tabela 5 – Facilidade na acessibilidade aos recursos**

		N	%	%
<b>Facilidade na acessibilidade aos recursos</b>	sim	204	80.3	82.3
	Não	44	17.3	17.7
<b>Omissos</b>	Total	248	97.6	100.0
		6	2.4	
<b>Total</b>		254	100.0	

No que respeita ao apoio das suas necessidades enquanto puérperas, tanto nas tarefas domésticas, como no apoio para cuidar do bebé no regresso a casa, a grande maioria (98%) sente-se apoiada, restando 2% das puérperas que não reúnem estas condições. No que respeita ao apoio nas tarefas domésticas, o pai da criança é referido explícita ou implicitamente em 95.0% dos casos, e no caso do cuidar do bebé, o número sobe para 96.4%. Esta pequena diferença é explicada pela mãe da puérpera, a quem é atribuído um pouco mais apoio na parte das tarefas domésticas.

**Tabela 6 – Apoio no regresso a casa**

Apoio	%
No geral	98.0
Em casa, nas tarefas domésticas	98.8
Em casa, no cuidar do bebé	98.4

### 3.3 Caracterização obstétrica

Para obter informação relativa ao contexto obstétrico, as puérperas foram inquiridas em vários domínios, os quais passamos a apresentar.

#### **Experiência em amamentação anterior**

De forma a obter informação sobre anteriores experiências de amamentação, as puérperas foram inquiridas sobre se amamentaram e a sua duração. Das 254 puérperas, apenas 131 tinham filhos anteriores.

Dos resultados obtidos, podemos afirmar que entre as puérperas que tinham filhos anteriores, a maioria (92,2%) amamentou os seus filhos. Das 10 puérperas (7,8%) que não amamentaram, apenas uma referiu que foi por opção, existindo inúmeras razões identificadas pelas outras puérperas para não terem amamentado, como a falta de leite, dor ao amamentar, falta de apoio /experiência na amamentação e até motivos profissionais, como o regresso ao trabalho.

Relativamente à duração da amamentação, em média, as mulheres amamentaram os seus filhos 14,1 meses, sendo que amamentaram em exclusivo, em média, 4,6 meses.

**Tabela 7 – Amamentação de filhos anteriores**

Variável	N = 131 e %
<b>Amamentou filhos anteriores (%)</b>	
Sim	118 (92.2%)
Não	10 (7.8%)
<b>Tempo de amamentação (meses)</b>	
Média (DP)	14.1 (11.6)
Mediana	12.0
Min-Max	0-60
<b>Tempo de amamentação em exclusivo (meses)</b>	
Média (DP)	4.6 (2.5)
Mediana	6.0
Min-Max	0-12

### **Gravidez e parto atual**

Na tabela 8 são apresentados os resultados referentes aos programas de preparação para o parto e parentalidade. Pela análise da tabela, verificamos que mais de 50% das puérperas frequentaram algum PPPP, sendo a sua maioria no centro de saúde (62,9%). Quando questionadas sobre se durante o programa tiveram informação sobre a amamentação, 97,4% admite ter tido acesso a essa informação e apenas 2,6% referem que esse tópico não foi abordado. Das puérperas que não frequentaram nenhum PPPP, a maioria (82,2%) refere ter procurado informação acerca do tema. A fonte mais referida foi a *internet* (78,4%), estando bastante acima do recurso a profissionais de saúde, em que 44% aconselhou-se com o enfermeiro e 36,8% com o médico.

**Tabela 8 – Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP)**

Variável	N = 254 e %
<b>Frequentou algum PPPP</b>	
Sim	152 (60.6%)
Não	99 (39.4%)
<b>Local do PPPP</b>	
Centro de Saúde	95 (62.9%)
Hospital	50 (33.1%)
Outro	7 (4.6%)
<b>Informação sobre amamentação no PPPP</b>	
Sim	148 (97.4%)
Não	4 (2.6%)

Para além da informação transmitida durante os programas, também foi realizada uma questão relativamente à informação sobre a amamentação dada durante o internamento no puerpério. A tabela 9 mostra os resultados dessa questão, podendo verificar-se que 98,8% das puérperas recebeu informação durante o internamento, sendo que 99,2% afirmam que essa informação foi dada pelo enfermeiro.

**Tabela 9 – Informação de amamentação durante o internamento**

Variável	N = 254 e %
<b>Informação de amamentação durante internamento</b>	
Sim	249 (98.8%)
Não	3 (1.2%)
<b>Fonte de informação sobre a amamentação</b>	
Enfermeiro	247 (99.2%)
Médico	2 (0.8%)

Por fim, com o objetivo de saber se a informação transmitida nos PPPP é semelhante àquela que é transmitida durante o internamento, recorreu-se ao teste de McNemar, de modo a comparar proporções de amostras emparelhadas (tabela 10).

Pela análise da tabela, podemos concluir que os três tópicos principais, com percentagens iguais ou superiores a 80% são os mesmos

tanto nos PPPP, como durante o internamento, estando relacionados com a importância/benefícios da amamentação, sinais de boa pega e frequência das mamadas. Por outro lado, os tópicos menos abordados diferem entre os PPPP e o internamento. Em relação aos primeiros, não é dado tanto realce às estratégias promotoras de motivação para a amamentação e à importância do suporte familiar no sucesso da mesma. No segundo, o foco é menor nas recomendações da OMS para o aleitamento materno exclusivo, nos ambientes de conforto para amamentar, na importância do suporte familiar no sucesso da amamentação e na importância de se sentir disponível emocionalmente/afetivamente para amamentar.

Pelo facto dos PPPP serem específicos, em todos os tópicos as percentagens tendem a ser superiores às da informação disponibilizada no internamento. Na maioria dos casos, a diferença existente é estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 10 – Proporção de puérperas que respondeu “sim” ao tipo de informação, por contexto de aquisição (PPPP vs. internamento hospitalar)**

<b>Informação</b>	<b>PPP (%)</b>	<b>Internamento (%)</b>	<b>Valor-p</b>
Importância/benefícios da amamentação	<b>94.5%</b>	81.3%	0.001
Recomendações da OMS para o aleitamento materno exclusivo	<b>72.4%</b>	36.1%	<.001
Recomendação da duração do aleitamento materno exclusivo	<b>68.3%</b>	46.9%	<.001
Dificuldades associadas ao aleitamento materno	<b>78.6%</b>	57.7%	0.001
Prevenção das dificuldades/complicações associadas ao aleitamento materno	<b>69.7%</b>	55.2%	0.073
Extração e conservação do leite materno	<b>76.6%</b>	52.3%	0.003
Locais onde se pode dirigir para receber apoio quanto ao aleitamento materno	<b>66.9%</b>	45.2%	0.081
Identificação dos sinais de fome do recém-nascido	<b>71.7%</b>	62.7%	0.071
Sinais de que o bebé está a fazer uma boa pega	82.8%	<b>83.0%</b>	0.851
Frequência das mamadas	80.0%	<b>84.2%</b>	0.036
Ambientes de conforto para amamentar	<b>67.6%</b>	38.2%	<.001
Importância de estratégias que motivem para a amamentação	<b>57.2%</b>	40.2%	0.008
Importância do suporte familiar para a promoção do aleitamento materno	<b>60.7%</b>	29.0%	<.001
Importância de se sentir disponível emocionalmente/afetivamente para amamentar	<b>67.6%</b>	39.0%	<.001

### 3.4 Motivação para a amamentação

Na tabela 11 encontra-se a estatística descritiva da motivação para amamentar, podendo verificar-se que a média é de 101 pontos, com desvio padrão de 10,111. O valor mínimo observado foi de 28 e o valor máximo 110.

**Tabela 11 – Estatística descritiva da motivação para a amamentação**

	Média	Dp	Mínimo	Máximo	N de itens
<b>Motivação para a amamentação</b>	100,96	10,111	28	110	22

Para uma análise de cada dimensão da escala, também foi usada estatística descritiva. A tabela 12 é uma representação da análise efetuada.

**Tabela 12 - Estatística descritiva da escala da motivação para a amamentação, por dimensão**

Dimensão cognitiva			Dimensão fisiológica			Dimensão psicossocial		
N de			N de			N de		
M	DP	Itens	M	DP	Itens	M	DP	Itens
50,74	5,672	11	27,76	2,965	6	22,46	2,901	5

### 3.5 Depressão pós-parto avaliada pela Escala de Edimburgo (EPDS)

A tabela 13 apresenta a frequência de DPP na amostra estudada.

**Tabela 13 – Depressão pós-parto**

Variável	N = 253
<b>Depressão pós-parto (%)</b>	
Sim (potencialmente)	33 (13.0%)
Não	220 (87.0%)

Apesar desta escala ter sido aplicada precocemente, uma vez que o preenchimento ocorreu no dia da alta do internamento, sem existir um

seguimento futuro, verificou-se que 13% das puérperas pontuaram acima dos 12 pontos, indicando a possibilidade de desenvolverem DPP.

Ao analisar a distribuição da escala, que se encontra na tabela 14, vemos que o valor médio é de 7,75 pontos, com desvio padrão de 4,562 pontos. Tendo em conta o ponto de corte utilizado (12 pontos), podemos verificar que as puérperas não apresentam, em média, sintomas depressivos.

**Tabela 14 – Estatística descritiva relativa à depressão pós-parto**

Depressão pós-parto		
N	Válidos	253
	Omissos	1
Média		7,75
DP		4,562
Mínimo		0
Máximo		22

No que diz respeito aos sintomas/sentimentos depressivos, na tabela 15 são apresentados, do mais para o menos comum, a percentagem de mulheres que responderam o equivalente à pontuação 2 (sim, frequente) ou 3 (sim, quase sempre). Os sentimentos mais prevalentes estão relacionados com ansiedade (58,1%), culpa (51,4%) e medo (41,9%).

**Tabela 15 – Prevalência dos sentimentos depressivos nos dois níveis mais severos da escala**

Afirmção / Sintoma	Prevalência (2+3) (%)
Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo	58.1
Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal	51.4
Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo	41.9
Tenho sentido que são coisas demais para mim	33.2
Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal	14.7
Tenho-me sentido triste ou muito infeliz	9.1
Tenho-me sentido tão infeliz que choro	8.7
Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas	4.4
Tenho tido esperança no futuro	1.6
Tive ideias de fazer mal a mim mesma	1.6

## 4. Estatística inferencial

De modo a dar resposta às questões de investigação definidas para o estudo, recorremos a estatística inferencial, de modo a verificar a existência de relação ou não entre as diversas variáveis estudadas.

### 4.1 Associação entre a motivação e as variáveis sociodemográficas

#### Motivação e estado civil

Na tabela 16 está representada a estatística descritiva da escala da motivação para a amamentação relativamente ao estado civil e também a estatística descritiva de cada uma das dimensões da escala em relação à mesma variável. Podemos verificar que, considerando a escala no seu todo, a média de respostas aproxima-se bastante do valor máximo possível (110 pontos), sendo de referir que o grupo que se encaixa no estado civil “outro” é o que apresenta a média de motivação mais baixa. Ao analisarmos as diversas dimensões, vemos que este facto se mantém, sendo o mesmo grupo de puérperas as que menos motivadas estão para a amamentação. De referir também que, as puérperas casadas/união de facto, são as que apresentam valores mais altos de motivação, quer a nível global da escala quer a nível de cada uma das dimensões separadamente.

**Tabela 16 – Estatística descritiva da escala da motivação para amamentação, global e por dimensão, por estado civil**

Variável	Estado civil	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>Total - motivação para amamentar</b>	solteira/divorciada	57	100,53	8,998	77	110
	casada/união de facto	188	101,49	10,185	28	110
	Outro	9	92,67	12,500	70	107
	Total	254	100,96	10,111	28	110
<b>Dimensão Cognitiva</b>	solteira/divorciada	57	50,84	5,291	33	55
	casada/união de facto	188	50,91	5,707	15	55
	Outro	9	46,56	6,287	35	54
	Total	254	50,74	5,672	15	55
<b>Dimensão Fisiológica</b>	solteira/divorciada	57	27,61	2,404	22	30
	casada/união de facto	188	27,98	2,953	6	30
	Outro	9	24,11	4,167	17	29
	Total	254	27,76	2,965	6	30
<b>Dimensão Psicossocial</b>	solteira/divorciada	57	22,07	3,070	13	25

casada/união	188	22,60	2,846	7	25
facto					
Outro	9	22,00	3,000	17	25
Total	254	22,46	2,901	7	25

De forma a compreender se o estado civil é um preditor da motivação para a amamentação, realizamos estatística inferencial com recurso à ANOVA. A tabela 17 representa os resultados obtidos de uma análise ANOVA de diferentes fatores, relacionados com a motivação para a amamentação. Foram consideradas nesta análise as diferentes dimensões da escala. Da análise da tabela, podemos verificar que existe diferença estatística significativa nas médias da motivação para a amamentação entre os diversos estados civis das puérperas, uma vez que  $p = 0,035$ , ou seja  $p < 0,05$  (nível de significância). Ao analisarmos cada uma das dimensões da escala, apenas obtemos diferença estatística significativa na dimensão fisiológica ( $p < 0,001$ ). Tanto na dimensão cognitiva, como na dimensão psicossocial, a média de pontos obtidos na escala não tem diferença estatística relevante entre o estado civil das puérperas.

**Tabela 17 – ANOVA entre motivação para a amamentação e estado civil**

Variável	Solteira/Divorciada		Casada/União de facto		Outro		F	p
	M	Dp	M	Dp	M	Dp		
Total motivação para amamentar	100,53	8,998	101,49	10,185	92,69	12,500	3,406	<b>0,035</b>
Dimensão cognitiva	50,84	5,291	50,91	5,707	46,56	6,287	2,574	0,078
Dimensão fisiológica	27,61	2,404	27,98	2,953	24,11	4,167	7,822	<b>&lt;0,001</b>
Dimensão psicossocial	22,07	3,070	22,60	2,846	22,00	3,000	0,849	0,429

Uma vez que a ANOVA mostra que existe diferença significativa entre as médias dos diferentes grupos de estado civil, recorremos a uma análise *Post-Hoc*, de modo a identificar quais são os grupos específicos em que isso ocorre. Da análise da tabela 18, inferimos que, para o global da escala da motivação para a amamentação temos:

- Solteira/Divorciada vs. Casada/União de facto: a diferença de médias é -0,968, com  $p= 0,523$ . Podemos afirmar que não existe diferença estatística significativa.
- Solteira/Divorciada vs. Outro: a diferença de médias é 7,860, com  $p= 0,030$ . Podemos afirmar que existe diferença estatística significativa.
- Casada/União de facto vs. Outro: a diferença de médias é 8,828, com  $p=0,010$ . Podemos afirmar que existe diferença estatística significativa.

Quando analisamos os resultados de cada uma das dimensões da escala da motivação para a amamentação, obtemos os mesmos resultados para a dimensão cognitiva e fisiológica, ou seja, existe diferença significativa entre o grupo de puérperas com o estado civil “outro” e as “solteira/divorciada” e “casada/união de facto”, com  $p<0,05$ . Quanto à dimensão psicossocial, não observamos diferença significativa entre nenhum dos estados civis.

