



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação aos métodos modernos de planeamento familiar natural: uma revisão *scoping*

Vanessa Anjos da Silva Machado

Novembro de 2022



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação aos métodos modernos de planeamento familiar natural: uma revisão *scoping*

Vanessa Anjos da Silva Machado

Estágio com Relatório Final

6.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

11.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Paula Alexandra de Andrade Batista Nelas

Professor Doutor Eduardo Santos

Novembro de 2022

If it wasn't hard, everyone would do it.

The hard ... is what makes it great.

Jimmy Dugan, "A League of their Own"

Agradecimentos

Agradeço aos docentes da Escola Superior de Saúde de Viseu, em especial à minha orientadora Doutora Paula Nelas, à Coordenadora Doutora Manuela Ferreira e à Doutora Emília Coutinho, por todo o apoio, confiança e por aceitarem navegar comigo por mares pouco conhecidos. Ao Doutor Eduardo Santos, pela ajuda com a revisão scoping.

Aos meus orientadores clínicos, pelo acolhimento, pelos desafios e por me tratarem como colega, de igual para igual.

Aos meus Pais, que me põem em primeiro lugar, que dão a vida por mim, de quem aprendi o amor incondicional que, felizmente, tive o privilégio de testemunhar de forma tão especial em cada parto que assisti.

Ao meu irmão e restante família, por acreditarem sempre que posso ir mais longe e seguir os meus sonhos.

Aos meus amigos, que ajudaram nesta desafiante aventura de voltar a estudar, que se maravilharam com as minhas histórias e que me motivam a ser melhor pessoa e profissional.

A Ti, que és o Amor nascido duma mulher empoderada e empoderadora.

Resumo

A saúde materna e obstétrica é uma área de especialização de enfermagem. Para desenvolver as competências de enfermeiro especialista, o curso prevê uma parte teórica e prática, com requisitos europeus na assistência durante o trabalho de parto e parto. Mas esta especialidade é muito mais do que o parto, abrange toda a idade fértil da mulher e casal.

Os estágios ocorreram na Área Metropolitana de Lisboa, em diferentes contextos, desde os cuidados primários aos cuidados hospitalares, em ginecologia, saúde materno-fetal, sala de partos, puerpério, neonatologia. O relatório apresenta os objetivos delineados e a reflexão crítica das competências desenvolvidas.

Na componente de investigação, partindo da experiência profissional da estudante enquanto instrutora de um método moderno de planeamento familiar natural, optou-se por realizar uma revisão *scoping* sobre os conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros e médicos na área do planeamento familiar natural. Apesar da reduzida utilização destes métodos pelas mulheres em Portugal, tem havido crescente interesse em métodos sem efeitos secundários e que aumentem o autoconhecimento.

A revisão *scoping* identificou lacunas nos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde face aos métodos modernos de planeamento familiar natural. Não é possível concluir se a atitude dos profissionais influencia a baixa utilização das utentes ou se a baixa procura não motiva os profissionais a aprofundar e atualizar os conhecimentos nesta área. Há, no entanto, um desejo dos profissionais em receber formação nesta temática.

Palavras-chave: saúde feminina; ciclo menstrual; promoção da saúde; planeamento familiar natural; enfermagem.

Abstract

Maternal and obstetric health is an area of nursing specialization. To develop the skills of a specialist nurse, the course provides a theoretical and practical part, with European requirements in assistance during labor and delivery. But this specialty is much more than childbirth, it covers the entire fertile age of the woman and couple.

The internships took place in the Greater Lisbon area, in different settings, from primary care to hospital care, in gynaecology, maternal-fetal health, delivery room, puerperium, and neonatology. The report presents the objectives outlined and the critical reflection of the skills developed.

In the research component, based on the student's professional experience as an instructor of a modern method of natural family planning, it was decided to conduct a scoping review on the knowledge, attitudes and practices of nurses and physicians in the area of natural family planning. Despite the low use of these methods by women in Portugal, there has been growing interest in methods without side effects and that increase self-knowledge.

The scoping review identified gaps in the knowledge, attitudes, and practices of health professionals toward modern methods of natural family planning. It is not possible to conclude whether the attitude of the professionals influences the low utilization by the users or whether the low demand does not motivate the professionals to deepen and update their knowledge in this area. There is, however, a desire by professionals to receive training on this topic.

Keywords: women's health; menstrual cycle; health promotion; natural family planning; nursing; midwifery.

Sumário

Lista de tabelas

Lista de figuras

Lista de abreviaturas, siglas, acrónimos

Introdução	17
1 - Componente clínica.....	19
1.1 – Promoção da saúde da mulher.....	19
1.1.1 - Objetivos e atividades desenvolvidas	21
1.1.2 - Reflexão crítica.....	24
1.2 – Saúde Materno-fetal	27
1.2.1 – Objetivos e atividades desenvolvidas	27
1.2.2 – Reflexão crítica.....	30
1.3 – Enfermagem em Neonatologia.....	31
1.3.1 – Objetivos e atividades desenvolvidas	31
1.3.2 – Reflexão crítica.....	33
1.4 – Enfermagem em Puerpério	34
1.4.1 – Objetivos e atividades desenvolvidas	34
1.4.1 – Reflexão crítica.....	35
1.5 – Enfermagem em Ginecologia.....	36
1.5.1 – Objetivos e atividades desenvolvidas	37
1.5.2 – Reflexão crítica.....	38
1.6 – Enfermagem em Sala de Partos.....	39
1.6.1. – Objetivos e atividades desenvolvidas	39
1.6.2. – Reflexão crítica.....	42
Considerações finais.....	47

2 – Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação aos métodos modernos de planeamento familiar natural: uma revisão scoping	49
2.1 – Introdução	52
2.2 – Enquadramento teórico.....	56
2.3 – Métodos	62
2.4 – Resultados.....	69
2.5 – Discussão dos resultados	75
Conclusão	78
Referências bibliográficas	80
Apêndices	92

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Lista de palavras e truncaturas	63
Tabela 2 - Resultados por base de dados e fórmula de pesquisa.....	64
Tabela 3 - Critérios de inclusão e exclusão	67
Tabela 4 - Características dos estudos incluídos na revisão.....	70

Lista de figuras

Figura 1 – Métodos de planeamento familiar por níveis de eficácia.....	53
Figura 2 – <i>Flowchart</i> da seleção e processo de inclusão dos estudos.	69

Lista de abreviaturas, siglas, acrónimos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

CAP – Conhecimentos, atitudes e práticas

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

COVID19 – Corona Virus Disease 2019

CTG – Cardiotocógrafo

DGS – Direção Geral da Saúde

Enf. – Enfermeiro

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EESMOS – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica

JBI – The Joanna Briggs Institute

LAM – Método da Amenorreia Lactacional

MOB – Método de Ovulação de Billings

OMS – Organização Mundial de Saúde

PFN – Planeamento Familiar Natural

RN – Recém-nascido

SPC – Sociedade Portuguesa de Contraceção

TP – Trabalho de Parto

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

Introdução

Obstetrícia significa etimologicamente “estar com”. Estar com as adolescentes, estar com as grávidas, estar com as puérperas, estar com as mulheres com infertilidade e perda gestacional, estar com as mulheres em climatério. Estar com os fetos e com os recém-nascidos. Estar com a família e a comunidade. Este “estar com” foi desenvolvido ao longo dos diversos contextos de estágio deste curso.

A unidade curricular “Estágio com relatório final” do 11.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Viseu decorreu de 8 março de 2021 a 6 fevereiro de 2022, em contexto de cuidados de saúde primários e secundários, nomeadamente numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e vários hospitais, num total de 934 horas de contacto. Neste período, foi possível aprofundar e adquirir novas competências, previstas no regulamento do EESMO, nos cuidados a mulheres inseridas na família, através da mobilização de conhecimentos da fase teórica do curso. As principais competências desenvolvidas focaram-se no empoderamento feminino para a vivência das diferentes fases da sua vida, nomeadamente na promoção da fertilidade e autoconhecimento, na vivência da gravidez, preparação para o parto, parto e puerpério como principal autora desses processos, na aceitação de eventuais distúrbios de saúde, sem esquecer o reconhecimento do homem como recetor de cuidados de Enfermagem, no seu papel de utente, parental e de companheiro.