**Tabela 18 – Post-Hoc Test (estado civil)**

Variável	Estado civil	Estado civil	Diferença de médias	Dp	$\rho$
<b>Total - motivação para amamentar</b>	solteira/divorciada	casada/união facto	-,968	1,514	,523
		Outro	7,860*	3,593	<b>,030</b>
	casada/união facto	solteira/divorciada	,968	1,514	,523
		Outro	8,828*	3,418	<b>,010</b>
	Outro	solteira/divorciada	-7,860*	3,593	<b>,030</b>
		casada/união facto	-8,828*	3,418	<b>,010</b>
<b>Dimensão cognitiva</b>	solteira/divorciada	casada/união facto	-,067	,852	,937
		Outro	4,287*	2,022	<b>,035</b>
	casada/união facto	solteira/divorciada	,067	,852	,937
		Outro	4,354*	1,923	<b>,024</b>
	Outro	solteira/divorciada	-4,287*	2,022	<b>,035</b>
		casada/união facto	-4,354*	1,923	<b>,024</b>
<b>Dimensão Fisiológica</b>	solteira/divorciada	casada/união facto	-,370	,437	,398

		Outro	3,503*	1,036	<,001
	casada/união	solteira/divorciada	,370	,437	,398
	facto	Outro	3,873*	,985	<,001
	Outro	solteira/divorciada	-3,503*	1,036	<,001
		casada/união	-3,873*	,985	<,001
		facto			
<b>Dimensão</b>	solteira/divorciada	casada/união	-,531	,439	,228
<b>Psicossocial</b>		facto			
		Outro	,070	1,041	,946
	casada/união	solteira/divorciada	,531	,439	,228
	facto	Outro	,601	,990	,544
	Outro	solteira/divorciada	-,070	1,041	,946
		casada/união	-,601	,990	,544
		facto			

### Motivação e habilitações literárias

A tabela 19 representa a estatística descritiva da escala da motivação para a amamentação em função das habilitações literárias. Analisando a tabela, a média global da motivação para a amamentação, em cada um dos grupos de habilitações literárias, aproximase bastante do valor máximo possível de obter na escala, sendo que as puérperas com habilitações literárias ao nível universitário são as que apresentam uma média mais elevada ( $101,25 \pm 8,808$  pontos). Em relação à dimensão cognitiva, o grupo que apresenta média mais alta são as puérperas do grupo “outro”, na dimensão fisiológica as do ensino universitário e na dimensão psicossocial as do 2º e 3º ciclos. Ao analisarmos a ANOVA, observamos que não existe diferença significativa entre as diferentes habilitações literárias no que respeita à motivação para a amamentação.

**Tabela 19 – Estatística descritiva e ANOVA da escala da EMA, global e por dimensão em função das habilitações literárias**

Variável		Total motivação para a amamentação	Dimensão cognitiva	Dimensão fisiológica	Dimensão Psicossocial
Habilitações literárias					
<b>2º ciclo</b>	<b>N</b>	8	8	8	8
	<b>M</b>	100,88	51,63	26,63	22,63
	<b>Dp</b>	8,043	4,534	2,615	3,998
<b>3º ciclo</b>	<b>N</b>	27	27	27	27

Secundário	M	100,74	51,33	26,78	22,63
	Dp	16,119	7,942	4,878	3,804
	N	107	107	107	107
Universitário	M	100,73	50,68	27,54	22,50
	Dp	9,956	5,716	3,013	2,697
	N	103	103	103	103
Outro	M	101,25	50,49	28,34	22,43
	Dp	8,808	5,215	2,185	2,803
	N	8	8	8	8
F	M	101,13	51,88	27,50	21,75
	Dp	5,592	3,482	1,927	2,964
	N	0,039	0,253	2,217	0,156
$\rho$		0,997	0,908	0,068	0,960

### Motivação e Idade

De forma a compreender se existe correlação entre a motivação e a idade, recorremos à correlação de *Pearson*, estando os valores representados na tabela 20. Como podemos verificar, o único valor com significado estatístico é o da dimensão fisiológica ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 20 – Correlação de *Pearson* entre a idade e a motivação para a amamentação**

		Idade	Total motivação para a amamentação	Dimensão cognitiva	Dimensão fisiológica	Dimensão Psicossocial
Idade	Correlação de <i>Pearson</i> ( <i>r</i> )	-	0,105	0,078	0,194	0,016
	$\rho$	-	0,094	0,216	<b>0,002</b>	0,798

## 4.2 Associação entre a motivação e o suporte e recursos

### Motivação e recursos

Para analisar se existe associação entre a motivação para a amamentação e os recursos disponíveis para as puérperas, utilizamos o teste *t* para amostras independentes. Recorrendo ao teste de *Levene* observamos que as variâncias entre os grupos são diferentes ( $p < 0,05$ ), obtendo os valores de *t* representados na tabela 21. A tabela mostra-nos que as puérperas que consideram a assistência domiciliar como recurso necessário têm médias de motivação para a amamentação superiores às outras. Quando analisamos as respostas dentro do mesmo grupo verificamos que em relação ao acompanhamento de enfermagem existe diferença significativa entre a motivação das puérperas que o consideram importante e aquelas que não o consideram, sendo esta significância relativa ao *score* geral da escala e às dimensões fisiológica e psicossocial. Relativamente ao suporte para a amamentação, apoio psicológico e assistência domiciliar, apenas existe diferença significativa em relação à dimensão fisiológica da escala da motivação para a amamentação. Nos restantes dois grupos (acompanhamento médico e grupo de apoio para mães), não existe diferença estatística significativa na motivação das puérperas que os consideram importantes e nas que não os consideram.

**Tabela 21 – Teste t para amostras independentes entre a motivação e os recursos**

		Total motivação para		Dimensão		Dimensão		Dimensão	
		a amamentação		cognitiva		fisiológica		psicossocial	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
<b>Acompanhamento de enfermagem</b>	<b>M</b>	102,01 / 98,08		51,12 / 49,59		28,09 / 26,85		22,80 / 21,64	
	<b>Dp</b>	8,531 / 13,336		4,989 / 7,237		2,457 / 3,970		2,546 / 3,449	
	<b>t</b>	2,237		1,586		2,376		2,511	
	<b>p</b>	<b>0,028</b>		0,116		<b>0,020</b>		<b>0,014</b>	
<b>Acompanhamento médico</b>	<b>M</b>	101,54 / 99,09		51,07 / 49,53		27,87 / 27,40		22,60 / 22,16	
	<b>Dp</b>	9,902 / 10,748		5,366 / 6,570		2,964 / 2,991		2,882 / 2,739	
	<b>t</b>	1,624		1,628		1,068		1,038	
	<b>p</b>	0,106		0,108		0,287		0,300	

<b>Suporte para a amamentação</b>	<b>M</b>	101,86 / 98,93	51,10 / 49,84	28,07 / 27,04	22,69 / 22,05
	<b>Dp</b>	8,543 / 12,935	4,938 / 7,092	2,454 / 3,838	2,625 / 3,290
	<b>t</b>	1,808	1,612	2,564	1,628
	<b>p</b>	0,074	0,108	<b>0,011</b>	0,105
<b>Apoio psicológico</b>	<b>M</b>	101,53 / 100,52	50,66 / 50,77	28,37 / 27,26	22,50 / 22,49
	<b>Dp</b>	8,266 / 11,460	5,088 / 6,159	2,014 / 3,502	2,756 / 2,935
	<b>t</b>	0,783	-0,153	3,139	0,020
	<b>p</b>	0,435	0,879	<b>0,002</b>	0,984
<b>Grupo de apoio para mães</b>	<b>M</b>	101,18 / 100,90	50,63 / 50,75	27,82 / 27,74	22,74 / 22,41
	<b>Dp</b>	9,943 / 10,229	5,659 / 5,715	3,004 / 2,967	2,501 / 2,970
	<b>t</b>	0,190	-0,145	0,152	0,810
	<b>p</b>	0,849	0,884	0,879	0,419
<b>Assistência domiciliar</b>	<b>M</b>	102,40 / 100,34	51,41 / 50,41	28,35 / 27,50	22,64 / 22,43
	<b>Dp</b>	7,541 / 11,062	4,563 / 6,114	2,005 / 3,286	2,481 / 3,005
	<b>t</b>	1,720	1,295	2,511	0,540
	<b>p</b>	0,087	0,197	<b>0,013</b>	0,590

### Motivação e suporte

De forma geral, as puérperas que têm suporte, tanto nas tarefas domésticas como no cuidar do recém-nascido, são aquelas que possuem um valor mais alto na escala da motivação para a amamentação. Quando analisamos os resultados por dimensões da escala esta premissa já não é verdadeira, uma vez que na dimensão cognitiva e na fisiológica existem algumas variações. Com recurso ao teste t visualizamos que não existe diferença estatística significativa entre a motivação para a amamentação e o suporte existente ao alcance das puérperas.

**Tabela 22 - Teste t para amostras independentes entre a motivação e o suporte**

		Total motivação para a amamentação	Dimensão cognitiva	Dimensão fisiológica	Dimensão psicossocial
<b>Apoio enquanto puérpera</b>	Sim	<b>N</b> 245	245	245	245
		<b>M</b> 101,14	50,83	27,78	22,53

<b>Apoio tarefas domésticas</b>	Não	<b>Dp</b>	10,114	5,635	2,981	2,888
		<b>N</b>	5	5	5	5
		<b>M</b>	94,80	47,20	27,60	20,00
		<b>Dp</b>	11,389	8,556	2,074	3,536
		<b>t</b>	1,384	1,411	0,134	1,932
		<b>p</b>	0,167	0,160	0,894	0,055
	Sim	<b>N</b>	249	249	249	249
		<b>M</b>	101,08	50,80	27,77	22,51
		<b>Dp</b>	10,059	5,604	2,976	2,871
		Não	<b>N</b>	3	3	3
	<b>M</b>		93,67	46,33	28,00	19,33
		<b>Dp</b>	16,503	11,719	2,000	4,933
		<b>t</b>	1,260	0,660	-0,135	1,890
		<b>p</b>	0,209	0,577	0,893	0,060
Sim		<b>N</b>	248	248	248	248
		<b>M</b>	101,04	50,75	27,79	22,50
		<b>Dp</b>	10,088	5,701	2,926	2,885
	Não	<b>N</b>	4	4	4	4
		<b>M</b>	97,75	51,00	26,25	20,50
		<b>Dp</b>	14,385	5,657	5,188	4,123
		<b>t</b>	0,644	-0,088	1,034	1,370
		<b>p</b>	0,520	0,930	0,302	0,172

### 4.3 Associação entre a motivação e as variáveis de contexto obstétrico

#### Motivação e PPPP

Nos PPPP as grávidas recebem diversa informação e adquirem competências no âmbito do parto e do puerpério. Muita dessa informação é sobre a amamentação, mas será que interfere na motivação demonstrada pelas puérperas para a mesma? Na tabela 23 encontram-se os resultados do teste *t* para responder a esta pergunta.

Analisando a tabela podemos afirmar que as puérperas que frequentaram PPPP apresentam maior motivação para a amamentação do que aquelas que não os frequentaram. Esta afirmação é válida tanto para a escala da motivação na globalidade, como para cada uma das dimensões em específico. Ainda assim, quando verificamos a significância estatística da

diferença das respostas, visualizamos que apenas na dimensão fisiológica existe uma diferença estatística significativa ( $p=0,011$ ).

**Tabela 23 - Teste t para amostras independentes entre a motivação e os PPPP**

		Total motivação para a amamentação	Dimensão cognitiva	Dimensão fisiológica	Dimensão psicossocial	
Frequência de PPPP	Sim	N	152	152	152	
		M	101,82	50,97	28,20	22,64
		Dp	8,922	5,113	2,299	2,804
	Não	N	99	99	99	99
		M	99,83	50,42	27,12	22,28
		Dp	11,712	6,511	3,693	2,983
		t	1,522	0,746	2,591	0,975
		p	0,129	0,456	<b>0,011</b>	0,331

### Motivação e número de filhos

A tabela 24 representa a correlação de *Pearson* entre a motivação para a amamentação e o número de filhos. Pela análise dos valores de *r* e de *p*, podemos verificar que não existe relação entre as duas variáveis. Na dimensão psicossocial verificamos que existe diferença significativa entre o número de filhos e a motivação, sendo esta relação negativa e fraca (ou seja, quanto maior é o número de filhos, menor é a motivação para a amamentação).

**Tabela 24 - Correlação de *Pearson* entre o número de filhos e a motivação para a amamentação**

		Nº de filhos	Total motivação para a amamentação	Dimensão cognitiva	Dimensão fisiológica	Dimensão Psicossocial
Nº de filhos	Correlação de <i>Pearson</i> (r)	-	-0,091	-0,029	-0,072	-0,190
	p	-	0,153	0,645	0,262	<b>0,003</b>

#### 4.4 Associação entre a motivação e a DPP

Para averiguar se existe relação entre a DPP e a motivação para a amamentação, foi utilizada a correlação de *Pearson* (tabela 25). Dos dados obtidos, como seria de esperar podemos ver que a relação existente é negativa, ou seja, quanto mais alta a pontuação na EPDS, mais baixa a pontuação na escala da motivação para a amamentação. No entanto, quando analisamos os valores de *p*, concluímos que não existe significância estatística nestes dados.

**Tabela 25 - Correlação de *Pearson* entre a DPP e a motivação para a amamentação**

		DPP	Total motivação para a amamentação	Dimensão cognitiva	Dimensão fisiológica	Dimensão Psicossocial
DPP	Correlação de <i>Pearson</i>	-	-0,051	-0,010	-0,042	-0,113
	$\rho$	-	0,423	0,869	0,504	0,074

Uma vez que os resultados obtidos com a investigação não foram conclusivos no sentido de apontar preditores que interfiram na motivação para a amamentação, recorreremos à mesma análise tendo como variável dependente a DPP. No entanto, os resultados foram bastante semelhantes, não existindo diferença estatística significativa entre a DPP e as outras variáveis em estudo. Por essa razão, optámos por não apresentar os mesmos, uma vez que não acrescentariam relevância ao trabalho.



## 5. Discussão

Neste capítulo irá ser realizado um paralelo entre os resultados obtidos neste estudo e os resultados de outros estudos similares, assim como do enquadramento teórico apresentado.

Os resultados obtidos com este estudo permitem-nos afirmar que as puérperas se sentem bastante motivadas para a amamentação (91,78%), o que se encontra de acordo com diversos estudos realizados. Coelho (2015) observou um valor de 96,5% e mais recentemente, Sardo & Pinheiro (2023) obtiveram um valor de 99% na motivação para a amamentação. Ainda assim, a população estudada está um pouco aquém dos resultados obtidos nos outros estudos, o que nos permite refletir em estratégias para aumentar esta motivação. Rocha e Moimaz (2021) referem que a realização de entrevistas motivacionais é uma intervenção a ter em conta, assim como o acompanhamento domiciliar e telefónico por parte dos profissionais de saúde, especificamente dos EEESMO, tanto no aumento da motivação como no aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo.

De forma a simplificar e organizar a discussão de forma clara, optámos por apresentá-la segundo as diversas questões de investigação propostas para o estudo.

### Relação entre as variáveis sociodemográficas e a motivação para a amamentação

Em relação à idade das puérperas, não foi encontrada relevância estatística entre a mesma e a globalidade do valor da escala da motivação para a amamentação. Também Sardo & Pinheiro (2023) não encontraram relação entre a idade das puérperas e a motivação para a amamentação.

As puérperas casadas ou em união de facto foram as que mostraram níveis de motivação mais elevados, o que está de acordo com o estudo de Coelho (2015), que refere as puérperas em união de facto como sendo as mais motivadas em todas as dimensões da escala. No entanto, Sardo & Pinheiro (2023) não encontraram relação estatística significativa entre o estado civil das puérperas e a motivação para a amamentação. No presente estudo, o estado civil mostrou influenciar apenas a globalidade e a dimensão

fisiológica da escala da motivação, existindo diferença estatística significativa entre grupos nas dimensões cognitiva e fisiológica. Esta diferença existente entre o grupo “Outro” e os restantes estados civis pode ser explicada pela falta de suporte que as puérperas poderão ter.

Nas habilitações literárias, as puérperas com o ensino universitário foram as que mostraram médias de motivação mais elevadas na globalidade, não se verificando este facto na dimensão cognitiva e na psicossocial, embora os resultados não sejam estatisticamente significativos. Corroborando os dados da nossa investigação, também Coelho (2015) verificou que quanto mais elevado o grau de escolaridade maior a motivação para a amamentação. No estudo de Sardo & Pinheiro (2023), os resultados foram os inversos, sendo as puérperas com mais baixas habilitações literárias as mais motivadas. Refletindo sobre este facto, as puérperas com um nível educacional superior são aquelas que terão acesso a mais informação e possuirão ferramentas para melhor compreender essa informação. Estes dados são comprovados por diversas revisões da literatura e outros estudos, que afirmam que o baixo nível de escolaridade é um preditor para a menor motivação para a amamentação e conseqüentemente para o desmame precoce (Lira et al, 2023), (Barreto & Lopes, 2023) e que ter um nível mais elevado de estudos constitui um fator protetor (Santos et al, 2022).