No contexto do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, a decorrer em simultâneo com o curso supracitado, foi necessário incluir uma componente de investigação. Partindo da experiência profissional da aluna como instrutora credenciada de métodos modernos de planeamento familiar natural (PFN) e pelo acolhimento do tema nos locais de estágio, foi desenvolvido um estudo sobre os métodos modernos de planeamento familiar natural. A metodologia usada foi uma revisão *scoping* da literatura sobre os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre os métodos modernos. O estudo teve como objetivo analisar/identificar os fatores que influenciam a disponibilização dos métodos naturais modernos pelos enfermeiros e médicos. De facto, várias instituições a nível

nacional e internacional preveem estes métodos como opção em planeamento familiar (Centers for Disease Control and Prevention, 2020; Direção Geral da Saúde, 2008; Organização Mundial da Saúde, 2018; Sociedade Portuguesa de Ginecologia & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2020), mas raramente constam dos currículos de Enfermagem e Medicina e, por isso, há poucos profissionais preparados para capacitar as mulheres/casais para uma utilização eficaz. No entanto, tendo em conta que o regulamento de competências refere que o EESMO “informa e orienta em matéria de planeamento familiar e preconcecional; promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde preconcecional, faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13561), o Enfermeiro deve disponibilizar todas as opções, em atenção à pluralidade dos utentes.

Este relatório tem como objetivos: a) descrever os contextos de estágio; b) explicar as competências de Enfermagem em saúde materna e obstétrica desenvolvidas; c) avaliar a concretização dos objetivos delineados em cada estágio; d) analisar e refletir sobre a experiência em estágio, em confronto com a evidência atual; e) apresentar a revisão *scoping* realizada.

O relatório final está dividido em 2 partes, componente clínica e componente de investigação.

1 - Componente clínica

Na evolução da Enfermagem ao longo dos tempos, a investigação e o ensino teórico têm tido cada vez mais importância. Se antigamente o ensino era apenas prático, hoje é claro que um equilíbrio entre a teoria e a prática traz mais ganhos em saúde aos utentes de quem cuidamos (Collière, 1999; Griggs et al., 2020). Neste sentido, no contexto da pós-licenciatura em saúde materna e obstétrica, o estágio constitui uma oportunidade ímpar para mobilização dos conhecimentos da fase teórica, desenvolvimento de pensamento crítico perante situações concretas, adaptação a novas realidades e, conseqüentemente, aquisição das competências previstas no regulamento da especialidade.

Para além das horas de estágio previstas, a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho transcrita para o direito português pela Lei 9/2009 de 4 de março exige experiências mínimas para a atribuição do título desta especialidade: consultas a 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 ter participado em mais de 20 partos; participação ativa 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 e puerpério; vigilância e prestação de cuidados, incluindo exames a 100 puérperas; vigilância e prestação de cuidados a 100 recém-nascidos (RN) normais.

Este capítulo é composto por 6 subcapítulos, um por cada contexto de estágio: promoção da saúde da mulher; saúde materno-fetal; neonatologia; ginecologia; puerpério; sala de partos. Em cada subcapítulo, apresenta-se a descrição do local de estágio, os objetivos delineados no projeto inicial, a avaliação da sua concretização e a reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas, suportada pela evidência científica.

1.1 – Promoção da saúde da mulher

A Unidade de Saúde Familiar Modelo B de um Agrupamento de Centros de Saúde da Área Metropolitana de Lisboa iniciou a sua atividade em novembro de 2014 e serve uma população de 13.371 utentes. É coordenada por duas Médicas Especialistas e uma Enf.^a Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). Em março de 2021, tinha 7 Médicos Especialistas (aguardavam a contratação de mais 1), 7 Enfermeiros (6 na unidade e 1 Enfermeira em funções a tempo inteiro na Task Force da vacinação contra a Covid19), 8 Médicos internos e 5 Secretários Clínicos.

De acordo com os estatutos, a sua missão é “responder às necessidades e expectativas das pessoas e famílias inscritas na USF, no âmbito dos cuidados de saúde primários e prestar estes cuidados visando alcançar o melhor nível de saúde e bem-estar da comunidade e dos utentes inscritos, através do envolvimento de todos”. A sua visão é que “a equipa assume-se como organização aprendente e inovadora, que valoriza, respeita e se compromete a promover, o máximo que for possível e adequado, a autonomia e a capacitação de cada pessoa no controle e na gestão da sua própria saúde e problemas de saúde. Os valores da equipa são “equidade, afetividade, inovação, eficiência, segurança, qualidade, solidariedade, respeito, transparência, autonomia, responsabilidade”.

Nos primeiros anos da USF, os cuidados de Enfermagem eram prestados por área de especialidade. A Unidade chegou mesmo a receber um Louvor da Direção Geral da Saúde por conseguir organizar-se de forma a potenciar a perícia de cada Enfermeiro. A coordenadora da equipa de Enfermagem tem especialidade em saúde materna e obstétrica, os restantes têm especialidade em Enfermagem comunitária, pediátrica e reabilitação. No entanto, a entrada de um novo sistema informático em 2019 obrigou à reorganização dos Enfermeiros por Médico de família, o que tem vantagens e desvantagens. Por um lado, surge a figura do Enfermeiro de família, que assim pode constatar as relações e interações intrafamiliares e a sua influência na saúde de cada membro. Por outro lado, a especialização numa área permite melhores cuidados baseados na evidência atualizada. Pontualmente, os Enfermeiros trocam os utentes entre si, como por exemplo, a EESMO atende as grávidas e o especialista em reabilitação cuida dos utentes mais idosos com outras necessidades.

O estágio de promoção da saúde da mulher decorreu ao longo de 9 turnos, de 8 de março a 24 de abril de 2021, orientado por uma EESMO.

1.1.1 - Objetivos e atividades desenvolvidas

De acordo com o guia orientador, o estágio tinha como objetivo geral desenvolver competências no cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planejamento familiar durante o período preconcepcional e gravidez, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planejadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade. Como objetivo específico, proporcionar experiências clínicas que possibilitem aos estudantes utilizar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas à prática de Enfermagem especializada no cuidar a mulher/grávida/família durante o ciclo reprodutivo, utilizando uma metodologia científica de trabalho.

Uma vez que, devido ao método de Enfermeiro de família, não foi possível estar apenas em consultas de planejamento familiar e saúde materna, foram definidos objetivos pessoais abrangentes.

Como objetivo geral 1, integrar a equipa de saúde da Unidade de Saúde Familiar. Como objetivos específicos: conhecer a Unidade de Saúde Familiar, a sua missão e organigrama, através da consulta de documentação escrita e diálogo com os profissionais; demonstrar disponibilidade para aprender e adquirir novas competências na área da saúde materna, obstétrica e ginecológica, através de uma atitude de acolhimento de novas experiências, quer seja em consulta, quer seja em reuniões de Enfermagem ou multidisciplinares; demonstrar disponibilidade para partilhar saberes e experiências na área do ciclo menstrual e planejamento familiar natural, através de apresentações, documentação escrita e emissão de juízos sobre situações concretas de utentes acompanhados pela equipa; demonstrar prontidão para ajudar a concretizar as necessidades da Unidade na área de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, elaborando folhetos ou outra documentação solicitada pelos profissionais.

Como objetivo geral 2, desenvolver competências na área do planejamento familiar e promoção da saúde feminina, desde a menarca à menopausa, e saúde masculina em idade reprodutiva. Como objetivos específicos: aprofundar conhecimentos sobre contraceção hormonal e dispositivos uterinos, as várias apresentações disponíveis, a sua aplicabilidade, mecanismo de ação e efeitos secundários, através da consulta de documentação atual da Direção Geral da Saúde e da partilha de experiências da Enfermeira orientadora; desenvolver a destreza manual na colocação e remoção dos dispositivos uterinos e subcutâneos, iniciando pelos modelos de treino, mas disponível para prestação de cuidados diretos aos utentes que tenham optado por estes métodos; prestar cuidados de Enfermagem na consulta de planejamento familiar

a utentes em idade reprodutiva, fornecendo as informações necessárias para uma tomada de decisão livre e informada e avaliando os conhecimentos prévios sobre o objetivo e mecanismo de ação do método escolhido; orientar consulta preconcepcional, para avaliação de comportamentos de saúde e preparação dos utentes para a fase de eventual gravidez; atender utentes com dificuldade em engravidar, para avaliar estilos de vida e capacitar para a identificação precisa da janela fértil e explicação do processo de conceção e implantação, em consulta; promover a saúde feminina e masculina de utentes em idade reprodutiva, em consulta, através da avaliação e transmissão de conhecimentos sobre fisiologia dos sistemas reprodutores, nomeadamente sobre o ciclo menstrual, assim como comportamentos de saúde com impacto na fertilidade feminina e masculina; promover a saúde em utentes em fase de transição para a menopausa, através da avaliação de sinais vitais e biometrias, avaliação de alterações físicas, esclarecimento de dúvidas e anseios, na consulta de Enfermagem; promover a saúde imunológica, através da técnica da vacinação, confirmando as condições necessárias para a administração e os cuidados e sinais de alerta pós-vacinação; desenvolver a destreza na realização de exames de rastreio do cancro do colo do útero, nomeadamente colpocitologia, colocando a utente no centro, através da preparação e explicação do exame, antes e ao longo do procedimento; demonstrar disponibilidade para atender casais interessados em utilizar métodos eficazes de planeamento familiar, seguidos pela USF, em consulta, através da promoção da auto-observação e registo do ciclo menstrual e identificação precisa dos dias férteis e inférteis; partilhar conhecimentos em planeamento familiar com a equipa de saúde, através de uma apresentação em reunião de equipa multidisciplinar e reunião de EESMOS do Agrupamento de Centros de Saúde.