#### Influência do suporte e dos recursos da puérpera na motivação para a amamentação

Quando questionadas sobre os suportes e recursos após a alta, a maioria das puérperas afirmou sentir-se apoiada, referindo o companheiro como sendo o de maior suporte no pós-alta. Os resultados mostram ainda que, quanto maior o suporte disponível, maior o *score* obtido na escala da motivação para a amamentação. Uma revisão da literatura realizada em 2016, sobre os fatores que influenciam a decisão de amamentar, refere a família como sendo um suporte decisivo para a manutenção deste processo. É referida a ajuda nas tarefas diárias, a criação de um ambiente mais sereno e a ajuda com factos relacionados com o bebé como primordial importância (Primo et al, 2016). Estes dados são corroborados por Capucho et al (2017) num estudo sobre os fatores que interferem na amamentação exclusiva. Outro estudo realizado com puérperas mostra também que estas têm ajuda

depois de terem alta para o domicílio, nomeadamente para tomar conta do bebé (90%) e nas tarefas domésticas (92%) (Amaral, 2020). Para além disso, um estudo de Arfianti & Retni (2022) refere que as puérperas com apoio dos seus companheiros e familiares, têm maior sucesso na amamentação exclusiva até aos 6 meses do que aquelas que não possuem esse suporte. Dados estes corroborados por Santos et al, (2022) e Barreto & Lopes (2023) que afirmam que o apoio do companheiro tem uma influência positiva na amamentação.

Quanto aos recursos considerados importantes pelas puérperas no pós alta, aquelas que consideram a assistência domiciliar, são as que apresentam valores mais elevados de motivação, o que nos leva a refletir sobre a importância de existir um apoio domiciliar diferenciado no sentido de potenciar esta motivação, mitigando dificuldades que possam surgir. A apoiar a ideia anterior, na dimensão fisiológica encontra-se diferenças estatísticas significativas naquelas que consideram o acompanhamento de enfermagem, o suporte para a amamentação e o apoio psicológico como importantes ferramentas de suporte no pós alta. Para além disso, o acompanhamento de enfermagem surge como relevante nos valores obtidos na dimensão psicossocial da escala. Estes resultados são importantes vetores na adoção de práticas que possam servir de suporte para a amamentação, por parte dos EEESMO, em contexto domiciliar.

#### Relação entre as variáveis de contexto obstétrico e a motivação para a amamentação

No presente estudo não se obteve relação estatística significativa entre o número de filhos e a motivação para a amamentação na sua globalidade, sendo que na dimensão psicossocial existe uma correlação negativa, ou seja, quanto maior o número de filhos, menos a motivação para a amamentação. Este facto poderá ser explicado por experiências anteriores traumáticas, expectativas realistas acerca da amamentação e escassez de recursos de apoio. Corroborando o estudo realizado, um estudo de Ballesta-Castillejos et al (2020), em Espanha, mostrou que multíparas apresentam uma intenção para amamentar menor do que primíparas. O mesmo estudo refere que, no entanto, mulheres que já amamentaram os filhos anteriores,

têm maior probabilidade de continuar a amamentação, tendo sempre em conta a experiência prévia e o suporte familiar.

No que se refere à amamentação, 92,2% das puérperas amamentaram os filhos anteriores, sendo que as 7,8% que não amamentaram referiram diversas causas como falta de leite, dor ao amamentar, falta de apoio/ experiência e regresso ao trabalho. Apenas uma puérpera referiu não ter amamentado por opção. São diversos os estudos que fazem referência às dificuldades na amamentação. Uma revisão integrativa da literatura menciona o tipo de mamilos, as fissuras e outras complicações relacionadas com os mamilos, complicações relacionadas com as mamas e a crença da mulher de que o seu leite é fraco como preponderantes para o sucesso ou não da amamentação (Bicalho et al, 2021). Em consonância com o descrito anteriormente, uma outra revisão da literatura realizada em 2022, também aponta a crença em relação ao leite materno como sendo um fator que contribui para o sucesso da amamentação. Neste estudo é descrito que as puérperas que acreditam que o seu leite é suficiente para alimentar o recém-nascido, têm mais sucesso na amamentação do que aquelas que consideram que o seu leite não é suficiente para suprir as necessidades do bebé (Arfianti & Retni, 2022). É importante que o EEESMO compreenda quais as motivações da mulher para amamentar, informe sobre os benefícios da amamentação quer para a mãe como para o bebé, alerte para as dificuldades que podem surgir e que informe sobre como as prevenir ou onde procurar ajuda se necessário. Depois de informar as puérperas, deve deixar que a escolha seja livre e esclarecida, uma vez que, como refere Primo et al (2016), o desejo da mãe amamentar é um dos fatores mais importantes para o sucesso da amamentação, pois só assim se sentem seguras para ultrapassar obstáculos que possam surgir (Primo et al, 2016).

Um dos locais onde as puérperas podem ir procurar informação importante e fidedigna é aos PPPP. Neste estudo apenas 60,6% das puérperas frequentou algum programa, embora a maioria (97,4%) tenha afirmado ter tido informação sobre a amamentação. Ainda assim, e como preconizado pela Mesa do Colégio da Especialidade de ESMO, este deveria ser um tema abordado na parte teórica destes cursos, com o objetivo de informar as grávidas e torná-las mais capazes futuramente (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A OMS definiu que a amamentação exclusiva deve ser colocada em prática até aos 6 meses, seguindo até aos 2 anos como complemento à introdução alimentar (OMS, 2022). Neste estudo, das puérperas que já tinham filhos anteriores e daquelas que afirmaram ter amamentado, a mediana de tempo de amamentação foi de 12 meses, o que está um bocadinho aquém do preconizado. Relativamente à mediana de tempo de amamentação em exclusivo, esta encontra-se nos 6 meses, o que está de acordo com o preconizado pela OMS como sendo uma boa prática. Apesar destes números, esta premissa não pode ser generalizada, uma vez que apenas 131 mulheres, de um total de 254 fez parte desta amostra.

Está descrito na literatura que são diversos os fatores que contribuem para o abandono precoce da amamentação. Torna-se, pois, importante o apoio dado pelos profissionais com contacto direto com puérperas durante este processo, de modo a terem uma influência positiva na amamentação e na sua duração, auxiliando a puérpera a colmatar algumas lacunas de conhecimento/técnica e encorajando-as (Barreto & Lopes, 2023). Para isso é importante que haja profissionais com formação específica na área da amamentação e capacitados para a realização de ensinamentos e apoio ao binómio puérpera-recém-nascido. É de grande relevância que a informação comece a ser transmitida logo na sala de partos, no primeiro momento em que se estabelece a amamentação e que os ensinamentos continuem durante o internamento no puerpério. O EEESMO é o profissional mais bem capacitado, quer a nível de conhecimento como ao nível das habilidades para fornecer este apoio às puérperas, sendo de extrema importância que os serviços de puerpério possuam enfermeiros especialistas na sua constituição. De facto, o EEESMO “Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”, tendo competência específica para promover a saúde da mulher e do recém-nascido, diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido e providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e do recém-nascido (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No estudo realizado vemos que o enfermeiro é o profissional que mais informação fornece às puérperas. No entanto, percebemos que a informação transmitida no puerpério nem sempre abrange temas que deveriam ser considerados de grande importância. As recomendações da OMS, tanto do

aleitamento materno exclusivo como do tempo aconselhado à amamentação, o ambiente de conforto para amamentar, a existência de suporte familiar, estratégias que contribuam para a motivação e até o sentir-se emocionalmente disponível, foram os temas menos abordados. A juntar aos referidos anteriormente destaca-se a informação sobre os locais onde as puérperas se podem dirigir para receber apoio se surgirem dificuldades com a amamentação. Sabendo que o desmame precoce ocorre a maioria das vezes por dificuldades na pega, fissuras mamilares e ingurgitamento mamário, deve promover-se a assistência com um profissional, tanto no internamento como no domicílio (Iopp et al, 2023). No estudo realizado também está implícito que as puérperas que frequentam PPPP são as que apresentam a motivação mais elevada para a amamentação, embora com pouca significância estatística. Por todas estas razões, o empoderamento das puérperas é importantíssimo, e saberem onde se dirigir quando surgirem dificuldades é de importância primordial na continuidade da amamentação e no seu sucesso.

#### Influência da depressão pós-parto na motivação para a amamentação

Outro dos fatores estudados foi a depressão pós-parto. Sabe-se que a prevalência de DPP é de 12 a 16% (DGS,2005). Neste estudo obtivemos valores de 13%, estando entre os valores de prevalência estabelecidos. No entanto, comparando com um estudo realizado em 2012, em que a prevalência de DPP foi de apenas 7,1% (avaliada no mesmo momento), teremos de repensar estratégias para diminuir a percentagem obtida (Sousa, 2012).

Um estudo de Santana et al (2020) conclui que a DPP está associada ao abandono da amamentação antes dos dois meses, explicando que as puérperas com ansiedade e DPP têm níveis de cortisol elevados e baixos níveis de ocitocina, interferindo na produção de leite. Este facto deve-se a uma desregulação do eixo do *stress* hipotalâmico-hipofisário, o que implica uma libertação anormal de ocitocina, levando a alterações de humor e comportamento, levando a uma redução do tempo de amamentação.

No entanto, o mesmo estudo refere que a existência de sintomas depressivos pode levar ao abandono precoce do aleitamento materno exclusivo, mas o seu contrário, ou seja, o abandono precoce por diversas

razões pode levar ao desenvolvimento de sintomas depressivos (Santana et al, 2020).

Corroborando estes dados, Silva et al (2023) concluem que a DPP e os sintomas depressivos influenciam o processo de amamentação, salientando que interferem na autoeficácia em amamentar.

No presente estudo, os dados acerca da influência da DPP na motivação não foram estatisticamente significativos, embora no estudo correlacional se perceba que existe uma relação inversa entre as duas variáveis, o que está de acordo com os estudos acima citados.

Sabendo que a DPP se caracteriza pela existência de sintomas como a tristeza persistente e falta de interesse pelas atividades desenvolvidas, seria de esperar que tivesse influência na motivação para a amamentação. No entanto, quando analisada a correlação entre o valor obtido na escala da DPP e o valor obtido na escala da motivação para a amamentação, não existe correlação estatisticamente significativa, embora esta se apresente como uma correlação negativa e fraca, ou seja, quanto maior a pontuação obtida na escala da DPP, menor a pontuação obtida na escala da motivação para a amamentação. Este achado pode ter sido enviesado pela colheita de dados relativamente à DPP ter sido feita muito precocemente, o que pode justificar o facto de algumas puérperas ainda não terem desenvolvido sintomas de DPP.

Ainda assim, podemos inferir que a DPP deve ser identificada o mais precocemente possível, devido aos efeitos nefastos que pode causar na díade mãe-bebé. Os fatores que influenciam a DPP podem ser identificados durante a gravidez, sendo de extrema importância a sua identificação por parte dos EEESMO nas consultas de vigilância pré-natal (Santana et al, 2020).

Durante o puerpério o profissional de saúde deve auxiliar a puérpera na adaptação ao seu novo papel, oferecendo suporte, compreendendo os receios e ansiedades e auxiliando nas dificuldades sentidas (Viana et al, 2020). Outra estratégia que pode ser aconselhada é os grupos de apoio para mães, que embora não tenham sido considerados relevantes pela amostra deste estudo, são identificados na literatura como auxiliares de

experiências de maternidade mais positivas e de encorajamento para as puérperas (Dutra & Faria, 2022).

## **6. Implicações para a prática**

Com a realização deste estudo pretendia-se que existissem recomendações para a prática clínica, tanto no sentido da informação disponibilizada às puérperas pelos profissionais de saúde, como o estabelecimento de políticas de apoio à amamentação, por via da motivação. Tendo em conta os resultados obtidos e a discussão realizada, podemos identificar diversas implicações a ter em conta na prática em relação ao suporte às puérperas.

Em relação ao conhecimento das puérperas e à informação transmitida, os EEESMO devem assegurar que todas as puérperas têm acesso à informação fundamental sobre a amamentação, incluindo as recomendações, os benefícios para a mãe e para o bebé, as situações que requerem ajuda especializada, bem como os locais a que podem recorrer, técnicas de amamentação e como lidar com algumas dificuldades que podem surgir ao longo do processo. Para além disso, é importante o empoderamento da puérpera, de modo que se sinta confiante, o que pode contribuir para o sucesso da amamentação. Esta informação deve ser abordada nos PPPP, aos quais o EEESMO deve incentivar as mulheres a participar e no internamento, devendo o EEESMO auxiliar na amamentação, quer corrigindo a pega, como incentivando a puérpera. A nível de políticas, deveriam ser criados ambientes favoráveis à amamentação, locais com enfermeiros especialistas na sua constituição, de modo a fornecer suporte às puérperas e a esclarecer dúvidas que existissem após a alta hospitalar.

A nível do suporte e dos recursos é importante o envolvimento da pessoa significativa e da família, uma vez que, em diversos estudos é identificado como fator protetor para a motivação para a amamentação. Assim, os EEESMO devem incluir a família nos cuidados no pós-parto, percebendo qual o tipo de suporte da puérpera e dando orientações acerca de diversas tarefas que podem ser executadas pelos familiares, de modo que esta possa dedicar-se em pleno à amamentação. Esta informação pode ser identificada com recursos a visitas domiciliárias e/ou acompanhamento telefónico, reforçando a motivação e a confiança da puérpera.

Por último, relativamente à DPP, o EEESMO, possuindo ferramentas específicas e conhecimentos na área, deve identificar precocemente os sinais que possam surgir, prestar apoio emocional contínuo durante o internamento e nas consultas pós-parto, auxiliar a puérpera a lidar com os novos desafios e encaminhar para um especialista os casos que estão para além da sua atuação independente. Assim, permitirá uma experiência mais positiva da maternidade e sucesso na amamentação.

O estudo permite uma reflexão dos profissionais no sentido da informação, promoção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo. No entanto, estas medidas só apresentarão resultados se existir formação contínua dos EEESMO na área da amamentação, conhecendo os fatores que podem interferir no seu sucesso e intervindo junto das puérperas.

## **7. Limitações do estudo**

Uma das limitações dos resultados deste estudo foi o curto período considerado, o que pode ter influenciado tanto a pontuação na escala de motivação para a amamentação quanto a pontuação da EPDS. É possível que os sintomas depressivos ainda não estivessem evidentes devido à realização precoce do estudo, e as puérperas poderiam ainda estar motivadas por não terem enfrentado dificuldades significativas. Além disso, o estudo abordou uma realidade local, o que impede a generalização dos resultados para a população em geral.

Outra das possíveis limitações foi a consistência interna da dimensão psicossocial da escala da motivação para a amamentação não ser elevada, o que poderá enviesar os resultados obtidos no estudo. Sugere-se uma revisão da escala e uma nova validação, de modo a torná-la um instrumento de maior fiabilidade investigativa.

Por fim, o momento de colheita de dados pode influenciar os resultados obtidos, uma vez que, no dia da alta, as puérperas recebem e têm de assimilar bastante informação. O facto de terem de preencher um questionário, tendo inúmeras preocupações pode influenciar as suas respostas, não lendo muitas vezes aquilo que lhes é pedido responder.



## Conclusão

Neste relatório, são apresentadas duas partes principais: a explanação da componente prática e a apresentação do estudo de investigação.

Na primeira parte, são descritos os diversos contextos de estágio, detalhando experiências e a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Foi realizada uma descrição crítico-reflexiva das práticas, relacionando-as com a investigação sempre que possível. As competências adquiridas ao longo dos ensinamentos clínicos constituem uma mais-valia para o meu futuro enquanto EEESMO e pretendo aplicá-las da melhor forma, seguindo os padrões de qualidade estabelecidos, de forma a fazer diferença na vida das mulheres, dos seus bebés e da sua família.

Na segunda parte, foi conduzido um estudo de investigação para responder aos objetivos deste relatório. Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional que buscou responder a várias questões. A principal questão era: “Qual a motivação das puérperas para a amamentação no momento da alta hospitalar?”. Outras questões incluíam: “Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e a motivação para a amamentação?”, “Existe influência do suporte e dos recursos disponíveis na amamentação?”, “Há relação entre as variáveis de contexto obstétrico e a motivação para a amamentação?” e “O risco de desenvolver depressão pós-parto influencia a motivação para a amamentação?”.

O trabalho demonstra que o aleitamento materno exclusivo é essencial nos primeiros 6 meses de vida do recém-nascido, trazendo benefícios inegáveis para mãe e bebê. No entanto, diversos fatores podem influenciar esse processo. A motivação das puérperas é um fator importante e foi avaliada no estudo, mostrando-se elevada. Contudo, a motivação, sendo um processo tanto intrínseco quanto extrínseco, deve ser trabalhada pelos profissionais de saúde, oferecendo informações precisas e suporte para enfrentar dificuldades.

Os resultados do estudo destacam a alta motivação das puérperas ao saírem da maternidade e a eficácia da informação transmitida nos Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP). Contudo, ainda há muito a ser feito, especialmente na informação fornecida durante a internação, no apoio domiciliar pós-alta e no suporte à amamentação. O enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica

(EEESMO) é o profissional capacitado para implementar práticas que promovam o aleitamento materno.

Por fim, o estudo também investigou a relação entre diversas variáveis e a motivação para a amamentação, tendo encontrado relação entre o estado civil, os recursos disponíveis e a DPP. Ainda assim, devem ser estudados outros contextos, de modo que os resultados possam ser transpostos para a população.

## Referências bibliográficas

- Abedi, P., Afshari, P., Tadayon, M. & Yazdizadeh, S. (2020). Prevalence and related factors of postpartum depression among reproductive aged women in Ahvaz, Iran. *Health Care for Women International*, 41 (3), 255-265. DOI: <http://doi.org/10.1080/07399332.2019.1578779>
- Almeida, L. M. N., Goulart, M. C., Góes, F. G. B., Ávila, F. M. V. P., Pinto, C. B., & Naslauský, S. G. (2022). The influence of returning to work on maternal breastfeeding in nursing workers. *Escola Anna Nery*. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0183>
- Alsayed, N.A., Altayyeb, J.F., Althuniyyan, L.S., Alzubaidi, S.K. & Farahat, F. (2021). Prevalence of postpartum depression and associated risk factors among women in Jeddah, Western Saudi Arabia. *Cureus*, 13 (4). DOI: 10.7759/cureus.14603
- Aman, C., Bauer, M. E., Bauer, S., Cassidy, R., Kountanis, J.A., MacEachern, M., Musik, M. & Vahabzadeh, C. (2020). Labor epidural analgesia and the risk of postpartum depression: a meta-analysis of observational studies. *Journal of Clinical Anesthesia*, 61. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jclinane.2019.109658>
- Amaral, J.C.P. (2020). Importância atribuída pela puérpera à visita domiciliária no pós-parto. [Tese de mestrado]. Instituto Politécnico de Viseu.
- Arfianti, M. & Retni, R. (2022). Factors Influencing Exclusive Breastfeeding in Developing Countries: A Review. *Jurnal Kesehatan Maternal dan Neonatal (JESMAN)*, 1 (1). 19-32. <https://doi.org/10.35912/jesman.v1i1.1866>
- Associação Americana de Psicologia (2022). *Mental health*. <https://www.apa.org/topics/mental-health>
- Associação Americana de Psicologia (2022). *APA dictionary of psychology*. <https://dictionary.apa.org/depression>
- Astuti, M., Nurfurqoni, F. A., & Harni, E. (2023). The impact of postpartum mothers' stress and motivation on breastfeeding practice. *Journal of Health and Medical Sciences*, 6(3). <https://doi.org/10.31014/aior.1994.06.03.283>

- Ballesta-Castillejos, A., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Almagro, J., Ortiz-Esquinas, I., & Hernández-Martínez, A. (2020). Factors that influence mothers' prenatal decision to breastfeed in Spain. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 97.
- Barreto, A. A., & Lopes, I. M. D. (2023). Aleitamento materno exclusivo e fatores determinantes do desmame precoce: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 12(5), e0712541358
- Brito, I., Cepêda, T. & Heitor, M.J. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude.aspx>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Caldas, T. A., Azevedo, M. V. C., Torres, R. C., Teles, W. de S., Silva, M. C. da, Barros, Â. M. M. S., Silva, M. H. S., Morais, A. L. de J., Santos Junior, P. C. C., & Carvalho, I. B. P. de. (2021). Benefícios do aleitamento materno exclusivo até sexto mês de vida. *Research, Society and Development*, 10(6), e47310616074
- Capucho, L.B., Forechi, L., Lima, R.C.D., Massaroni, L. & Primo, C.C. (2017). Fatores que interferem na amamentação exclusiva. *Revista Brasileira da Saúde*. 19(1). 108-113.
- Carmo, H. (2021). A metodologia como dispositivo de orientação para a investigação. *Politeia*, 13–41. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39296>
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., Grilo, A.R. (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Chang, Y., Hong, S.A. & Khadka, R. (2020). Prevalence and determinants of poor sleep quality and depression among postpartum women: a community-based study in Ramechhap district, Nepal. *The royal society of tropical medicine & hygiene*, 12, 125-131. DOI: 10.1093/inhealth/ihz032
- Chen, I., Chen, Y., Ismail, F., Li, M., Wen, S.W., Xie, R. & Xiong, Z. (2021). Association between perceived birth trauma and postpartum depression: A prospective cohort

study in China. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, 157, 598-603.  
DOI: 10.1002/ijgo.13845

Coelho, A.M.G. (2015). Prevalência e fatores determinantes para aleitamento materno no Vale Tâmega e Sousa. [Tese de Mestrado]. FMUP

Deci, E., Vallerand, R., Pelletier, L., & Ryan, R. (1991). Motivation and education: The self-determination perspective. *Educational Psychologist*, 26(3), 325–346

Direção Geral da Saúde (2016). Programa Nacional para a vigilância de gravidez de baixo risco. Disponível em [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjJ88ekfL\\_AhXwVKQEHY3GAQAQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fem-destaque%2Fprograma-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx&usg=AOvVaw122-NGLir67hHZ6hq3uB7P&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjJ88ekfL_AhXwVKQEHY3GAQAQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fem-destaque%2Fprograma-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx&usg=AOvVaw122-NGLir67hHZ6hq3uB7P&opi=89978449)

Direção Geral da Saúde (2015). Indução do Trabalho de Parto. *Orientação 002/2015*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2017). *Depressão*. WHO. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-no-pos-parto-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade e cursos de recuperação pós-parto: orientações*. Lisboa: DGS, 2020

Direção Geral do Ensino Superior (n.d.). DGES. Recuperado em fevereiro 15, 2024, em <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/mestrado>

DNC (2024). Teorema do Limite Central: fundamentos e aplicações na inferência estatística. <https://www.escoladnc.com.br/>

Downs, D.S., Evans, M.B., Kjerulff, K.H. & Leonard, K.S. (2020). Postpartum perceived stress explains the association between perceived social support and depressive symptoms. *Women's Health Issues*, 30 (4), 231-239. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.whi.2020.05.001>

Dutra, M.V.S. & Faria, H.M.C. (2022). A rede de apoio como forma de prevenção à depressão pós-parto. *Cadernos de psicologia*, 4(8). 117-133. ISSN 2674-9483

- Ferreira, M., Nelas, P., Duarte, J. (2011). Motivação para o Aleitamento Materno: Variáveis Intervenientes. *Millenium*, 40: 23-38.
- Graça, L.M. (2018). *Medicina materno-fetal* (5ª edição). Lidel
- Griswold M. & Palmquist, A. (2019). *De políticas favoráveis à família e a amamentação - um sumário de evidências*. Unicef. [www.unicef.org/early-childhood-development/family-friendly-policies](http://www.unicef.org/early-childhood-development/family-friendly-policies)
- Gueron-Sela, N., Shahar, G., Tikotzky, L. & Volkovich, E. (2020). Prenatal maternal sleep and trajectories of postpartum depression and anxiety symptoms. *Journal of sleep Research*, 30. DOI: <http://doi.org/10.1111/jsr.13258>
- Gomes, I. (2019, fevereiro 27). *A diferença entre o baby-blues e a depressão pós parto*. Clínica da Mente. <https://www.clinicadamente.com/a-diferenca-entre-o-baby-blues-e-a-depressao-pos-parto/>
- Huang, L., Li, Q., Liu, Y., Ruan, W., Wu, X., Xie, M. & Yang, S. (2020). Impact of some social and clinical factors on the development of postpartum depression in Chinese women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20. DOI: <http://doi.org/10.1186/s12884-020-02906-y>
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (2015). Guidelines Monitorização Fetal Intraparto. Disponível em <https://www.figo.org/search/node?keys=CTG&advanced-form=1&f%5B0%5D=language%3Aen>
- Iopp P.H., Massafera G.I. & De Bortoli C.F. (2023). A atuação do enfermeiro na promoção, incentivo e manejo do aleitamento materno. *Enferm Foco*. 14. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202344>
- Kubler-Ross, E. (2024). *Sobre a Morte e Morrer*. Leya.
- Lau, C. Y. K., Fong, D. Y. T., Chan, V. H. S., Lok, K. Y. W., Ng, J. W. Y., Sing, C., & Tarrant, M. (2022). The effect of maternal self-regulated motivation on breastfeeding continuation. *Maternal and Child Health Journal*, 26(2), 441–448
- Leandro, J. K. (2021). Fiabilidad de las escalas: interpretación y limitaciones del Alfa de Cronbach. *Research Gate*. [https://www.researchgate.net/publication/350590351\\_Fiabilidad\\_de\\_las\\_escalas\\_interpretacion\\_y\\_limitaciones\\_del\\_Alfa\\_de\\_Cronbach](https://www.researchgate.net/publication/350590351_Fiabilidad_de_las_escalas_interpretacion_y_limitaciones_del_Alfa_de_Cronbach)

- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *MANUAL DE ALEITAMENTO MATERNO*. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. ISBN 9789729643613
- Lira, R. F., Coelho, S., & Carvalho, L. R. B. (2023). Fatores determinantes do desmame precoce: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 12668–12688
- Madiba, S., Mbatha, N.L. & Mokwena, K.E. (2020). Clinical and Obstetric Risk Factors for Postnatal Depression in HIV Positive Women: A cross sectional study in health facilities in rural KwaZulu-Natal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. DOI: 10.3390/ijerph17228425
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation-specific theories in research and nursing practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mercan, Y., & Tari Selcuk, K. (2021). Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. *PloS One*, 16(4), e0249538.
- Monteiro, M. J., Santos, M., Sequeira, A. & Prata, A. P. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em saúde materna e obstétrica*. ISBN 978-989-752-416-5
- Nelas, P. A., Ferreira, M., & Carvalho Duarte, J. (2008). Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida Motivation for breastfeeding: construction of an assessment tool. *Revista de Enfermagem Referência*, II, n.6, 39–56.
- Néné, M., Marques, R. & Batista, M.A. (2018). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª edição). Lidel
- Netto, A.M.L. & Vargas, M.A. (2021). Reflexões acerca do processo de luto. *Intermedius*, 1(1). 98-102.
- Newton, E. (2018). *Birthing Positions And Perineal Trauma: A Systematic Review Of The Literature*". Honors Theses. 189. [https://digitalcommons.salemstate.edu/honors\\_theses/189](https://digitalcommons.salemstate.edu/honors_theses/189)
- Nidcap Federation International (2023). NIDCAP nursery model. Disponível em Model of the NIDCAP Nursery - NIDCAP

- North, K., Gao, M., Allen, G., & Lee, A. C. (2022). Breastfeeding in a global context: Epidemiology, impact, and future directions. *Clinical Therapeutics*, 44(2), 228–244
- Ogiji, J. & Rich, W. (2022). An exploratory study of vitamin D levels during pregnancy and its association with postpartum depression. *Psychiatry Research Communications*, 2. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100021>
- Oliveira, T. A., Luzetti, G. G. C. M., Rosalém, M. M. A., & Mariani Neto, C. (2022). Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetricia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de Ginecologia E Obstetricia*, 44(5), 452–457. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095>
- Omole, O.B. & Phukuta, N.S.J. (2020). Prevalence and risk factors associated with postnatal depression in a South African primary care facility. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 12 (1). DOI: <http://doi.org/10.4102/phcfm.v12i1.2538>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Parecer da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica nº2/2012. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao\\_2-2012.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao_2-2012.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Parecer da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica nº 04/2016. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04\\_2016\\_MCEESMO\\_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04_2016_MCEESMO_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt%2Fmedia%2F24294%2Frecomenda%25C3%25A7%25C3%25B5es-paraest%25C3%25A1gio-e-relat%25C3%25B3rio-da-componente-cl%25C3%25ADnica-dosciclos-de-estudos-dos-mestradosenfespecialista.pdf&usg=AOvVaw0JEfVXR8EtLiN1eXsvacm4>

Ordem dos Enfermeiros (2021). Parecer da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica nº14/2021  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23227/parecerplusmceesmo\\_142021\\_progrmaplusdeplusrecupera%C3%A7%C3%A3oplusp%C3%B3s-parto\\_anonimizado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23227/parecerplusmceesmo_142021_progrmaplusdeplusrecupera%C3%A7%C3%A3oplusp%C3%B3s-parto_anonimizado.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2021). Parecer da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica nº13/2021  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25811/parecer-13-2021.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2021). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3\\_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf)

Organização Mundial de Saúde (2009). Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Disponível em  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjpkPKv8sr9AhVXgv0HHUTfDg0QFnoECBUQAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F44186%2F9789241598590\\_por\\_Checklist.pdf%3Fsequence%3D70%26isAllowed%3Dy&usg=AOvVaw1kDqna9UTMi\\_GuBnamf-2s](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjpkPKv8sr9AhVXgv0HHUTfDg0QFnoECBUQAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F44186%2F9789241598590_por_Checklist.pdf%3Fsequence%3D70%26isAllowed%3Dy&usg=AOvVaw1kDqna9UTMi_GuBnamf-2s)

Organização Mundial da Saúde (2011). Recommendations for Induction of Labour.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241501156>

Organização Mundial da Saúde (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi7pqCTkvP\\_AhUbUKQEHXWdBvwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F134588%2FWHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf&usg=AOvVaw2xQizcuAL7B0P040Lnfr0h&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi7pqCTkvP_AhUbUKQEHXWdBvwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F134588%2FWHO_RHR_14.23_por.pdf&usg=AOvVaw2xQizcuAL7B0P040Lnfr0h&opi=89978449)

Organização Mundial da Saúde (2017). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017. ISBN 978-92-4-155008-6

- Organização Mundial da Saúde (2018). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. Geneva: World Health Organization; 2018. ISBN 978-92-4-151380-7
- Organização Mundial da Saúde (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. ISBN 978-92-4-155021-5
- Organização Mundial da Saúde (2022). Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva. Disponível em [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi65vCZ8PL\\_AhWIUKQEHfp2DQcQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Frest%2Fbitstreams%2F1425672%2Fretrieve&usg=AOvVaw1v9lv5DPpaZhCv\\_lzABfHu&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi65vCZ8PL_AhWIUKQEHfp2DQcQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Frest%2Fbitstreams%2F1425672%2Fretrieve&usg=AOvVaw1v9lv5DPpaZhCv_lzABfHu&opi=89978449)
- Organização Pan-Americana da Saúde. (29 julho 2021). *Todos pela amamentação*. OPAS. <https://www.paho.org/pt/noticias/29-7-2021-opas-destaca-importancia-participacao-toda-sociedade-na-promocao-do-aleitamento>
- Ornellas, T., & Monteiro, M. (2023). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência, VI Série (Nº2)*. <https://doi.org/10.12707/rvi22055>
- Portugal, Lei nº9/2009. (2009, Março 4). Reconhecimento das qualificações profissionais. *Diário da República*, 1 (44), pp. 1466-1530. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/9-2009-604779>
- Portugal, Regulamento nº140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2(26), pp. 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Portugal, Regulamento n.º 391/2019. (2019, Maio 3). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República*, 2(35), pp. 8662-8666. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019\\_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf)
- Portugal, Direção-Geral da Saúde (2022). Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico. Norma nº020/2015 atualizada a 17/11/2022. <https://normas.dgs.min->

saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/

Portugal, Despacho nº 13056/2023 (2023, dezembro 20). Constitui a Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno. *Diário da República nº244/2023*, Série II, pp 272-273. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13056-2023-808130290>