Como objetivo geral 3, desenvolver competências no cuidado à mulher, inserida na família, na gravidez e na fase pós-parto. Para tal, definiu-se como objetivos específicos: prestar cuidados de Enfermagem à mulher grávida e companheiro/a, através da entrevista para colheita de dados, avaliação de sinais vitais e biometrias, partilha de conhecimentos sobre alterações e sinais de alerta expectáveis em cada trimestre, esclarecimento de dúvidas e acolhimento de receios; desenvolver a técnica de avaliação a altura do fundo uterino e da auscultação dos batimentos cardíacos fetais, pedindo sempre autorização à grávida; aprender a utilizar com domínio o Boletim de Saúde da Grávida, através da leitura e escrita durante as consultas; contabilizar a vigilância de grávidas em atenção aos mínimos exigidos pelo currículo internacional da especialidade; aprofundar conhecimentos da preparação para o parto, assistindo e participando nas sessões de Enfermagem de preparação para o parto (online e

presencial 1:1); promover uma vivência harmoniosa da fase pós-parto, através da preparação para esta fase e nas consultas pós-parto, avaliar o risco de depressão pós-parto, validar a mulher nas suas vivências fáceis e dolorosas, e esclarecer eventuais dúvidas; prestar cuidados de Enfermagem ao bebé recém-nascido, através da avaliação de biometrias, da alimentação, de sinais de saúde/alerta, registando no Boletim de Saúde Infantil; observar consultas de Enfermagem a mulheres lactantes e promoção do aleitamento materno, através da participação ativa; aprofundar conhecimentos sobre aleitamento materno, através da observação de consultas de Enfermagem a mulheres lactantes e leitura de documentação recomendada pela Enfermeira orientadora (Consultora de Lactação Certificada).

O objetivo geral 4 é basilar à prática de Enfermagem: desenvolver uma atitude empática, ética e inclusiva. Para tal, é necessário: respeitar a liberdade de escolha de cada utente e empoderá-lo para tomada de decisão livre e informada, seja em matéria de planeamento familiar, na escolha pelo tipo de parto, na opção por aleitamento materno ou não, nos seus estilos de vida, entre outros, através da disponibilização de informação inteligível e atualizada, validando a informação partilhada; respeitar os diferentes tipos de família, utilizando os termos escolhidos pelos próprios para os designar (duas mães, dois pais, parceiras, parceiros, etc.), com uma atitude de acolhimento e livre de juízos; reconhecer o homem com alvo dos cuidados de Enfermagem nas diferentes fases da idade reprodutiva, em consultas de planeamento familiar, em consultas de Enfermagem na gravidez e pós-parto, na preparação para o parto, envolvendo-o nas decisões e ajudando a adquirir um papel ativo nos papéis que vai tendo ao longo da vida.

Por fim, o objetivo geral 5, contribuir para a melhoria contínua dos cuidados, através dos objetivos específicos: elaborar registos de Enfermagem de todos os contactos com utentes, no sistema informático da instituição, incluindo sinais vitais e biometrias, procedimentos realizados, avaliação e partilha de conhecimentos, entre outros dados importantes na relação Enfermeiro-utente (escuta ativa, acolhimento de situações de luto ou outros tipos de sofrimento, partilha de experiências positivas, etc.), promovendo a visibilidade da Enfermagem; demonstrar atitude disponível para aceitar críticas e utilizá-las para melhorar a prática de Enfermagem, através do diálogo com a Enfermeira orientadora.

Os objetivos foram formulados após integração na Unidade, pelo que refletem, de certa forma, as atividades realizadas ao longo do estágio:

- participação em reuniões multidisciplinares;

- apresentação dos métodos modernos de planeamento familiar natural (1 sessão presencial com a equipa da USF e 1 sessão online com os EESMOS do ACES – Apêndice 1);
- observação e condução de consultas de vigilância de gravidez, que incluiu vacinação contra tosse convulsa (13);
- realização de consultas de planeamento familiar a adolescentes e mulheres adultas em diversas fases do ciclo reprodutivo (10);
- observação de consultas a recém-nascido e casal em fase de puerpério (3);
- observação de consultas de aleitamento materno (4);
- contacto telefónico a mulheres com colpocitologia em atraso (devido à falta de 1 Médico que se aposentou);
- observação e realização de colpocitologia (6 mulheres);
- participação em 2 sessões de curso de preparação para o parto e parentalidade (1 online, 1 presencial);
- elaboração de um folheto sobre métodos naturais para profissionais de saúde (Apêndice 2);
- elaboração de mini folheto a anexar ao boletim da grávida com dicas para desconfortos (Apêndice 3).

Ao longo dos 9 turnos, não houve colocação nem remoção de dispositivos contraceptivos, apesar da Enfermeira orientadora ter treinado a técnica com a aluna num modelo; não houve consultas de revisão de parto; não tivemos utentes em fase de preparação para a conceção, nem em fase de climatério. Portanto, os objetivos planeados para estas situações não foram aplicados por falta de oportunidade.

1.1.2 - Reflexão crítica

A promoção da saúde é uma pedra basilar da Enfermagem, uma vez que tem como objetivo capacitar a pessoa para ser autónoma na gestão da sua saúde e na tomada de decisão, para atingir o melhor nível de saúde possível (Gonzalo, 2021). Por isso, na realidade, os 6 estágios deste curso são contextos promotores da saúde da mulher. Mas é nos cuidados na comunidade que este conceito se aplica por excelência, por ser um nível de prevenção primária.

Tendo em conta que a minha experiência profissional principal foi em oncologia, este estágio foi muito importante para um primeiro contacto profissional com a saúde materna e

como início de estágio. Apesar de ter sido um estágio muito curto, a equipa fez-me sentir parte integrante e teve em conta a minha contribuição como se eu fosse da equipa. A confiança dos colegas é uma condição facilitadora da autoconfiança e uma motivação para a melhoria contínua.

A equipa valorizou muito a minha experiência no planeamento familiar natural, pedindo até que eu seguisse alguns casais em contexto de estágio e, posteriormente, em regime de voluntariado, uma vez que nenhum profissional se encontra credenciado para ensinar os casais a utilizar os métodos com eficácia. Em ambas as apresentações, houve profissionais que manifestaram interesse em fazer a formação para se tornarem instrutores e creio que este pode ser o primeiro ACES do país a disponibilizar métodos modernos de reconhecimento da fertilidade. Os Consensos de Contraceção de 2020 (Sociedade Portuguesa da Contraceção; Sociedade Portuguesa de Ginecologia; Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2020) referem esta opção como aplicável a alguns casos e, por isso, faz sentido que os profissionais disponibilizem esta opção.

Na minha prática atual, recebo apenas casais e mulheres que procuram concretamente métodos naturais. O contacto com utentes que querem outros métodos, mesmo quando eu incluía os métodos naturais como possibilidade, foi importante para desenvolver a atitude de respeito. O contraceptivo certo para cada utente é o que o próprio quiser, no seu exercício de autonomia e liberdade, desde que informada das várias opções, dos prós e contras de cada uma e dos possíveis efeitos secundários, mesmo que não seja o método de eleição do profissional de saúde (Barry & Edgman-Levitan, 2012; Dehlendorf et al., 2017). Senti que este foi um ponto crucial no meu amadurecimento profissional como futura especialista: “promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde preconcepcional” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Nas consultas de vigilância de gravidez, apesar de ser tudo muito novo, senti-me “em casa”. O meu objetivo era colocar a mulher no centro dos cuidados, avaliar o seu estado de aceitação da gravidez, o estado geral de saúde, sem esquecer o bem-estar fetal e observar, tanto quanto possível, a relação materno-fetal. Aprendi a avaliar o crescimento fetal através da avaliação da altura do fundo uterino e o bem-estar fetal através da auscultação do batimento cardíaco fetal com o doppler. Percebi que qualquer reação nossa durante estas avaliações pode ter um grande impacto na mulher, pelo que é crucial mantê-la informada a cada passo. Se o profissional tem um ar mais sério ou fica em silêncio, a mulher acha imediatamente que há algum problema com o bebé. Por isso, tentei manter um sorriso (apesar da máscara) e comentar

cada momento. Por exemplo, na avaliação com o doppler, mostrava à mãe os batimentos no visor e descansava-a que estava tudo dentro dos parâmetros normais. Pequenos pormenores que podem fazer toda a diferença. A saúde materna é importante não só para a própria mas também para a saúde fetal (Yılmaz et al., 2021).