Primo, C.C., Nunes, B.P., Lima, E.F.A., Leite, F.M.C., Pontes, M.B. & Brandão, M.A.G. (2016). Which factors influence women in the decision to breastfeed? *Invest Educ Enferm.* 34(1) 198-210. DOI: 10.17533/udea.iee.v34n1a22

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 49(3), 186–193

Ryan, R.M., Olafsen, A.H. & Deci, E.L. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 19–43

Rocha, N.B. & Moimaz, S.A.S. (2021). Estudo clínico randomizado sobre a influência da motivação e acompanhamento de profissionais de saúde na prática de aleitamento materno. *Research, Society and Development*, 10 (5). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14729>

Rodríguez, J. R. & Álvarez, M. R. (2020). Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *Revista D'Innovació i Recerca en Educació*. <https://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/view/reire2020.13.230048/31484>

Santana, K.R., Monteiro, D.L.M., Soares, L.C., Rodrigues, N.C.P., Raupp, R.M. & Gouvêa, A.N. (2020). Influência do aleitamento materno na depressão pós-parto: revisão sistematizada. *Revista de Atenção à Saúde*, 18 (64). 110-123. ISSN 2359-4330

Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., Barros, A. J. D., Botelho, I. P., Lapolli, C., Magalhães, P. V. da S., Barbosa, A. P. P. N., & Barros, F. C. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saude Publica*, 23(11), 2577–2588. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100005>

- Santos, J., Flor-De-Lima, F., & Soares, H. (2021). Aleitamento materno exclusivo: Prevalência na maternidade e durante o segundo mês de vida. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 18–20.
- Santos, A. O., Conrado De Souza, S., & Silva, C. (2022). Aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida de bebês: benefícios e dificuldades encontradas. *Scire Salutis*, 12, 87–95. DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2022.003.0011>
- Santos, R. M., Lima, I. A., Cândido, P. G. G., Bezerra, J. M., Pascoal, L. M., Neto, M. S., & Santos, F. S. (2022). Breastfeeding and sociodemographic and obstetric profile among puerperal attended in public maternity of reference. *Research, Society and Development*, 11(3), e19211325900–e19211325900
- Sardo, D.S. & Pinheiro, A.A. (2023). Avaliação da motivação e fatores motivacionais da grávida para amamentar. DOI: 10.37885/231014596Amaral
- Serviço Nacional de Saúde (2023). Rastreios oncológicos. Disponível em <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/rastreios-oncologicos/>
- Silva, V.C., Moura, M.H.A., Nóbrega, M.S., Costa, I.C.P. & Ribeiro, P.M. (2023). Amamentação e depressão pós-parto: revisão integrativa. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27 (5). 2330-2353. DOI: 10.25110/arqsaude.v27i5.2023-014
- Sousa, S.G. (2012). Depressão pós-parto – Estudo de prevalência e deteção de fatores de risco. [Tese de Mestrado]. Universidade da Beira Interior. <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1163/1/Tese%20DPP%2029Maio.pdf>
- Souza, B. S. de, Assunção, E. G., & Guimarães, G. C. (2023). FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE NO CONTEXTO BRASILEIRO. *Saberes Plurais Educação Na Saúde*, 7(2), e133427.
- Styons, C. (1991). Ten steps to successful breast-feeding. *Indian Journal of Pediatrics*, 56, 752. Disponível em <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>
- Tschiderer, L., Seekircher, L., Kunutsor, S. K., Peters, S. A. E., O’Keeffe, L. M., & Willeit, P. (2022). Breastfeeding is associated with a reduced maternal cardiovascular risk: Systematic review and meta-analysis involving data from 8 studies and 1 192 700 parous women. *Journal of the American Heart Association*, 11(2), e022746.

- Ware, J. L., Li, R., Chen, A., Nelson, J. M., Kmet, J. M., Parks, S. E., Morrow, A. L., Chen, J., & Perrine, C. G. (2023). Associations between breastfeeding and post-perinatal infant deaths in the U.s. *American Journal of Preventive Medicine*, *65*(5), 763–774
- World Health Organization. (2014, February). *Breastfeeding*. World Health Organization. <https://doi.org/10.1007/s12098-013-1153-1>
- World Health Organization (2017). *Protecting, promoting and supporting BREASTFEEDING IN FACILITIES providing maternity and newborn services*. World Health Organization. ISBN 978-92-4-155008-6
- World Health Organization (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. WHO. ISBN 978-92-4-005714-2 (electronic version)
- Viana, M.D.Z.S., Fettermann, F.A. & Cesar M.B.N. (2020). Estratégias de enfermagem na prevenção da depressão pós-parto. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6981>.
- Veludo, A. G., Araújo, F. M., Fernandez, L. R., Franco, L. F., Zuazo, M. A. D., Gouveia, V. A. (2022) Tipos de Amostragem. Estudantes para as melhores evidências (EME) Cochrane. Disponível em <https://eme.cochrane.org/tipos-de-amostragem/>



## Apêndices



## Apêndice I

### Contabilização das experiências em estágio

#### Promoção da Saúde da Mulher

Número	Nome	Data
1	RFT	13/jun
2	DCP	13/jun
3	JFM	13/jun
4	JGS	13/jun
5	TNP	13/jun
6	FNO	13/jun
7	RSF	13/jun
8	BAC	13/jun
9	NC	14/jun
10	CASL	14/jun
11	SCF	14/jun
12	MEPG	14/jun
13	VSSC	14/jun
14	SRR	14/jun
15	ACSN	14/jun
16	CANF	14/jun
17	MRPM	14/jun
18	MSM	14/jun
19	DVR	14/jun
20	MSP	14/jun
21	ABRA	14/jun
22	ECL	14/jun
23	RFPT	14/jun
24	AVC	14/jun
25	AFNC	14/jun
26	BGSA	14/jun
27	MNC	15/jun
28	RSMB	15/jun
29	AMLP	15/jun
30	JSS	15/jun
31	SFO	15/jun
32	GPSPM	15/jun
33	APO	15/jun
34	JSF	15/jun
35	DVR	15/jun

36	MFJA	15/jun
37	CMMCSR	15/jun
38	TCSL	15/jun
39	SIBM	20/jun
40	VPOL	21/jun
41	AMMV	21/jun
42	LISS	21/jun
43	AVLNPC	21/jun
44	TNPP	21/jun
45	MC	21/jun
46	RMG	21/jun
47	ARP	21/jun
48	JAM	21/jun
49	MFJA	21/jun
50	MFFD	21/jun
51	MCF	21/jun
52	ACAM	22/jun
53	EBC	22/jun
54	VPS	28/jun
55	AVLNPC	28/jun
56	BRRG	28/jun
57	MC	28/jun
58	AGG	28/jun
59	CLS	28/jun
60	CVRT	28/jun
61	BPA	28/jun
62	AMSG	28/jun
63	MCV	28/jun
64	DESM	28/jun
65	MFD	28/jun
66	AFAR	28/jun
67	SPMB	28/jun
68	NDSR	28/jun
69	FPS	22/jun
70	MG	22/jun
71	RT	22/jun
72	TP	22/jun
73	RF	22/jun
74	JM	22/jun
75	DP	22/jun
76	MRM	22/jun
77	DVR	22/jun
78	APO	22/jun
79	SR	22/jun

80	SL	22/jun
81	ACN	22/jun
82	BAC	22/jun
83	VPOS	28/jun
84	MFJA	28/jun
85	TNPP	28/jun
86	VSSC	28/jun
87	ACSN	28/jun
88	MRPM	28/jun
89	MSM	28/jun
90	DVR	28/jun
91	SRCR	28/jun
92	ACAM	28/jun
93	JSS	28/jun
94	GPSPM	28/jun
95	FPS	28/jun
96	SBA	28/jun
97	ARO	28/jun
98	DRPC	15/ago
99	CFF	15/ago
100	MGBBF	25/ago

### Medicina Materno-Fetal

Númer o	Nome	Data	Patologia
1	T	15/mar	APPT
2	A	15/mar	Insuficiência cervical + prolapso de membranas
3	C	15/mar	Colestase gravídica
4	A M	15/mar	Diabetes gestacional
5	A	20/mar	Morte fetal – a aguardar expulsão
6	M	20/mar	IMG + salpingectomia
7	A C	20/mar	Morte fetal trigemelar
8	C	20/mar	Colestase gravídica
9	A	20/mar	Insuficiência cervical + prolapso de membranas
10	E	20/mar	Feto com anemia por aloimunização
11	A	25/mar	Pielonefrite aguda
12	A	25/mar	Insuficiência cervical+ prolapso de membranas
13	A	25/mar	TVP MI esquerdo + TEP
14	A	26/mar	Pielonefrite aguda

15	A	26/mar	Insuficiência cervical + prolapso de membranas
16	A	26/mar	TVP MI esquerdo + TEP
17	S	27/mar	ITP por pré-eclâmpsia
18	A L	28/mar	PEC sem critérios de gravidade + Diabetes Tipo I
19	A	28/mar	Insuficiência cervical + colo curto
20	A	28/mar	TVP MI esquerdo + TEP
21	A L	29/mar	PEC sem critérios de gravidade + Diabetes Tipo I
22	A	29/mar	Insuficiência cervical + colo curto
23	A	29/mar	TVP MI esquerdo + TEP
24	A	29/mar	ITP por RCF + alteração de fluxometria cerebral
25	J	30/mar	ROD
26	A	30/mar	Insuficiência cervical + colo curto
27	A	30/mar	TVP MI esquerdo + TEP
28	S	30/mar	ITP por anidrâmios
29	M J	30/mar	ITP por alteração da fluxometria cerebral
30	A	07/abr	Insuficiência cervical + colo curto
31	A	07/abr	TVP MI esquerdo + TEP
32	A	08/abr	Insuficiência cervical
33	A	08/abr	TVP MI esquerdo + TEP
34	V	10/abr	APPT
35	R	10/abr	RPM pré termo
36	A	10/abr	Insuficiência cervical
37	A	10/abr	TVP MI esquerdo + TEP
38	V	10/abr	HTA crónica + Pré eclâmpsia sobreposta
39	D	10/abr	ITP por RPM
40	N H	13/abr	Varicela
41	V F	13/abr	HTA crónica + Pré eclâmpsia sobreposta
42	A	13/abr	TVP MI esquerdo + TEP
43	D	13/abr	ITP por RCF + alteração da fluxometria
44	T	13/abr	Gravidez ectópica
45	N H	14/abr	Varicela
46	A	14/abr	TVP MI esquerdo + TEP
47	A	16/abr	TVP MI esquerdo + TEP
48	V R	16/abr	ITP por colestase gravídica + Oligoâmios
49	A	18/abr	TVP MI esquerdo + TEP
50	A M	18/abr	Pielonefrite aguda
51	T	18/abr	Gravidez ectópica

## Puerpério

Número	Nome	Data
1	TRGA	25/abr
2	SRM	25/abr
3	ARL	25/abr
4	Y	25/abr
5	RF	25/abr
6	JR	25/abr
7	SP	25/abr
8	CS	25/abr
9	MP	25/abr
10	AS	25/abr
11	NS	25/abr
12	JR	29/abr
13	GMG	29/abr
14	ND	29/abr
15	SC	29/abr
16	JP	29/abr
17	L	29/abr
18	LS	29/abr
19	KL	29/abr
20	BG	29/abr
21	VS	29/abr
22	CB	29/abr
23	LC	29/abr
24	SP	02/mai
25	T	02/mai
26	PT	02/mai
27	AP	02/mai
28	BP	02/mai
29	CD	02/mai
30	GM	02/mai
31	RL	02/mai
32	RL	03/mai
33	BP	03/mai
34	ACS	03/mai
35	SH	03/mai
36	KL	03/mai
37	GM	03/mai
38	AB	03/mai
39	JG	03/mai

40	CD	03/mai
41	MS	08/mai
42	VR	08/mai
43	AP	08/mai
44	AC	08/mai
45	BS	08/mai
46	MZ	08/mai
47	AG	08/mai
48	AC	08/mai
49	RL	08/mai
50	TS	08/mai
51	IM	15/mai
52	HL	15/mai
53	VT	15/mai
54	AC	15/mai
55	SR	15/mai
56	BO	15/mai
57	SM	15/mai
58	IM	15/mai
59	HL	15/mai
60	VT	15/mai
61	SC	15/mai
62	AC	15/mai
63	SR	15/mai
64	PP	15/mai
65	BO	15/mai
66	SM	15/mai
67	GS	16/mai
68	EO	16/mai
69	JM	16/mai
70	DB	16/mai
71	SC	16/mai
72	PP	16/mai
73	SM	16/mai
74	CM	16/mai
75	AC	16/mai
76	SC	16/mai
77	CM	19/mai
78	AS	19/mai
79	GS	19/mai
80	JM	19/mai
81	MP	19/mai
82	CM	19/mai
83	AS	19/mai

84	GS	19/mai
85	JM	19/mai
86	MP	19/mai
87	MM	19/mai
88	ZC	19/mai
89	ZC	19/mai
90	LG	19/mai
91	LG	19/mai
92	DB	19/mai
93	DB	19/mai
94	GS	19/mai
95	GS	19/mai
96	CB	19/mai
97	CB	19/mai
98	SM	19/mai
99	SM	19/mai
100	VJ	19/mai
101	VJ	19/mai
102	ACM	16/ago
103	MRPSRM	18/ago
104	SRC	21/ago
105	ERSR	23/ago
106	CSSF	31/ago
107	ARCL	17/set
108	MRCMD	17/set
109	NDSR	05/out
110	ASSM	04/nov
111	BMM	01/nov

### Recém-nascidos

Número	Nome	Data
1	MV	25/abr
2	AM	25/abr
3	L	25/abr
4	A	25/abr
5	B	25/abr
6	M	25/abr
7	Z	25/abr
8	L	25/abr
9	L	25/abr
10	M	25/abr

11	F	25/abr
12	C	25/abr
13	I	29/abr
14	O	29/abr
15	I	29/abr
16	MM	29/abr
17	X	29/abr
18	R	29/abr
19	KL	29/abr
20	L	29/abr
21	C	29/abr
22	M	29/abr
23	L	29/abr
24	D	02/mai
25	M	02/mai
26	C	02/mai
27	MP	02/mai
28	LS	02/mai
29	CJ	02/mai
30	M	02/mai
31	M	02/mai
32	M	03/mai
33	L	03/mai
34	A	03/mai
35	LC	03/mai
36	KL	03/mai
37	MM	03/mai
38	E	03/mai
39	BF	03/mai
40	CJ	03/mai
41	C	08/mai
42	D	08/mai
43	A	08/mai
44	M	08/mai
45	L	08/mai
46	M	08/mai
47	L	08/mai
48	JM	08/mai
49	L	08/mai
50	A	08/mai
51	A	15/mai
52	L	15/mai
53	T	15/mai
54	L	15/mai