Ainda no contexto da vigilância da gravidez, beneficiei da longa experiência da minha orientadora e aprendi estratégias muito práticas para lidar com os desconfortos da gravidez. Quando partilhei que tinha receio que as mulheres se esquecessem do que falámos, a Enfermeira confessou que estava há muito tempo para elaborar uns mini folhetos para agrafar ao Boletim de Saúde da Grávida, pelo que prontamente me ofereci para a tarefa (Apêndice 3).

As consultas de puerpério foram mais focadas nas dificuldades de amamentação e na avaliação do recém-nascido. Tivemos um caso exigente, com a bebé a aumentar pouco de peso e alguma pressão do pediatra para iniciar suplemento de leite artificial. A Enfermeira orientadora foi uma das primeiras consultoras de aleitamento materno portuguesa com certificação internacional (International Board Certified Lactation Consultant – IBCLC), pelo que tem muita experiência com casos desafiantes. A família veio de 2 em 2 dias à consulta e a Enfermeira valorizou cada ganho de peso. Corrigiu pequenos pormenores na pega e escutou a grávida quanto aos seus receios. Esta situação, entre outras, ajudou-me a ver a importância do Enfermeiro num processo que pode trazer tantos benefícios para o bebé, o apego, os anticorpos, a acessibilidade do alimento e como podemos fazer mesmo a diferença. Nunca desistir e valorizar os pequenos ganhos.

Na avaliação do recém-nascido, tive a possibilidade de avaliar o peso e o comprimento, fazer o registo no Livro de Saúde Infantil. Mas, mais do que biometrias, percebi que era um momento chave para escutar a mãe, a história do parto, perceber as dificuldades do puerpério, a privação de sono, a recuperação física e a relação com o bebé e com o pai. Foi possível aplicar a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo na gravidez e após o parto (Direção Geral da Saúde, 2005), de forma a prevenir o seu aparecimento ou referenciar para Psicologia.

Em relação à colpocitologia, de acordo com o “Consenso sobre infecção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo, vulva e vagina de 2014” (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014), a citologia é a melhor forma de rastreio para mulheres até aos 30 anos. Apesar de ter algum receio na técnica, por ser iniciante, apercebi-me que quanto mais informasse a mulher dos passos que estava a dar e promovesse a descontração, pedindo que fosse respirando com o abdómen, para relaxar, tanto mais fácil era a realização. Houve até uma utente que disse que foi a vez que lhe custou menos. Para além de estar com muito cuidado, o facto de ter 30 minutos

para cada utente ajudou a focar-me em cada uma delas e ouvir outras queixas ginecológicas que precisavam de atenção e referenciação médica, como previsto no regulamento de competências, “diagnostica e monitoriza afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

1.2 – Saúde Materno-fetal

Este estágio foi realizado no serviço de Saúde Materno-Fetal de um Hospital em Lisboa, com a duração de 5 semanas, de 26 de abril a 28 de maio de 2021, sob orientação de uma EESMO. O Diretor de serviço é um Médico Ginecologista-obstetra e o Enfermeiro Chefe é um Enfermeiro Especialista em Reabilitação. O espaço é partilhado com o serviço de ginecologia, mas as equipas de Enfermagem são distintas. A equipa de Enfermagem é composta apenas por EESMOS (8) e exerce funções em turnos de 12h. A equipa médica é composta por 2 Médicas especialistas e 3 Médicos internos. O serviço dispõe de 9 vagas para grávidas, 3 das quais em quartos individuais. O serviço tem como população-alvo grávidas com patologia mas também grávidas internadas apenas para indução de trabalho de parto, sem patologia. É um hospital público em Lisboa, mas recebe utentes de fora de Lisboa.

A missão é prestar uma assistência diferenciada e de qualidade a utentes com necessidades do foro ginecológico e obstétrico, nomeadamente grávidas com patologia e/ou durante o trabalho de parto, parto e puerpério, e aos recém-nascidos. Os valores dos profissionais são a humanização, a competência, o respeito pela dignidade individual, a ética profissional, o espírito de equipa, a valorização pessoal e a responsabilidade. O objetivo é garantir a excelência da qualidade dos cuidados de saúde prestados, a segurança e a satisfação dos utentes, promover o desenvolvimento profissional através da formação e da investigação e fomentar a satisfação dos profissionais.

1.2.1 – Objetivos e atividades desenvolvidas

Segundo o guia orientador de estágio, este estágio tinha como objetivo geral, que o estudante rastreie, encaminhe e cuide a grávida em situação de risco de forma a promover a saúde da mãe e do filho; e como específico, proporcionar experiências clínicas que possibilitem aos estudantes utilizar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas à prática de Enfermagem especializada no cuidar a grávida com patologia da gravidez, utilizando uma metodologia científica de trabalho.

Para tal, formularam-se 5 objetivos pessoais. Como objetivo geral 1, integrar a equipa de saúde do serviço de Medicina Materno-Fetal. Como específicos: conhecer o serviço, a sua

missão e organigrama, através da consulta de documentação escrita e diálogo com os profissionais; demonstrar disponibilidade para integrar a equipa, através de uma atitude de acolhimento de novas aprendizagens e experiências, quer na interação com Enfermeiros, quer a nível multidisciplinar; demonstrar disponibilidade para partilhar saberes e experiências na área do ciclo menstrual e planeamento familiar natural pós-parto, através de apresentações e documentação escrita; colaborar em cuidados multidisciplinares através da participação na visita Médica e na observação pelo Médico Ginecologista-Obstetra (toque vaginal para verificação do colo; indução com prostaglandinas ou exsudado vaginal para pesquisa de *Streptococcus* grupo B).

Como objetivo Geral 2, desenvolver competências na monitorização da gravidez através do registo cardiotocográfico (CTG). Como específicos: consultar linhas orientadoras atualizadas sobre cardiocografia, nomeadamente da ACOG (linha orientadora do Hospital); desenvolver a destreza manual na auscultação do foco fetal, quer através do cardiotocógrafo, quer através do doppler; esclarecer a grávida sobre o objetivo do registo, sobre eventuais alterações, com o cuidado de não alarmar perante a perda posicional de foco fetal; aprofundar conhecimentos sobre traçados não tranquilizantes, através da consulta de literatura, mas também no contacto com Enfermeira orientadora e outros EESMOS.

Como objetivo geral 3, desenvolver competências no cuidado à mulher em situação de risco. Como específicos: prestar cuidados de Enfermagem à mulher grávida em situação de risco internada no serviço, através da avaliação de sinais vitais, confirmação de movimentos fetais ativos, monitorização cardiotocográfica, partilha de conhecimentos sobre alterações e sinais de alerta a ter em conta, e esclarecimento de dúvidas; consultar o Boletim de Saúde da Grávida para colheita de dados (índice obstétrico, história pregressa, antecedentes pessoais e familiares); realizar a admissão de, pelo menos, 3 mulheres grávidas em situação de risco, com acolhimento ao serviço, colheita de dados inicial e esclarecimento de dúvidas; prestar cuidados a, pelo menos, 20 mulheres em situação de risco, durante a gravidez, em atenção aos mínimos exigidos pelo currículo internacional da especialidade; promover a preparação para o parto, independentemente da via de parto, principalmente a grávidas internadas que não tiveram a possibilidade de participar em programas de preparação para o parto; promover a ligação Mãe-feto, através da auscultação dos batimentos cardíacos, mas também perguntando pelo bebé através do nome escolhido pela mãe/pais; preparar um folheto para grávidas e companheiros sobre cuidados a ter em situações de gravidez de risco (pré-eclâmpsia e hemorragias vaginais)

para entrega no momento da alta hospitalar; preparar um folheto para grávidas e companheiros sobre métodos de planeamento familiar na fase pós-parto.

Como objetivo geral 4, desenvolver uma atitude empática, ética e inclusiva, nomeadamente respeitar a liberdade de escolha de cada utente e empoderá-lo para tomada de decisão livre e informada, seja na progressão ou interrupção da gravidez, na escolha pelo tipo de parto, em matéria de planeamento familiar pós-parto, entre outros, através da disponibilização de informação inteligível e atualizada, validando a informação partilhada.

Como objetivo geral 5, contribuir para a melhoria contínua dos cuidados. Como específicos: elaborar registos de Enfermagem de todos os contactos com utentes, no sistema informático da instituição, incluindo sinais vitais e biometrias, procedimentos realizados, avaliação e partilha de conhecimentos, entre outros dados importantes na relação Enfermeiro-utente (escuta ativa, acolhimento de situações de luto ou outros tipos de sofrimento, partilha de experiências positivas, etc.), promovendo a visibilidade da Enfermagem; demonstrar atitude disponível para aceitar críticas e utilizá-las para melhorar a prática de Enfermagem, através do diálogo com Enfermeira orientadora.