55	L	15/mai
56	MF	15/mai
57	LM	15/mai
58	A	15/mai
59	L	15/mai
60	T	15/mai
61	B	15/mai
62	L	15/mai
63	L	15/mai
64	M	15/mai
65	MF	15/mai
66	LM	15/mai
67	ME	16/mai
68	T	16/mai
69	GM	16/mai
70	A	16/mai
71	B	16/mai
72	MF	16/mai
73	LB	16/mai
74	EB	16/mai
75	LA	16/mai
76	BL	16/mai
77	E	19/mai
78	D	19/mai
79	ME	19/mai
80	Filho de JM	19/mai
81	Filho de MP	19/mai
82	E	19/mai
83	D	19/mai
84	ME	19/mai
85	Filho de JM	19/mai
86	Filho de MP	19/mai
87	B	19/mai
88	OO	19/mai
89	OO	19/mai
90	IM	19/mai
91	IM	19/mai
92	AA	19/mai
92	AA	19/mai
94	ME	19/mai
95	ME	19/mai
96	BM	19/mai
97	BM	19/mai
98	LB	19/mai

99	LB	19/mai
100	MS	19/mai
101	MS	19/mai
102	G	16/ago
103	MC	18/ago
104	G	18/ago
105	J	21/ago
106	M	23/ago
107	H	25/ago
108	S	29/ago
109	D	29/ago
110	F	06/set
111	Filho de BXV	12/set
112	L	17/set
113	D	17/set
114	I	24/set
115	I	05/out
116	M	08/out
117	F	08/out
118	T	08/out
119	SO	19/out
120	R	20/out
121	C	20/out
122	M	25/out
123	J	02/nov
124	L	02/nov
125	M	15/nov
126	S	20/nov

### Parturientes

Número	Nome	Data
1	APSL	15/ago
2	ACM	16/ago
3	KCV	16/ago
4	TFMM	16/ago
5	JFQG	18/ago
6	ARM	18/ago
7	CCRL	18/ago
8	ACAM	18/ago
9	SRC	21/ago
10	MRTS	21/ago

11	JARBP	21/ago
12	NCPS	23/ago
13	BMOS	23/ago
14	SBR	25/ago
15	MK	25/ago
16	ER	25/ago
17	SFAFS	29/ago
18	SMPT	29/ago
19	VPOS	29/ago
20	SBS	29/ago
21	CSSF	31/ago
22	CSCL	31/ago
23	ARP	31/ago
24	DVR	02/set
25	IMM	02/set
26	DAS	02/set
27	A G	06/set
28	AMRLS	12/set
29	LSO	12/set
30	ACRA	14/set
31	ARCL	17/set
32	ISD	17/set
33	MRCMD	17/set
34	MFGB	24/set
35	BMF	24/set
36	LMPR	24/set
37	CFFL	05/out
38	GNPG	08/out
39	RMDS	08/out
40	NFM	08/out
41	MAEF	08/out
42	AJ	09/out
43	SSSG	09/out
44	N	13/out
45	SSC	13/out
46	IA	15/out
47	MF	18/out
48	APGM	18/out
49	VCDG	19/out
50	SRNO	19/out
51	ICMS	20/out
52	MSTC	25/out
53	VSDR	25/out
54	MASP	01/nov

55	BMM	01/nov
56	ASSM	04/nov
57	KSF	04/nov
58	EAVDS	05/nov
59	AJLS	05/nov
60	MFLA	15/nov
61	EFRS	15/nov
62	BMRS	15/nov
63	AAMG	19/nov
64	MLAM	19/nov
65	AMR	19/nov
66	MSB	19/nov
67	MMPA	20/nov
68	SMAM	20/nov
69	NP	20/nov
70	IJSFM	20/nov
71	VCDG	22/nov

### Partos

<b>Número</b>	<b>Nome</b>	<b>Data</b>	<b>Com ou sem episiotomia</b>	<b>Laceração</b>
1	JFQG	18/ago	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 2º GRAU CORRIGIDA
2	JARBP	21/ago	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
3	ERSR	23/ago	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
4	MK	25/ago	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
5	ER	25/ago	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
6	CSSF	31/ago	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
7	DVR	02/set	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
8	IMM	03/set	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 2º GRAU CORRIGIDA
9	SCVC	12/set	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
10	ARCL	18/set	COM EPISIOTOMIA	
11	MRCMD	17/set	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
12	SIRP	28/set	COM EPISIOTOMIA	
13	CMSP	30/set	COM EPISIOTOMIA	
14	SMBG	30/set	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
15	NDSR	05/out	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 2º GRAU CORRIGIDA
16	RMDS	08/out	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
17	NFM	08/out	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
18	N	13/out	COM EPISIOTOMIA	
19	SSC	13/out	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
20	IA	16/out	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA

21	MF	18/out	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
22	APGM	18/out	SEM EPISIOTOMIA	PERÍNEO ÍNTEGRO
23	VCDG	19/out	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
24	BASC	20/out	COM EPISIOTOMIA	
25	VSDR	25/out	SEM EPISIOTOMIA	PERÍNEO ÍNTEGRO
26	MACM	26/out	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
27	ACSS	26/out	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 2º GRAU CORRIGIDA
28	ASSM	04/nov	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
29	EAVDS	05/nov	SEM EPISIOTOMIA	PERÍNEO ÍNTEGRO
30	AJLS	05/nov	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 2º GRAU CORRIGIDA
31	TTM	09/nov	SEM EPISIOTOMIA	PERÍNEO ÍNTEGRO
32	CCP	09/nov	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
33	MFLA	15/nov	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
34	EFRS	16/nov	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 2º GRAU CORRIGIDA
35	SMAM	20/nov	SEM EPISIOTOMIA	PERÍNEO ÍNTEGRO
36	IJSFM	20/nov	COM EPISIOTOMIA	
37	ARRM	23/nov	COM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
38	MF	23/nov	COM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
39	SCSF	23/nov	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA
40	TSRD	06/dez	SEM EPISIOTOMIA	LACERAÇÃO 1º GRAU CORRIGIDA



## Apêndice II

### Apresentação utilizada na sessão de educação para a saúde



7º CMESMOG  
12º CPLEESMO  
Escola Superior de Saúde de Viseu

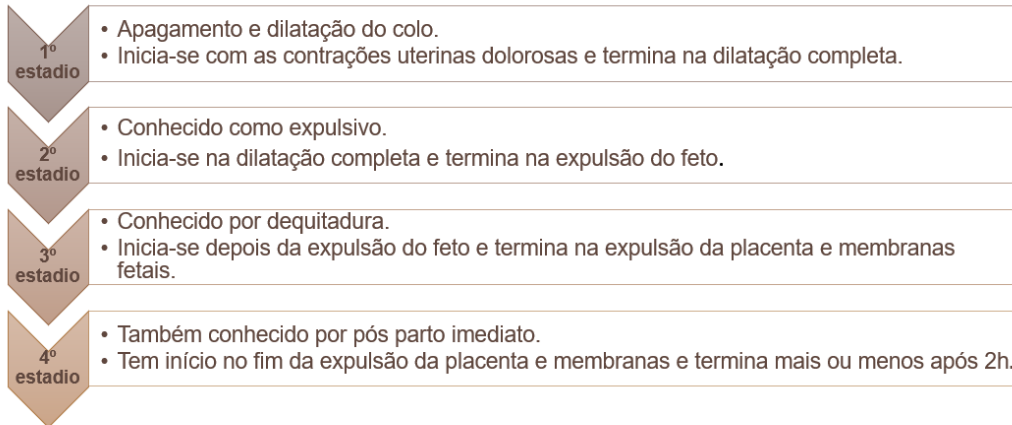
## Como tornar a experiência do meu parto mais positiva?

Trabalho realizado por: Daniela Tojal

### Plano de Sessão

Etapas/Fases	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Tempo	Formador
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema e dos objetivos</li> </ul>	Expositivo	Power point	5 min	Daniela
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor e métodos não farmacológicos do alívio da dor no trabalho de parto</li> <li>• <i>Walking</i> epidural</li> <li>• Posições a adotar no trabalho de parto</li> <li>• Plano de Parto</li> </ul>	Expositivo	Power point	35 min	Daniela
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese dos aspetos mais importantes</li> </ul>	Expositivo	Power point	5 min	Daniela

## Fases do trabalho de parto



## De onde vem a dor no trabalho de parto?

- ❖ Dilatação do colo;
- ❖ Distensão do segmento inferior;
- ❖ Contrações uterinas;
- ❖ Estiramento dos tecidos perineais e do pavimento pélvico;
- ❖ Compressão da apresentação fetal;





## Dor

---



Stress



Diminuição da  
Ocitocina



Ansiedade



Aumento das  
catecolaminas

## Consequências da dor não controlada

- Trabalho de parto prolongado;
- Aumento da dor;
- Diminuição da autoconfiança;
- Menor colaboração;
- Experiência negativa.



## Métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto

### ❖ Aromaterapia

 <p>Óleo calmante e sedativo</p>	 <p>Ação relaxante e auxilia na respiração</p>	 <p>Alivia a dor e aumenta as contrações uterinas</p>	 <p>Aumento das contrações uterinas e aceleração do TP</p>	 <p>Alívio de náuseas e vômitos</p>
---	---	--	---	--

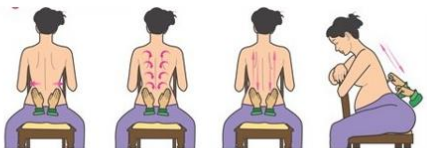
### ❖ Bola de pilates



### ❖ Hidroterapia/Duche



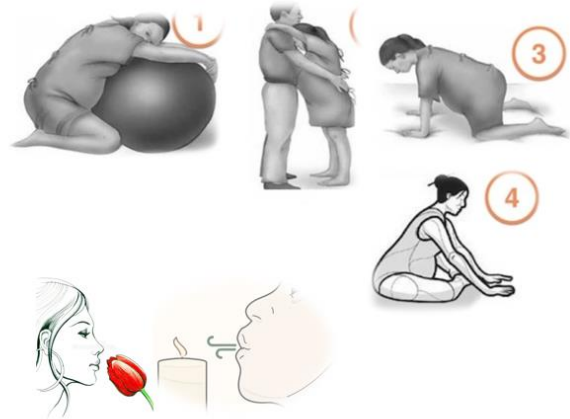
### ❖ Massagem



### ❖ Deambulação



### ❖ Exercícios respiratórios + exercícios de relaxamento



### ❖ Musicoterapia



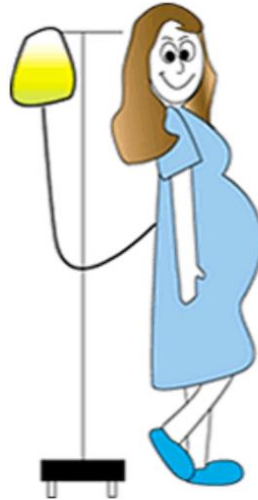
## Outros métodos

- ❖ **Terapias térmicas (crioterapia e termoterapia)** – O gelo ameniza a dor na fase ativa do trabalho de parto e o calor contribui para a libertação de endorfinas, aliviando a dor na região lombar, por exemplo.
- ❖ **Acupuntura** – estimulação de pontos específicos do corpo, ajudando no alívio da dor. Pode também ser utilizada a acupressão.
- ❖ **Cromoterapia** – utilização da cor para provocar diversas sensações. Cores mais quentes associadas à aceleração do trabalho de parto e cores mais frias associadas a um ambiente mais tranquilo.

## Métodos

farmacológicos –

*Walking Epidural*



### *Walking Epidural*

- Alívio da dor com analgesia epidural, permitindo uma maior liberdade de movimentos;
- Existe ausência de dor, mas a grávida tem percepção das contrações;
- Dose baixa de anestésico + opióide;

## **Critérios de inclusão para *Walking Epidural* durante o trabalho de parto**

- Opção materna;
- CTG tranquilizador;
- Ausência de perda hemática vaginal;
- Gravidez >37 semanas;
- Se rotura de membranas: apresentação no primeiro plano de Hodge.

### **Vantagens da *Walking Epidural***

- Capacidade da parturiente se movimentar;
- Maior colaboração no parto;
- Efeito rápido de ação;
- Menor retenção urinária;
- Aplicação em diferentes fases.



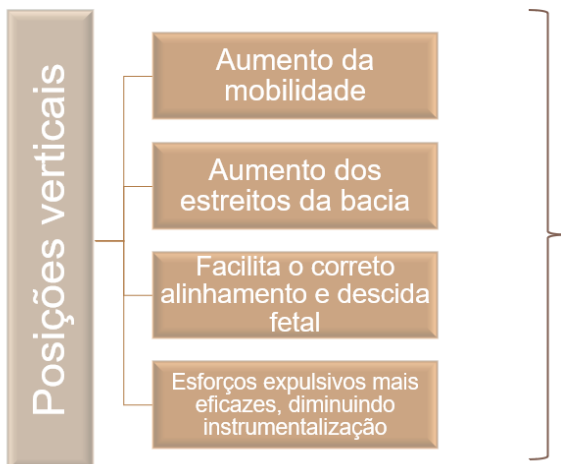


## CTG (cardiotocografia) sem fios

- Monitorização da frequência cardíaca fetal (FCF);
- Monitorização das contrações uterinas;

❖ **Permite maior mobilidade e liberdade de movimentos à grávida/parturiente.**

## Verticalização do trabalho de parto e parto/Posições a adotar

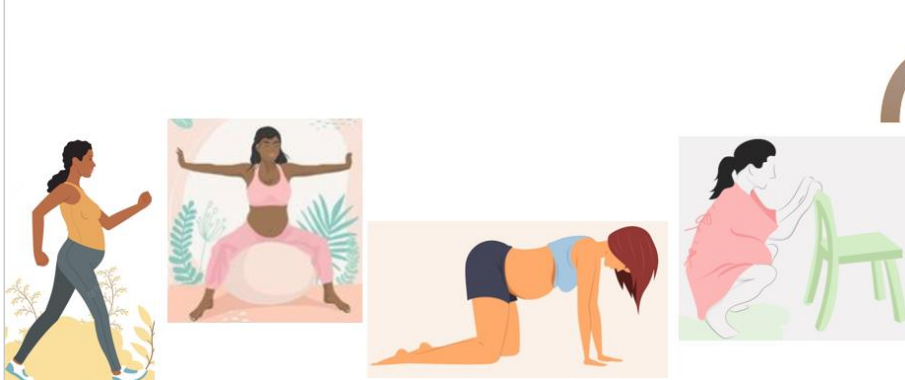


❖ **Diminuição da dor materna, maior colaboração no parto, o que leva a experiências de parto mais positivas**

# REPOUSO VS MOBILIDADE



Posições de descanso a adotar durante a 1ª fase do TP



Posições de mobilidade durante a 1ª fase do TP



**Posições a adotar no período expulsivo (verticais)**



**De cócoras**



**4 apoios**



**Sentada**



**De pé**



## Posições a adotar no período expulsivo (horizontais)



Lateral



Horizontal



Não se esqueça, a parturiente é a protagonista!

## Plano de parto

- Documento escrito, elaborado antes do parto, na consulta de vigilância da gravidez e/ou aulas de preparação para o parto e parentalidade;
- Orientado pelo profissional de saúde que acompanha gravidez;
- Manifesta preferências da mulher/ casal;
- Permite que a mulher tenha um papel ativo no trabalho de parto;
- Deve ser flexível, uma vez que podem surgir complicações;
- Deve ser adaptado à realidade da instituição onde vai ocorrer o parto.

CENTRO HOSPITALAR BAIXO VOUGA

# PLANO DE NASCIMENTO



## IDENTIFICAÇÃO DA MULHER/CASAL

NOME:

N.º CC:  VALIDADE:  N.º UTENTE:

DATA PROVÁVEL DO PARTO:

LOCAL DE VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ:

VISITA AO BLOCO DE PARTOS: SIM  NÃO

LOCAL DE CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO:

ACOMPANHANTE:  CONTACTO:

SERVIÇO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

## PLANO DE NASCIMENTO

A equipa multidisciplinar do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CHBV, tem como principal objetivo a promoção de uma experiência positiva e o mais natural possível do trabalho de parto e parto, tornando-a harmoniosa, bem-sucedida e gratificante, não descurando a prevenção de complicações.