Durante este estágio, foi possível:

- vigilância de 29 grávidas com patologia materno-fetal;
- admissão e acolhimento ao serviço de 5 grávidas;
- aplicação do protocolo de ciclo de maturação pulmonar fetal e neuroproteção;
- iniciação ao registo cardiotocográfico;
- iniciação ao toque vaginal (4 toques);
- acompanhamento de grávidas em indução do trabalho de parto, com aplicação de métodos não farmacológicos de alívio da dor;
- educação para a saúde sobre preparação para o parto e parentalidade, individualizada a 3 grávidas com internamentos prolongados e com via de parto ainda em aberto;
- realização de uma sessão sobre planeamento familiar no pós-parto para a equipa de Enfermagem e Médica (Apêndice 4);
- elaboração de um cartaz para colocar nos quartos (Apêndice 5)
- elaboração de um folheto sobre planeamento familiar no pós-parto (Apêndice 6);
- iniciação ao sistema informático de registos “S-Clínico”.

1.2.2 – Reflexão crítica

A responsabilidade atribuída ao EESMO no serviço de medicina materno-fetal implicou alguma ansiedade no início do estágio, que foi desvanecendo com a prática do dia-a-dia e o apoio contínuo da equipa de Enfermagem.

O contexto é mais exigente e senti necessidade de estudar os protocolos das diversas situações patológicas que fui encontrando, como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, placenta prévia, hemorragias e ameaça de parto pré-termo. Percebi que o Enfermeiro tem de antecipar as situações, detetando precocemente qualquer alteração da saúde materno-fetal, através dos sinais vitais da grávida e do registo cardiotocográfico. Em relação a este último, o que tive mais dificuldade foi em identificar as situações não preocupantes, vulgo “artefacto”, como quando o bebé está a dormir ou uma desaceleração pontual por mudança de decúbito da mãe, entre outros motivos. Porque a tendência é sobrevalorizar qualquer alteração e essa gestão é desafiante. A norma seguida no hospital para interpretação do registo cardiotocográfico é a do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), que usa os termos categoria I para registos normais, categoria II para registos preocupantes e categoria III para registos graves (Santo et al., 2017). O conceito de CTG não tranquilizador não é usado neste serviço e não faz parte do acordo entre as principais organizações internacionais de Obstetrícia (idem).

Apesar do serviço ser muito focado na gravidez, senti necessidade de introduzir as grávidas ao conceito de preparação do parto, explicar como tudo acontece, a diferença entre as vias de parto, com cuidado para não exaltar demasiado o parto vaginal em atenção às utentes que já sabiam que seria cesariana, os métodos não farmacológicos de alívio da dor, as diferentes posições, o puerpério, a amamentação e a contraceção pós-parto. A equipa de Enfermagem acolheu muito bem esta iniciativa, apesar de não ser comum neste serviço.

Em relação às minhas propostas de atividades a desenvolver, o Enf.º Chefe preferiu que o serviço beneficiasse da minha experiência em métodos naturais e optou pela apresentação à Equipa e elaboração dos folhetos e poster, em vez do folheto sobre cuidados a ter em situações de gravidez de risco (pré-eclâmpsia e hemorragias vaginais) para entrega no momento da alta hospitalar. Além disso, a taxa de alta é baixa, pelo que seria um instrumento pouco utilizado.

Nos casos de indução de parto, apercebi-me que o medo pode de facto paralisar o processo. Tenho muito presente a história de uma senhora jovem com plano de parto. Tinha preparado tudo, estava combinado que o marido estaria presente, queria apenas métodos não farmacológicos de gestão da dor, queria música. Pela sua descrição, percebi que tinha sonhado

com o momento e pensado em tudo. Quando chegou o resultado do teste da COVID19, vinha com fraco positivo. Foi chamada a comissão de controlo de infeção e, apesar de ser fraco e provavelmente relacionado com uma infeção anterior, foi decidido que ela estaria sozinha na sala de partos. A senhora começou a chorar compulsivamente e, entretanto, desceu para o bloco de partos para ficar em isolamento. Entretanto, uma análise mais minuciosa mostrou que era da infeção antiga, mas mantiveram o isolamento. Por curiosidade, no dia seguinte, fui consultar o processo. Foi cesariana por falha de indução. Nunca saberei o motivo, mas fiquei muito sugestionada pela ebulição emocional a que a grávida foi submetida por força das circunstâncias. Segundo a literatura, o medo pode ser um fator inibidor da progressão do trabalho de parto (Rondung et al., 2019; Ternström et al., 2016).

No meio de tantas grávidas a lutar pela vida dos seus filhos, houve uma situação que me impressionou muito. Deu entrada uma utente para interrupção da gravidez por trissomia 21, por método químico. A senhora estava visivelmente com humor deprimido. Administrou o misoprostol vaginal e, após algumas horas, começou a sentir o feto a mexer. A expulsão fetal foi no bloco de partos. Perguntei se queria falar, disponibilizei-me para ficar na sala, para escutar. Mas ela preferiu ficar sozinha. Cada um decide como prefere viver os momentos difíceis e o profissional de saúde só tem de respeitar.

Em termos de organização dos cuidados, o único dissabor foi a abordagem ainda muito biomédica. Praticamente todos os processos são realizados pelos Médicos, a observação ginecológica, a indução, o toque vaginal. Creio que o serviço beneficiaria de uma maior autonomia por parte dos EESMOS.

1.3 – Enfermagem em Neonatologia

Este estágio foi realizado no Serviço de Neonatologia de um Hospital Central em Lisboa, de 28 de junho a 16 de julho de 2021, com a duração de 72h/9 turnos. O serviço é chefiado por uma Enfermeira Especialista em Pediatria e o Director de serviço é um Médico Pediatra. A Unidade de Cuidados Intensivos tem 6 vagas para incubadoras e o serviço de intermédios tem o mesmo número de vagas. O rácio é de 1:1 na Unidade e 4:1 nos intermédios. Esta Unidade é especializada em casos cirúrgicos, recebendo bebés de todo o país, com necessidade de cirurgia. O estágio foi orientado por uma Enf.^a Especialista em Pediatria.

1.3.1 – Objetivos e atividades desenvolvidas

Durante este estágio, segundo o guia orientador, pretende-se que o estudante desenvolva competências no cuidar o RN normal e de risco inserido na família e comunidade durante o

período neonatal, no sentido de potenciar a saúde do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à vida extrauterina e fomentando a vinculação afetiva. O objetivo específico é proporcionar experiências clínicas que possibilitem aos estudantes utilizar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas à prática especializada na área da Enfermagem de Neonatologia, utilizando uma metodologia científica de trabalho.

Planearam-se 4 objetivos. Como objetivo geral 1, integrar a equipa de saúde do serviço de Neonatologia. Como específicos, conhecer o serviço, a sua missão e organigrama, através da consulta de documentação escrita e diálogo com os profissionais; demonstrar disponibilidade para integrar a equipa, através de uma atitude de acolhimento de novas aprendizagens e experiências, quer na interação com Enfermeiros, quer a nível multidisciplinar.

Como objetivo geral 2, promover uma vinculação segura e adaptação à parentalidade. Como específicos, aprofundar conhecimentos sobre mecanismos de vinculação segura em ambiente de cuidados intensivos, através da consulta de bibliografia e diálogo com Enfermeiros da unidade; conhecer a massagem infantil e toque nutritivo como estratégias de promoção do contacto entre Pais e RN, através da pesquisa de bibliografia e diálogo com peritos; promover/facilitar o aleitamento materno, quando possível, e/ou extração e conservação do leite materno.

Como objetivo geral 3, desenvolver competências especializadas nos cuidados ao recém-nascido de risco. Os objetivos específicos: colaborar na prestação de cuidados a, pelo menos, 5 RN de risco; aprofundar conhecimentos sobre malformações em RN (as mais frequentes na unidade) e as intervenções de Enfermagem apropriadas a cada caso; dialogar com a orientadora sobre as estratégias utilizadas pela equipa para promover os cuidados centrados no desenvolvimento.

E, por último, desenvolver uma atitude empática, ética e inclusiva. Como objetivo específico: respeitar o nível de aceitação e envolvimento de cada Pai/Mãe face ao estado do seu RN, evitando juízos de valor, através do acolhimento e diálogo.

Devido ao elevado nível de complexidade deste serviço e por ter ficado com uma orientadora que era chefe de equipa e sempre escalada para a Unidade, o estágio foi de observação, maioritariamente. Foi possível interagir com alguns Pais, acolher o seu sentir na aceitação da situação, mas por causa das restrições relativas à pandemia COVID19, estavam menos presentes do que normalmente. Tive possibilidade de alimentar e administrar medicação a alguns bebés através de sonda, de preparar a alimentação parentérica, de aprofundar

conhecimentos sobre sucção não nutritiva e massagem infantil, atualmente suspensa devido à pandemia, e de ajudar uma mãe na adaptação à bomba de extração de leite.

1.3.2 – Reflexão crítica

O confronto com bebês doentes é importante na formação do EESMO, que normalmente cuida de bebês saudáveis, mas que “coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais” e “identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13563). Por um lado, é importante saber como intervir e cuidar destes bebês. Por outro, como criar uma relação de ajuda aos pais, no processo de aceitação e adaptação a esta realidade diferente, mas não necessariamente pior. Há Pais que conseguem mesmo identificar este momento como essencial para aprender a amar o outro em qualquer situação, conseguem enunciar uma série de competências desenvolvidas e a capacidade de manter uma visão otimista sobre a vida, mesmo na doença.

Deparei-me com patologias que desconhecia e malformações raras. Colaborei nos cuidados a: uma bebé com extrofia vesical e com malformação do sistema reprodutor e da anca; uma bebé com atresia do esófago; um bebé com atresia duodenal; um bebé com gastrosquisis; uma bebé com hérnia diafragmática; uma bebé com síndrome de Pierre Robin não detetado em diagnóstico pré-natal, entre outras situações dramáticas. A maior parte dos bebês sobrevive, mas o tratamento cirúrgico tem também o objetivo de proporcionar qualidade de vida, com a preocupação pelo desenvolvimento futuro. Há bebês que recuperam e conseguem crescer bem e ter uma vida normal. Há outros que têm um prognóstico pesado, mas não sabemos o que reserva o futuro. Dizem os colegas que já assistiram a verdadeiros milagres e têm algumas fotos de crianças na parede, para lembrar que o impossível acontece e que prognósticos não são diagnósticos.

Custou-me especialmente a ausência de visitas a alguns bebês em incubadoras, que choravam muito e que apetecia pegar ao colo, mas não era possível. Nesses casos, recorri à voz para acalmar o bebé, ao toque nutritivo e à sucção não nutritiva com sacarose, como previsto na norma de 2012 da DGS sobre a dor nos RN (Direção Geral da Saúde, 2012).

Também tive a possibilidade de refletir com a Enfermeira orientadora sobre os partos e que via de parto seria mais adequada a cada caso. Por exemplo, bebês com gastrosquisis diagnosticada beneficiam de nascer por parto vaginal, se não houver contra-indicação obstétrica (Friedman et al., 2016; Smyth et al., 2020).

1.4 – Enfermagem em Puerpério

O estágio de Enfermagem em Puerpério decorreu num Hospital Central em Lisboa, com a duração de 4 semanas, de 31 de maio a 25 de junho de 2021, sob orientação de uma ESMO.

O serviço é atualmente coordenado por uma ESMO, a desempenhar funções de chefia (por motivos de doença da Enfermeira Chefe). Em cada turno, um Enfermeiro fica responsável por 5 puerpéras, ou seja, 10 díades. O serviço tem 2 pisos, anteriormente divididos em puerpério eutócico/distócico e cesariana, mas atualmente misto. A estrutura física é semelhante nos 2 pisos, com um quarto com duas camas destinado a mães cujos bebés estão na Neonatologia e 3 quartos com 4 camas (anteriormente cada quarto tinha 8 camas). As mulheres com história de perda fetal ficam internadas na ginecologia, para terem menos contacto com RN.

1.4.1 – Objetivos e atividades desenvolvidas

O estágio de Enfermagem em Puerpério tem como objetivo geral que o estudante desenvolva competências no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Como objetivo específico, proporcionar experiências clínicas que possibilitem aos estudantes utilizar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas à prática de Enfermagem especializada no cuidar a puérpera/família durante o período puerperal, assim como ao recém-nascido normal e de risco.

Para atingir os objetivos supracitados, a aluna projetou 4 objetivos pessoais. Objetivo geral 1, integrar a equipa de saúde do serviço de Puerpério: conhecer a estrutura do serviço, a equipa multidisciplinar, a organização dos materiais e espaços; demonstrar disponibilidade para integrar a equipa, através de uma atitude de acolhimento de novas aprendizagens e experiências, quer na interação com Enfermeiros, quer a nível multidisciplinar; demonstrar disponibilidade para partilhar saberes e experiências na área do ciclo menstrual e planeamento familiar natural pós-parto, através de uma apresentação oral à equipa e documentação escrita.

Como objetivo geral 2, desenvolver competências especializadas nos cuidados de Enfermagem à mulher em fase de puerpério imediato e precoce. Como objetivos específicos: promover uma escuta ativa da puérpera em relação à vivência do parto e aos seus anseios presentes e futuros, se desejar partilhar; aprofundar conhecimentos sobre parâmetros puerperais e alterações fisiológicas após o parto; realizar a admissão de, pelo menos, 5 díades, com acolhimento ao serviço, colheita de dados inicial e esclarecimento de dúvidas; treinar a destreza manual na palpação do útero para identificar a sua posição, tónus e alterações

patológicas/complicações como coágulos ou mesmo atonia uterina; promover a educação para a saúde à puérpera sobre os cuidados na fase pós-parto e os sinais de alerta; se solicitado pela utente, partilhar informação sobre a aplicação de métodos de monitorização do ciclo e identificação do período fértil para evitar uma gravidez, na fase pós-parto.

Como objetivo geral 3, desenvolver competências na promoção do aleitamento materno. Como específicos: respeitar a decisão da puérpera em relação à forma de alimentação do bebé; aprender a expressão manual de colostro, através da observação e, posteriormente, na prestação de cuidados diretos; aprender a explicar a montagem da bomba extratora de leite e validar junto das utentes; validar e aprofundar os conhecimentos das puérperas sobre o aleitamento materno e a prevenção de complicações como fissuras, mama túrgida e mastite.

Como objetivo geral 4, promover a adaptação ao papel maternal e paternal, não descurando a relação de casal. Para tal, prestar escuta ativa de ambos, clarificar dúvidas sobre cuidados ao bebé e motivar a expressão mútua de emoções dentro do casal.

Tive a possibilidade de admitir 5 puérperas e realizar o acolhimento ao serviço, com entrevista inicial, que constitui um momento privilegiado para avaliar o vínculo com o bebé, sinais de depressão pós-parto precoce, esclarecer dúvidas sobre os cuidados ao bebé, alimentação, sono, entre outros.

Cuidei de 48 puérperas, das quais 40 com RN e 8 com RN internado em Neonatologia.

Tive a possibilidade de realizar duas sessões sobre métodos modernos de planeamento familiar natural, nomeadamente uma sessão presencial aos Enfermeiros da Maternidade (10 Enfermeiros presentes) e uma sessão online aberta ao Centro Hospitalar, com a participação de 38 profissionais de saúde (Apêndice 7).

1.4.1 – Reflexão crítica

A fase do puerpério imediato e precoce é essencial para a adaptação a esta nova realidade (mesmo no caso de múltiparas, cada filho é sempre uma nova realidade) e como prevenção de complicações a curto e médio prazo. No aleitamento materno, por exemplo, a experiência das primeiras horas e dias tem muito influência no sucesso a médio-longo prazo (Lisi et al., 2021). O Enfermeiro pode fazer toda a diferença.

Rapidamente me adaptei ao serviço e comecei a prestar cuidados diretos. A minha Enfermeira orientadora era muito especial. Após avaliação dos sinais vitais, observação dos parâmetros puerperais, sentava-se junto à cama da puérpera, avaliava a amamentação, se fosse

o caso, e depois explicava todos os cuidados a ter com a higiene perineal, com a cicatriz da laceração/episiotomia/cesariana, as possíveis complicações da amamentação e como prevenir e resolver, a contraceção pós-parto, e ainda algumas estratégias para viver melhor esta fase exigente no regresso a casa.

Mas que diferença faz um EESMO num serviço de puerpério? Em primeiro lugar, pela sua formação específica e experiência, “diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13563). Lembro de uma situação em que detetei alguma diferença na palpação do útero de uma puérpera, mas não conseguia explicar o quê. A EESMO avaliou, percebeu que eram coágulos e fez a expressão com êxito. Senti alguma falta de ter passado pelo Bloco de Partos primeiro, mas há sempre vantagens num planeamento diferente. Quando fui para o Bloco de Partos, tinha presente as episiorrafias e perineorrafias que tinha observado, o que me motivava ainda mais a aplicar técnicas de proteção do períneo. Também a amamentação na primeira hora, na “golden hour”, ainda tinha mais importância após ter visto a dificuldade de algumas mães no puerpério (Neczypor & Holley, 2017).