Importa salientar a natureza imprevisível do trabalho de parto, mesmo em condições de baixo risco, pelo que pode ser necessário adaptar o plano em conformidade com a avaliação da situação clínica. Esta situação será acompanhada por profissionais de saúde especializados.

Implementamos assim o plano de nascimento para que o casal/família após reflexão e esclarecimento das suas dúvidas/questões o preencha e entregue à equipa no dia do seu internamento.

### 1 - Acompanhamento: participação do futuro pai e/ou outra pessoa significativa

Durante o trabalho de parto pretende estar acompanhada. Sim  Não  Indiferente

Em situações de cesarianas, de acordo com as condições no momento, desejo ter acompanhante. Sim  Não  Indiferente

### 2 - Privacidade

Considerando o direito à privacidade da mulher poderão estar presentes estudantes em formação. Vamos garantir que esteja presente o número mínimo de pessoas. A segurança da grávida e do bebé serão sempre a prioridade e todos os atos realizados por profissionais ou estudantes em formação serão sempre supervisionados.

Aceito a presença de estudantes em formação? Sim  Não  Indiferente

### Observações

### 3 - Informação

Durante o trabalho de parto, por uma questão de garantir a segurança e de modo a salvaguardar a saúde da mulher e do bebé existem algumas práticas sistemáticas, entre as quais:

- Colocação de um acesso venoso periférico (cateter no braço) e soro.
- Na enfermaria: monitorização intermitente dos batimentos cardíacos do bebé e contratilidade uterina (cardiotocografia).
- Na sala de partos: monitorização contínua dos batimentos cardíacos do bebé e contratilidade uterina (cardiotocografia).
- O uso de medicação tal como antibióticos, indutores de trabalho de parto e outros, será determinado de acordo com a condição clínica. A medicação será devidamente explicada.
- Administração de ocitocina se necessário durante o trabalho de parto e por rotina após o parto para prevenção da hemorragia.
- Administração da vitamina K ao bebé imediatamente após o nascimento, conforme protocolo pediátrico.

### 4 - Controlo da dor

Pretendo usar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como:

- o Liberdade de movimentos Sim  Não  Indiferente
- o Respiração e técnica de relaxamento Sim  Não  Indiferente
- o Musicoterapia Sim  Não  Indiferente
- o Bola de pilates Sim  Não  Indiferente
- o Massagens Sim  Não  Indiferente
- o Banho de relaxamento (apenas disponível na enfermaria) Sim  Não  Indiferente

Pretendo analgesia epidural, por minha solicitação, no momento desejado e se tiver condições clínicas para tal (apenas na sala de partos). Sim  Não

### Observações

### 5 - Trabalho de parto (período de dilatação)

O período de dilatação poderá ser realizado em parte na enfermaria e em parte na sala de partos. Dentro do possível, o ambiente será calmo e tranquilo.

Durante este período, o toque vaginal é um meio fundamental de obter informação sobre a evolução do trabalho de parto e de tomada de decisão no decurso do processo. É reduzido ao estritamente necessário e a sua realização obedece ao esclarecimento prévio da parturiente.

De acordo com as condições atualmente disponíveis e em função da técnica de controlo da dor utilizada, a liberdade de movimentos na sala de partos pode estar limitada.

Na fase de trabalho de parto:

- Aceito administração de microclister Sim  Não  Indiferente
- Aceito realização de triclotomia Sim  Não  Indiferente
- Pretendo usar roupa pessoal Sim  Não  Indiferente
- Pretendo ter liberdade de movimentos Sim  Não  Indiferente
- Pretendo ingerir água, chá açucarado e/ou líquidos isotónicos, gelatina na sala de partos Sim  Não  Indiferente
- Pretendo estar sempre deitada Sim  Não  Indiferente
- Pretendo que uma eventual rutura artificial de bolsa de águas ocorra apenas em situação de necessidade e com o meu prévio consentimento Sim  Não  Indiferente

### Observações

### 6 - Período expulsivo

Durante este período a existência de intercorrências poderá limitar a liberdade de movimento/posição a adotar no momento do nascimento.

Em determinadas situações, com indicações médicas precisas, poderá ser necessário recorrer ao parto instrumental (com ventosa ou fórceps).

A episiotomia será realizada de forma muito criteriosa pelo profissional de saúde, quando se prevê que a lesão decorrente da sua não realização provocará perda de qualidade de vida para a mãe ou para o bebé.

Será sempre informada destes procedimentos pelo profissional de saúde que a acompanha.

Nesta fase do trabalho de parto:

- Pretendo escolher a posição a adotar durante o período expulsivo Sim  Não  Indiferente
- Pretendo iniciar esforços expulsivos apenas quando sentir necessidade Sim  Não  Indiferente

### Observações

### 7 - Nascimento

- Pretendo, caso não haja contra-indicações, que seja realizada a clampagem tardia do cordão umbilical Sim  Não  Indiferente
- Pretendo, caso não haja contra-indicações, que seja eu ou o meu acompanhante a proceder ao corte do cordão umbilical Sim  Não  Indiferente
- Desejo fazer contacto pele-a-pele com o bebé Sim  Não  Indiferente
- Em caso de impossibilidade de o fazer, desejo que o contacto pele-a-pele seja realizado com o meu acompanhante Sim  Não  Indiferente
- Pretendo a realização de fotografias após o nascimento Sim  Não  Indiferente
- No caso de cesariana desejo fazer o contacto pele-a-pele com o bebé, mesmo que por alguns minutos Sim  Não  Indiferente

### Observações

### 8- Aleitamento

Como pretende alimentar o seu bebé? Leite materno  Leite adaptado  Indiferente

No caso de aleitamento materno:

- Pretendo iniciar a amamentação na primeira hora de vida  Sim  Não  Indiferente
- Pretendo apoio para estimulação e extração precoce de leite materno, caso haja necessidade de afastamento temporário do bebé  Sim  Não  Indiferente

Observações

---

### 9- Pós-parto

Muito importante é manter o bebé junto da mãe na enfermaria. A equipa de enfermagem irá apoiar a mãe e pai/acompanhante na prestação de cuidados através de ensinamentos relativos ao banho, amamentação, vacinação, segurança do bebé e transporte, pós-parto e outros (...) assim como no acompanhamento dos protocolos do serviço (rastreamento auditivo, rastreio de cardiopatias congénitas).

- Pretendo beneficiar da presença do pai/acompanhante na Sala de Partos/Recobro após o nascimento do bebé (2horas)  Sim  Não  Indiferente
- Pretendo receber informação e estar presente nos procedimentos a realizar ao bebé  Sim  Não  Indiferente
- Pretendo participar no primeiro banho do bebé com o meu acompanhante  Sim  Não  Indiferente
- Pretendo frequentar as aulas de recuperação Pós-Parto?  Sim  Não

Observações

---

### 10- Avaliação do plano de nascimento

Todos os projetos e procedimentos deverão ser avaliados para que possam ser ajustados e/ou melhorados. Como tal, pedimos a sua avaliação relativamente a este documento:

Pouco útil  Útil  Muito útil

### Outras expectativas não mencionadas

Tomarei conhecimento de todas as informações necessárias ao preenchimento do presente documento.

Declaro/amos que são exatas e completas as informações por mim/nós aqui prestadas, no que respeita aos cuidados de saúde e aos procedimentos que desejo/amos receber, que me/nos são indiferentes ou que não desejo/amos receber antes, durante e após o parto.

Posso/podemos em qualquer altura, mesmo em trabalho de parto, modificar as preferências manifestadas previamente neste plano.

Mais declaro/amos estar/mos ciente/s de que a concretização das intenções expressas neste documento estará dependente, no todo ou na parte, da evolução clínica do processo de trabalho de parto, parto e pós parto, assim como de constrangimentos logísticos que possam estar presentes ou vir a ocorrer na instituição de saúde.

Data / /

Assinatura/s (conforme documento de identificação civil)



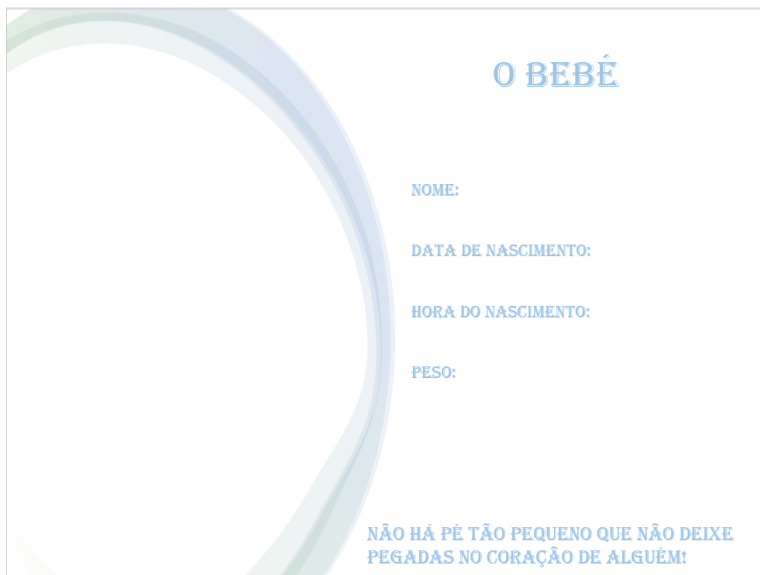
Baseado no modelo de plano de nascimento da DGS





## Apêndice III

### Cartão lembrança do bebê



**O BEBÊ**

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

HORA DO NASCIMENTO:

PESO:

NÃO HÁ PÉ TÃO PEQUENO QUE NÃO DEIXE  
PEGADAS NO CORAÇÃO DE ALGUÉM!



**O BEBÊ**

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

HORA DO NASCIMENTO:

PESO:

NÃO HÁ PÉ TÃO PEQUENO QUE NÃO DEIXE  
PEGADAS NO CORAÇÃO DE ALGUÉM!



NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

HORA DE NASCIMENTO:

PESO:

NÃO HÁ PÉ TÃO PEQUENO QUE NÃO  
DEIXE PEGADAS NO CORAÇÃO DE  
ALGUÉM!



NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

HORA DE NASCIMENTO:


PESO:

NÃO HÁ PÉ TÃO PEQUENO QUE NÃO  
DEIXE PEGADAS NO CORAÇÃO DE  
ALGUÉM!

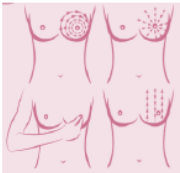
## Apêndice IV

### Panfleto

**Posições para observar a sua mama**



**Como fazer a palpação da sua mama**



Com as polpas dos dedos deve palpar toda a mama de forma sistematizada, não esquecendo a região axilar. Não se esqueça de fazer expressão do mamilo.

**Esteja atenta!**


- Mesmo após a cirurgia, mantenha a observação e vigilância da sua mama.

Se tiver alguma dúvida:


- Esclareça junto de um Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica;
- Contacte o seu médico
- Contacte o centro de saúde local.

ESSV

Daniela Tojal



**Cuidados após cirurgia da mama**



**CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTÓNIO**

**Cuidados após a cirurgia**

- ◊ Tome analgésico e anti-inflamatório prescrito em caso de dores;
- ◊ Esteja atenta a sinais de alerta, como febre, dor forte, vermelhidão ou inchaço no local da ferida ou do membro operado;
- ◊ Use roupas largas para promover a circulação, assim como um sutiã confortável, com alças largas, para aumentar o suporte;
- ◊ Mantenha sempre o membro do lado da cirurgia mais elevado, de modo a prevenir o linfedema.
- ◊ Não pegue em peso, não conduza e não faça atividade física até à consulta médica pós-operatória;
- ◊ Não exponha a pele ao sol ou outras fontes de calor;
- ◊ Não use acessórios apertados (como pulseiras, anéis ou relógios) no membro do lado da cirurgia;
- ◊ Não deve realizar procedimentos, como medição da pressão arterial, punções ou colheitas de sangue, do lado da cirurgia;

**Cuidados com o dreno**

◊ É importante manter o vácuo do dreno para permitir a eliminação de fluidos.

1. Abra o reservatório puxando a patilha (identificada na imagem);
2. Contabilize o líquido com o reservatório na vertical, medindo o conteúdo na escala lateral (registre o valor);
3. Observe as características do líquido drenado (deve ser avermelhado e ir ficando mais claro);
4. Esvazie o líquido;
5. Coloque os polegares na parte lateral (como ilustrado no reservatório) e faça pressão até ouvir um estalido;
6. Feche a patilha;
7. Coloque o polegar na parte inferior do reservatório e faça pressão até ouvir um estalido;



Fonte: <https://spoonedika.ru/catalog/reservuar-j-vas-300-ml-product>

**Exercícios a realizar após a cirurgia**

◊ Os exercícios pretendem promover a circulação do membro do lado da cirurgia, prevenindo o edema.

1. Levante os ombros e deixe cair devagar.
  - ◊ Rode os ombros para trás e para a frente.
2. Sentada, levante o braço do lado operado até à altura do ombro e baixe-o. Repita.
3. Sentada, coloque os braços no colo e levante-os abrinho e fechando as mãos.
4. Coloque-se de pé, em frente à parede e levante e baixe os braços, em simultâneo ou alternadamente.
5. Afaste os pés à largura dos ombros. Com uma toalha no meio das mãos, levante e baixe os braços.
6. Toque com o braço do lado operado na orelha oposta. Repita para o outro lado.
7. Cruze os braços nas costas, puxe os ombros para trás e projete o peito para a frente. Respire e relaxe!



## **Apêndice V**

### **Consentimento informado, livre e esclarecido**

#### **Informação à participante**

Exma. Senhora,

Eu, Daniela Filipa de Almeida Tojal, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia – 7ª Edição, da Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, no âmbito da unidade Curricular de Estágio com Relatório Final, encontro-me a realizar um estudo de investigação com o tema “Motivação das puérperas para a amamentação no momento da alta hospitalar”, cujo objetivo principal é “Avaliar a motivação das puérperas para amamentar no momento da alta hospitalar”.

A investigação contribui para incrementar o conhecimento relativo à motivação para a amamentação, analisando fatores que a podem condicionar. Neste estudo, solicito que preencha um questionário que permite colher dados sociodemográficos, obstétricos e de suporte social e recursos. É ainda incluído o preenchimento da escala de motivação para a amamentação e da escala de Edimburgo (que avalia o risco de depressão pós-parto). Os dados obtidos através do questionário serão inseridos num programa de análise estatística e serão codificados, de modo que a sua privacidade e confidencialidade fiquem asseguradas. Após a conclusão, apresentação e defesa do estudo, os dados obtidos serão imediatamente destruídos. Caso pretenda, pode ter acesso aos dados da investigação após a sua publicação.

A sua participação no presente estudo não prevê danos, sendo de salientar que a sua participação é de carácter voluntário, pelo que pode recusar participar no início ou em qualquer fase do preenchimento do questionário, sem qualquer dano inerente. Não está associado nenhum custo inerente à participação no estudo.

Os dados serão imediatamente destruídos após a sua publicação e apresentação. Em nenhuma publicação figuram nomes. Assegura-se que estes procedimentos estão em conformidade com a legislação nacional e da EU em vigor (Lei nº 58/2019, Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08; e Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados). Este estudo dá cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD), garantindo a segurança, o anonimato e a confidencialidade dos dados facultados pelos participantes em todas as fases do processo

Assim sendo,

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, declaro que recebi a informação necessária, que fiquei esclarecida e que aceito participar no estudo.

Data:

Nome:

---

Assinatura do participante:

---

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida.