Em segundo lugar, o EESMO pode desempenhar um papel importante na formação dos pares não especialistas, enquanto promotor do aleitamento, promotor do vínculo Pais-filho e na deteção precoce de complicações.

Durante a noite, o EESMO também pode ser crucial no repouso da puérpera e promoção da sua recuperação, através do cuidado ao RN inconsolável, que, na maior parte das vezes, acalma com contenção (Direção Geral da Saúde, 2012) e colo. Não sou de forma nenhuma a favor da separação da díade, mas quando a mãe me olha com um ar de desespero e privação de sono, pedindo que faça alguma coisa, sei que, nesse momento, cuidar dela é ajudar a acalmar o seu bebé.

Um plano para o futuro é, certamente, aprofundar conhecimentos sobre aleitamento materno.

1.5 – Enfermagem em Ginecologia

O estágio de Enfermagem em Ginecologia decorreu num Hospital Central Em Lisboa, com a duração de 3 semanas, de 27 de setembro a 15 de outubro de 2021. O serviço é chefiado por uma ESMO e o Diretor de serviço é um Médico Ginecologista-obstetra. O serviço tem um bloco operatório anexo, 4 quartos com 4 camas, uma sala de intermédios com espaço para 3 camas, uma sala de observação ginecológica, sala de reuniões, sala de Enfermagem, sala dos

Médicos, copa e secretaria. Na altura do estágio, devido à pandemia, o serviço utilizava o bloco de pediatria, porque o bloco próprio estava cedido à Obstetrícia.

A equipa de Enfermagem é dividida em equipa de bloco, com 5 Enfermeiras, e equipa de internamento com 24 Enfermeiras.

1.5.1 – Objetivos e atividades desenvolvidas

No estágio de Enfermagem em Ginecologia pretende-se que o estudante desenvolva competências no cuidar a mulher inserida na família e comunidade, ajudando-a a vivenciar processos de doença ginecológica no sentido de restaurar a sua saúde. O objetivo específico é proporcionar experiências clínicas que possibilitem aos estudantes utilizar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas à prática de Enfermagem especializada no rastreio/encaminhamento/cuidar a mulher com problemas ginecológicos e da mama.

Partindo dos subsídios supracitados, a aluna definiu 4 objetivos pessoais.

Como objetivo geral 1, integrar a equipa de saúde do serviço de Ginecologia (equipa de internamento e equipa cirúrgica). Para tal: demonstrar disponibilidade para integrar a equipa, através de uma atitude de acolhimento de novas aprendizagens e experiências, quer na interação com Enfermeiros, quer a nível multidisciplinar; participar nas passagens de turno, mesmo em dias de turnos na equipa cirúrgica.

Como objetivo geral 2, desenvolver competências especializadas nos cuidados de Enfermagem à mulher com diagnóstico de infertilidade. Como específicos: aprofundar conhecimentos sobre as patologias que podem causar infertilidade, através da consulta de artigos e diálogo com a equipa; refletir sobre o impacto da patologia e tratamento Médico e/ou cirúrgico na mulher/casal, através da escuta ativa das utentes, se oportuno e consentido; refletir sobre o processo de tomada de decisão sobre o tratamento, principalmente em situações extremas como histerectomia, entre outras, através da consulta de artigos científicos e da escuta ativa das utentes, se oportuno e consentido; partilhar, com a equipa, conhecimentos na área da monitorização do ciclo, através de uma apresentação e disponibilização de um folheto para os profissionais.

Como objetivo geral 3, desenvolver competências especializadas nos cuidados de Enfermagem à mulher com alterações uroginecológicas. Como específicos: aprofundar conhecimentos sobre prevenção de incontinência urinária e prolapsos dos órgãos pélvicos, através da consulta de artigos científicos; aprofundar conhecimentos sobre exercícios do pavimento pélvico, através da consulta de peritos a área (fisioterapeutas); refletir sobre o

impacto destas alterações na qualidade de vida da mulher, através da interação terapêutica com as utentes.

Como objetivo geral 4, desenvolver uma atitude empática, ética e inclusiva. Para isso, respeitar a liberdade de escolha de cada utente e empoderá-la para uma tomada de decisão livre e informada, através da disponibilização de informação inteligível e atualizada; verificar o consentimento informado da utente antes da cirurgia e confirmar o seu conhecimento sobre a mesma, através do diálogo; demonstrar atitude disponível para aceitar críticas e utilizá-las para melhorar a prática de Enfermagem, através do diálogo com Enfermeira orientadora.

Por indisponibilidade de Enfermeiros especialistas além da Enfermeira chefe, o estágio foi principalmente de observação de cirurgias. Foi-me proposto que aprofundasse os processos de saúde-doença com as utentes, que avaliasse e promovesse a aceitação e adaptação às possíveis alterações decorrentes da cirurgia, que me disponibilizasse para escutar e esclarecer dúvidas. Tive a possibilidade de concretizar essa proposta com várias utentes.

Realizei uma sessão presencial a toda a equipa de Enfermagem (participaram 16 Enfermeiras) sobre abordagem restaurativa de disfunções anatómicas ou hormonais, como ovários poliquísticos ou endometriose (apenas com recurso a exposição oral e impressão do ciclo menstrual em suporte *K-line*).

1.5.2 – Reflexão crítica

Por exercer funções de Enfermagem na fase preconcecional, em situações de infertilidade ou distúrbios menstruais, tinha uma grande expectativa em relação a este estágio. Ao ser recebida com a constatação de que o serviço tinha mudado muito desde que tinham aceitado o ofício de estágio, percebi que iria ser bastante diferente do que tinha imaginado. Mas a vida é feita de adaptações e já não havia grande margem para novos pedidos de estágio.

A observação das cirurgias motivou ao estudo mais aprofundado de cada uma delas, desde histerectomias por via vaginal, a excisões de focos endometriose, de teratomas, à colocação de fita transvaginal (TVT) para controlo da incontinência. Reparei, com satisfação, que a mulher estava no centro das decisões e preocupações. Deixar o canal vaginal em histerectomias por respeito à sexualidade; deixar a trompa numa gravidez ectópica numa mulher com 34 anos ainda sem filhos vivos; histerectomia de uma mulher com 45 anos a pedido por insucesso de todas as terapêuticas dirigidas à dismenorreia.

Depois das cirurgias, já no serviço de internamento, tinha possibilidade de dialogar com as utentes pré-cirúrgicas sobre o que ia acontecer no dia seguinte. Com as utentes em pós-

cirurgia, sobre os cuidados a ter, sobre o impacto desta cirurgia na qualidade de vida, no conforto, na vivência da sexualidade, nas funções de eliminação. Na pesquisa junto de uma perita na área, Fisioterapeuta Inês Valente, docente no Mestrado de Saúde da Mulher, percebi que os exercícios de Kegel não são aconselhados a todas as mulheres e que, em vez disso, se pode recomendar respiração infradiafragmática para relaxamento dos músculos do pavimento pélvico e prevenção de prolapsos dos órgãos pélvicos.

1.6 – Enfermagem em Sala de Partos

O estágio em sala de partos realizou-se no Serviço de Obstetrícia de um Hospital na Área Metropolitana de Lisboa, com a carga total de 432 horas, de 8 de novembro de 2021 a 6 de fevereiro de 2022. Foi orientado por uma ESMO.

O serviço é chefiado por uma ESMO e o Diretor Clínico é um Médico Ginecologista-obstetra. A equipa de Enfermagem é constituída por 33 Enfermeiros especialistas e 5 Enfermeiros de cuidados gerais. O serviço está dividido em serviço de urgência ginecológica-obstétrica e sala de partos.

A sala de partos dispõe de um quarto com três vagas e 4 quartos individuais. Tem 2 blocos operatórios e 1 sala de recobro. Ao longo dos quartos individuais, há um corredor com janelas, muita luz e que termina no WC e duche. Todos os quartos têm CTG, sendo que 2 são de telemetria (CTG portátil). No espaço comum, há um ecrã com todos os registos de CTG.

É um dos serviços de referência no País em Cuidados Peri-Natais Diferenciados, Hospital Amigos dos Bebés acreditado pela UNICEF e creditado pelo sistema CHKS, que garante a Qualidade e Excelência na prestação de serviços e a melhoria contínua dos processos de atuação.

1.6.1. – Objetivos e atividades desenvolvidas

Neste estágio, pretende-se que o estudante desenvolva competências no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (TP) e parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina. O objetivo específico é proporcionar experiências clínicas que possibilitem ao estudante, utilizar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas à prática de Enfermagem especializada no cuidar a parturiente/família durante o trabalho de parto e parto eutócico e distócico; à puérpera; ao recém-nascido normal e de risco.