Nome dos investigadores:

Paula Alexandra Andrade Batista Nelas (Orientadora)

Daniela Filipa de Almeida Tojal

Assinatura

---

Contacto em caso de dúvida ou necessidade de esclarecimento adicional:

- Daniela Filipa de Almeida Tojal. Telem. 916558860; dany\_tojal@hotmail.com



Reunião da C.A. N.º <u>183</u> de <u>21/12/2023</u>	
Deliberação: <u>Autorizado</u>	
<u>Margarida França</u> (Presidente do C. A.)	
<u>Alves</u> (Vogal do C.A.) (Diretor Clínico)	<u>[Signature]</u> (Vogal do C.A.) (Enfermeira Diretora)

35

Exmª senhora

Drª Margarida França

Presidente do Conselho De Administração do CHBV

**Assunto:** Deliberação da Comissão de Ética para a Saúde sobre o "Motivação das puérperas para a amamentação no momento da alta hospitalar" - **Estudo Nº 22-02-2023/CES do CHBV.**

O Investigador principal: Drª. Daniela Tojal

O Estudo tem a autorização da Diretor do serviço De Obstetria e Ginecologia.

Cumpra informar Vossa Exª que a Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar Baixo Vouga reuniu com a presença da maioria dos seus membros, e após análise do projeto mencionado em epígrafe, a CES entende considerar não haver qualquer impedimento ético com base na informação prestada, pelo que emitiu parecer favorável à sua realização.

Aveiro, 21 de Dezembro de 2023

A Comissão de Ética

(Presidente da CES)

Dr. António Marieiro

## Apêndice VII

### Questionário de Investigação

#### 1ª Parte: Caracterização sociodemográfica

1. Idade \_\_\_\_\_
  
2. Habilitações literárias
  - 2º ciclo
  - 3º ciclo
  - Secundário
  - Universitário
  - Outro
  
3. Profissão \_\_\_\_\_
  
4. Estado civil
  - Solteira/Divorciada
  - Casada/União de facto
  - Outro

#### 2ª Parte: Caracterização do Suporte e Recursos

5. Que recursos considera importantes após a alta? (pode assinalar mais do que um suporte ou recurso)
  - Acompanhamento enfermagem
  - Acompanhamento médico
  - Suporte para a amamentação
  - Apoio psicológico
  - Grupos de apoio para mães
  - Assistência domiciliar
  - Outro. Qual? \_\_\_\_\_
  
6. Tem acesso fácil a estes recursos, caso necessite?

- Sim
- Não

7. Qual considera ser o de mais fácil acesso? \_\_\_\_\_

8. Qual considera ser o de mais difícil acesso? \_\_\_\_\_

9. Sente-se apoiada nas suas necessidades enquanto puérpera?

- Sim
- Não

10. Quando regressar a casa, vai ter apoio de alguém nas tarefas domésticas?

- Sim
- Não

10.1 Se sim, por quem? \_\_\_\_\_

11. Quando regressar a casa, vai ter apoio para cuidar do seu bebé?

- Sim
- Não

11.1 Se sim, por quem? \_\_\_\_\_

### 3ª Parte: Caraterização Obstétrica

12. Número de gestações \_\_\_\_\_

13. Número de filhos \_\_\_\_\_

13.1 Se já tem filhos, amamentou-os?

- Sim
- Não

13.1.1 Se sim, amamentou durante quanto tempo?

---

13.1.2 Amamentou em exclusivo durante quanto tempo?

---

13.1.3 Se não amamentou qual o motivo?

---

**Dados da gravidez e parto atual**

14. Frequentou algum Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade?

- Sim
- Não

14.1 Se sim, onde realizou o programa?

- Centro de Saúde
- Hospital
- Outro. Onde? \_\_\_\_\_

15. Neste programa, teve informação sobre a amamentação?

- Sim
- Não

15.1 Se sim, a informação foi relativa a (pode assinalar mais que uma quadrícula):

- Importância/benefícios da amamentação
- Recomendações da OMS para o aleitamento materno exclusivo
- Recomendação da duração do aleitamento materno exclusivo
- Dificuldades associadas ao aleitamento materno
- Prevenção das dificuldades/complicações associadas ao aleitamento materno
- Extração e conservação do leite materno
- Locais onde se pode dirigir para receber apoio quanto ao aleitamento materno
- Identificação dos sinais de fome do recém-nascido
- Sinais de que o bebé está a fazer uma boa pega
- Frequência das mamadas
- Ambientes de conforto para amamentar
- Importância de estratégias que motivem para a amamentação
- Importância do suporte familiar para a promoção do aleitamento materno
- Importância de se sentir disponível emocionalmente/afetivamente para amamentar

16. Caso não tenha tido acesso a esta informação nos Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade, procurou esta informação?

- Sim

- Não

16.1 Se sim, onde procurou a informação?

- Internet
- Enfermeiro
- Médico
- Familiar
- Amigas
- Outro. Quem? \_\_\_\_\_

17. Durante o internamento neste serviço, foi informada sobre aspetos relativos à amamentação?

- Sim
- Não

17.1 Se sim, quem lhe forneceu essa informação?

- Enfermeiro
- Médico
- Outro

17.2 A informação disponibilizada foi relativa a (pode assinalar mais que uma quadrícula):

- Importância/benefícios da amamentação
- Recomendações da OMS para o aleitamento materno exclusivo
- Recomendação da duração do aleitamento materno exclusivo
- Dificuldades associadas ao aleitamento materno
- Prevenção das dificuldades/complicações associadas ao aleitamento materno
- Extração e conservação do leite materno
- Locais onde se pode dirigir para receber apoio quanto ao aleitamento materno
- Identificação dos sinais de fome do recém-nascido
- Sinais de que o bebé está a fazer uma boa pega
- Frequência das mamadas
- Ambientes de conforto para amamentar
- Importância de estratégias que motivem para a amamentação
- Importância do suporte familiar para a promoção do aleitamento materno
- Importância de se sentir disponível emocionalmente/afetivamente para amamentar

#### 4ª Parte: Escala da motivação para a amamentação

Preencha com uma cruz, de 1 a 5, tendo em conta que 1 corresponde a muito pouco motivada e 5 corresponde a muito motivada.

	1	2	3	4	5
Durante a gravidez, penso amamentar					
O dar a mama ajuda o corpo a retomar as formas normais					
Durante a gravidez conversei com o pai sobre a criança e o aleitamento materno					
Irei amamentar o meu filho apesar de alguns sacrifícios					
Durante a gravidez o pai acompanha-me nas consultas pré-natais					
Sinto que vou proteger o meu filho por o amamentar					
Enquanto o meu bebé mamar sentir-me-ei plenamente feliz					
Sei o que é o colostro					
Ao dar de mamar há estimulação da produção de leite					
Ao dar de mamar diminui o risco de hemorragia pós-parto					
Enquanto amamentar irei sentir-me mais próxima do meu filho					
Sinto que viverei a maternidade em pleno por amamentar					
Tem-me sido dada informação suficiente pelos técnicos de saúde acerca do aleitamento materno					
Sempre que tenho dúvidas sei que posso recorrer aos técnicos de saúde					
Penso que o meu bebé será o mais bonito do mundo					
O meu leite vai proporcionar ao bebé água em quantidade suficiente					
Por amamentar, o meu bebé irá ter digestões mais fáceis					
O meu leite vai fornecer mais nutrientes ao meu bebé que os leites artificiais					
O facto de amamentar vai proteger a mim e ao bebe de algumas doenças					
Os bebés amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento					
Ao amamentar o bebé irei contribuir para o bem-estar da minha família					
Se ocorrer alguma situação que me impeça de amamentar, conheço outras alternativas					

**5ª Parte: Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS)**

Faça um círculo em volta da letra que mais se adequa aos seus sentimentos neste momento.

**Nos últimos 7 dias:**

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.

- a. Tanto como dantes
- b. Menos do que antes
- c. Muito menos do que antes
- d. Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro.

- a. Tanta como sempre tive
- b. Menos do que costumava ter
- c. Muito menos do que costumava ter
- d. Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.

- a. Sim, a maioria das vezes
- b. Sim, algumas vezes
- c. Raramente
- d. Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

- a. Não, nunca
- b. Quase nunca
- c. Sim, por vezes
- d. Sim, muitas vezes

**5.** Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

- a. Sim, muitas vezes
- b. Sim, por vezes
- c. Não, raramente
- d. Não, nunca

**6.** Tenho sentido que são coisas demais para mim.

- a. Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
- b. Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
- c. Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- d. Não, resolvo-as tão bem como antes

**7.** Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

- a. Sim, quase sempre
- b. Sim, por vezes
- c. Raramente
- d. Não, nunca

**8.** Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

- a. Sim, quase sempre
- b. Sim, muitas vezes

- c. Raramente
- d. Não, nunca

**9.** Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

- a. Sim, quase sempre
- b. Sim, muitas vezes
- c. Só às vezes
- d. Não, nunca

**10.** Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

- a. Sim, muitas vezes
- b. Por vezes
- c. Muito raramente
- d. Nunca

Grata pela sua colaboração;

Os investigadores

Paula Nelas e Daniela Tojal

## Apêndice VIII

### Projeto Comissão de ética

#### PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/ SINOPSE DO ESTUDO

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia e 12º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Escola Superior de Saúde de Viseu, inserido na Unidade Curricular de Estágio com Relatório Final, eu, Daniela Filipa de Almeida Tojal, sob orientação da Professora Doutora Paula Alexandra Andrade Batista Nelas, encontro-me a realizar um estudo de investigação subordinado ao tema “Motivação das puérperas para a amamentação no momento da alta hospitalar”. É objetivo geral deste estudo “Avaliar a motivação das puérperas para amamentar no momento da alta hospitalar” e objetivos específicos “Analisar de que forma as variáveis sociodemográficas (idade, habilitações literárias, profissão e estado civil) influenciam a motivação para a amamentação”; “Avaliar de que forma o suporte e recursos da puérpera influenciam a motivação para amamentar”; “Verificar se as variáveis de contexto obstétrico (número de gestações, número de filhos, assiduidade a programas de preparação para o parto e parentalidade e internamento atual) influenciam a motivação para amamentar”; “Verificar se o risco de depressão pós-parto influencia a motivação para amamentar”.

#### Justificação do estudo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida do bebé, sendo depois um complemento à introdução da diversidade alimentar até aos 2 anos de idade. Apesar dos inúmeros estudos que comprovam os benefícios do leite materno, as taxas de aleitamento materno exclusivo ainda ficam aquém do esperado. Por esta razão, a OMS estabeleceu como objetivo aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade para 50% até 2025 (OPAS, 2017).

As intervenções que contribuem para o sucesso da amamentação devem ser precoces, de modo a auxiliar a mulher a ultrapassar dificuldades, criando estratégias que facilitem o processo de amamentação, de modo que se sintam capazes e realizadas.

Sabe-se que a motivação para a amamentação depende de inúmeros fatores, pelo que os profissionais envolvidos na promoção, proteção e apoio à amamentação devem associar esforços para o seu sucesso. Assim, tendo em consideração estes pressupostos iremos desenvolver um estudo que analisa o impacto do contexto sociodemográfico,

obstétrico, de suporte e recursos e o risco de depressão pós-parto na motivação para a amamentação no momento da alta hospitalar.

Escolhemos este momento para a colheita de dados, por existir literatura científica que reporta o período pós-parto como de mudanças significativas, que requer apoio e informação de modo a promover uma transição positiva para a parentalidade. De facto, a não existência de recursos, literacia e contextos favoráveis, pode comprometer a motivação para amamentar e não respeitar o preconizado pela OMS no que diz respeito às recomendações para o aleitamento materno exclusivo (Abreu et al, 2017).

#### Referências bibliográficas

Abreu, W., Figueiredo, M.C. & Martins, C. (2017). Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem. *Atas CIAIQ2017*. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/132797469.pdf>

Ferreira, M., Nelas, P., & Duarte, J. (2016). Motivação para o aleitamento materno: Variáveis Intervenientes. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (40), 23–38. Disponível em <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8217>

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2017). Bebés e mães em todo o mundo sofrem efeitos da falta de investimentos em amamentação. Disponível em <https://www.paho.org/pt/noticias/1-8-2017-bebes-e-maes-em-todo-mundo-sofrem-efeitos-da-falta-investimentos-em-amamentacao>

Pedro, I.M.S.C (2012). *Motivação da grávida para a amamentação e sua relação com variáveis sociodemográficas, obstétricas, autoestima da grávida e envolvimento paterno na gravidez*. [Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Disponível em [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiY14ffzsaBAxXUV6QEhdtwDRYQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fweb.esenfc.pt%2Fpav02%2Finclude%2Fdownload.php%3Fid\\_ficheiro%3D23931%26codigo%3D179&usg=AOvVaw0yY1BY2DG3jE5RGhxYVsTj&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiY14ffzsaBAxXUV6QEhdtwDRYQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fweb.esenfc.pt%2Fpav02%2Finclude%2Fdownload.php%3Fid_ficheiro%3D23931%26codigo%3D179&usg=AOvVaw0yY1BY2DG3jE5RGhxYVsTj&opi=89978449)

**Data prevista do início da recolha de dados:** Após parecer favorável da comissão de ética

**Data prevista do fim da recolha de dados:** 4 meses após aceitação do parecer da comissão de ética

## **Metodologia**

### **Tipo de estudo**

Estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional

### **Amostra populacional**

A amostra será constituída por puérperas internadas no serviço de puerpério do Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Prevê-se que a colheita de dados seja no dia da alta hospitalar, após informação prévia às participantes e o seu consentimento livre e esclarecido. O tipo de amostra será não probabilística por conveniência.

### **Critérios de inclusão/exclusão**

**Critérios de inclusão:** Puérperas que queiram participar livremente no estudo após informação sobre os objetivos do mesmo; puérperas que compreendam a língua portuguesa; puérperas que se encontrem no dia da alta hospitalar.

**Critérios de exclusão:** Puérperas que não saibam ler; puérperas que não compreendam a língua portuguesa; puérperas que tenham recusado participar no estudo; puérperas que não estejam a amamentar.

### **Instrumento(s) de recolha de dados**

Será utilizado um questionário ad hoc de caracterização sociodemográfica, de suporte e recursos e de caracterização obstétrica. Inclui ainda o preenchimento da escala de motivação para a amamentação, de Nelas et al (2008) e da escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS), de Cox et al (1987), com validação para língua portuguesa por Augusto et al (1996).

Os dados obtidos serão posteriormente introduzidos e analisados de forma codificada através do software SPSS.

O questionário a ser aplicado encontra-se em anexo a este documento.

Referências bibliográficas

- Augusto, A., Calheiros, J.M., Kumar, R., Matos, E. & Figueiredo, E. (1996). Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med*, 26 (1):135-41
- Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Edinburgh Postnatal Depression. *British Journal Of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Nelas, P.A, Ferreira, M. & Duarte, J.C. (2008). Motivação para a amamentação: construção de um instrumento de medida. *Revista referência*, II série, 6 (39-56). Disponível em <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/063956.pdf>

### **Garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados recolhidos**

Neste estudo será mantido o anonimato e garantida a confidencialidade dos dados, tendo em conta que a equipa de investigação assume, como sua obrigação e dever, o sigilo profissional. Os dados serão recolhidos através de respostas ao questionário de autopreenchimento, a ser disponibilizado individualmente, apelando-se às participantes que tenham preenchido o questionário que o entreguem. A recolha de dados segue a política estabelecida no Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Os dados serão imediatamente destruídos após a sua publicação e apresentação. Em nenhuma publicação figuram nomes. Assegura-se que estes procedimentos estão em conformidade com a legislação nacional e da EU em vigor (Lei nº 58/2019, Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08; e Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados).

### **Voluntariedade da participação**

As participantes irão assinar um consentimento informado, que se encontra anexo a este documento.

**Em caso de descobertas acidentais ou danos para os participantes que procedimentos estão previstos?**

Não estão previstas. Caso o participante sinta algum incómodo em responder ao questionário pode optar por não o fazer.

**Prevêm-se benefícios para os sujeitos da investigação? Quais?**

Contribuir para o conhecimento na área da motivação para a amamentação; Incentivar as participantes a refletir sobre o aleitamento materno.

**Prevêm-se riscos para os sujeitos da investigação? Quais?**

Atendendo aos objetivos delineados neste projeto, não se preveem riscos para os participantes, dada a natureza voluntária, confidencial e anónima do presente estudo.

**Existem custos de participação para os sujeitos da investigação? Quais serão as eventuais compensações?**

Não há lugar a custos nem a compensações.