Para atingir estes objetivos, a aluna definiu 8 objetivos pessoais, que constam da seguinte tabela:

Tabela 1 - Objetivos do estágio em Sala de Partos

Objetivos pessoais	Atividades
Conhecer o serviço de obstetrícia/bloco de Partos do HGO	<ul style="list-style-type: none"> - pesquisa da missão e valores do Bloco de Partos - apresentação da estudante à equipa de saúde - visita ao serviço, de forma a conhecer a estrutura física - análise de documentos como protocolos e outros recursos - identificação de parcerias com a comunidade
Identificar o papel do EESMO	<ul style="list-style-type: none"> - integração da estudante na equipa multidisciplinar - observação da interação do EESMO com os restantes profissionais da equipa - participação ativa nas passagens de turno, nas reuniões multidisciplinares e momentos formativos formais - análise das ações dependentes e interdependentes na prática - análise do processo de decisão clínica e participação do EESMO na mesma - levantamento dos folhetos disponíveis no serviço de Puerpério, para avaliar a necessidade da elaboração de documentação escrita para a mulher/acompanhante
Desenvolver uma prática ética e deontológica, reconhecendo a mulher inserida na família como centro dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - avaliação das preferências da mulher/acompanhante nas várias fases do TP - leitura do plano de parto e avaliação/discussão de cada ponto, de forma a corresponder às expectativas possíveis de cumprir - esclarecimento dos benefícios e riscos das diferentes opções - explicação de todos os procedimentos e pedido de autorização para os efetuar (toque vaginal, analgesia loco-regional, rotura de bolsa de águas, mudança de decúbito, perfusão de ocitocina, administração de Vitamina K, entre outros) - empoderamento da mulher nas diferentes fases do TP, validando a sua capacidade de concretização, através da escuta e discurso motivador
Promover um ambiente seguro para a mulher inserida na família e recém-nascido, nas diferentes fases do TP	<ul style="list-style-type: none"> - estabelecimento de relação empática, através da escuta e presença, permitindo a partilha sobre os medos e expectativas - promoção da privacidade e de um ambiente calmo - vigilância dos parâmetros e bem-estar materno e fetal (sinais vitais, incluindo dor, e registo cardiotocográfico) - monitorização da evolução do TP (toque vaginal para avaliação da dilatação e da bacia, localização da dor e pressão, colaboração na técnica de ecografia, quando necessária) - promoção da presença de acompanhante, sempre que possível - preparação da mulher/acompanhante para as diferentes fases do trabalho de parto - aplicação de estratégias não farmacológicas de controlo da dor e capacitação do acompanhante para as implementar - colaboração com o Médico anestesiológista na técnica de analgesia loco-regional

	<ul style="list-style-type: none"> - explicação sobre alimentação no TP, importância da ingestão de líquidos claros e gelatina, e alimentos não recomendados - ensino sobre a importância dos movimentos assimétricos para a descida do feto e mobilidade da bacia - pesquisa e leitura de artigos científicos e manuais sobre desvios do TP e fatores preditivos de complicações na saúde materno-fetal - identificação de situações além da área de atuação e referência à equipe médica atempadamente (CTG não tranquilizador, TP prolongado, etc.)
Promover o parto humanizado, baseado na evidência	<ul style="list-style-type: none"> - corte tardio do cordão, sempre que possível - contacto pele-a-pele superior a 1h, sempre que possível - amamentação na primeira hora de vida - respeito pela posição escolhida pela mulher, informando dos riscos e benefícios - instrução do acompanhante do apoio que pode prestar (leque, motivação, segurar a mão, etc.) - sempre que possível, prestação dos primeiros cuidados ao bebé na presença dos Pais, administrar a vitamina K com o bebé junto da mãe ou do Pai, perguntar ao Pai se quer vestir a primeira roupa do bebé
Desenvolver cuidados multiculturais em obstetrícia	<ul style="list-style-type: none"> - leitura sobre rituais e crenças das principais culturas e etnias das utentes do HGO - averiguação junto das utentes das suas preferências culturais - averiguação junto dos profissionais dos principais cuidados multiculturais - elaboração de um documento com os achados para partilhar com a equipa multidisciplinar
Partilhar, com a equipa de Enfermagem, a evidência atual sobre os métodos de monitorização do ciclo	<ul style="list-style-type: none"> - apresentação oral em contexto de formação interna - elaboração de folheto para profissionais
Cumprir os requisitos mínimos previstos para a especialização em Saúde Materna e Obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> - realização de 40 partos - prestação de cuidados a 100 puérperas e 100 recém-nascidos normais

Em relação às atividades desenvolvidas, foi um estágio muito rico em experiências:

- realização de 58 partos eutócicos, em diversas posições (semi-sentada, Gaskin, no banco, de lado);
- realização de perineorrafia em lacerações de I e II grau;
- realização de 1 episiotomia;
- participação em 13 partos distócicos;
- participação em 3 cesarianas (1 por apresentação pélvica, 1 por cesariana anterior, 1 por suspeita de macrossomia fetal);

- vigilância de 87 grávidas, com realização de exames pré-natais;
- prestação de cuidados a 68 puérperas e RN;
- vigilância e prestação de cuidados a 33 mulheres em situação de risco, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério;
- aplicação de métodos não farmacológicos de gestão da dor, como pressão sagrada, massagem, mudança de posições, musicoterapia, utilização da bola de pilates, hidroterapia, presença contínua;
- colaboração na técnica de analgesia loco-regional;
- aplicação de estratégias de proteção do períneo, como manobra de Ritgen, compressas quentes ou água quente no períneo, respiração abdominal em vez de manobra de Valsalva, respeitar os puxos naturais e impedir os puxos dirigidos;
- participação em reuniões de formação em serviço;
- apresentação da sessão sobre métodos de monitorização do ciclo menstrual à equipa de Enfermagem (Apêndice 8);
- elaboração de um mini folheto sobre cuidados perineais para agrafar ao Boletim de Saúde da Grávida (Apêndice 9);
- elaboração de um documento sobre os diversos ritos culturais no parto e puerpério imediato da população cuidada neste serviço (Apêndice 10).

1.6.2. – Reflexão crítica

Quando comecei o curso, focada na ginecologia, estava longe de pensar que me iria apaixonar intensamente pelo bloco de partos. O milagre da vida, o milagre do nascimento, uma mistura de stress, medo e a maravilhosa recompensa de conhecer uma pessoa nova que estava escondida aos nossos olhos... Não fui eu que fiz os partos, foi a mulher e o seu bebé, apoiada pelo companheiro. São eles que fazem o parto, nós assistimos ao imenso poder da mulher e do bebé que, na maior parte das vezes, se esperarmos, se confiarmos nele, sabe nascer, consegue encontrar a sua posição e o seu caminho. Claro, desde que garantido o bem-estar fetal.

Muita coisa mudou desde os tempos das Parteias às EESMOS (Davison, 2020). Atualmente, com a polémica sobre a violência obstétrica, percebemos que se perdeu muito da naturalidade, do respeito pela mulher, pela sua autonomia (Mena-Tudela et al., 2020; Souza et al., 2019). Os partos são praticamente todos em contexto hospitalar, onde se cumprem

protocolos e se prefere intervir em vez de esperar, por medo das possíveis consequências negativas. Onde se prefere fazer episiotomia em vez de arriscar uma laceração de grau III ou IV. Onde se prefere fazer cesariana a esperar a recuperação de uma desaceleração prolongada. Mas também temos de reconhecer que a mortalidade materno-infantil é muito mais baixa devido à hospitalização do parto (Lusa, 2018; Organização Mundial da Saúde, 2020; Tomé et al., 2009).

A prática baseada na evidência é uma preocupação atual dos Enfermeiros, que não querem exercer as suas funções baseados na tradição, no “sempre foi assim”, mas na evidência trazida pela investigação (Craig & Smyth, 2004). Numa área como a saúde materna, muito marcada por rituais, tradições e saberes, este interesse em desenvolver um pensamento crítico baseado na evidência atual assume uma especial importância. Ser EESMO não é fazer partos. Como dizia a Enf.^a Chefe Rosália, partos até os bombeiros fazem. A principal função do EESMO é acompanhar, capacitar e detetar precocemente sinais de alarme (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Apoiada pela minha Enfermeira orientadora, que tem muitos anos de experiência e partilha desta paixão pelo bloco de partos, tive uma integração rápida na equipa, que me aceitou como se já fizesse parte. Por não estar sozinha, o medo dos partos, das suturas, das complicações foi-se desvanecendo para dar lugar a um sentimento de confiança, calma e gozo dos momentos bons, que foram acontecendo frequentemente. Em vez de ficar paralisada por uma desaceleração, fui aprendendo a dizer com calma, mas firmeza à grávida para se colocar em posição de Gaskin, enquanto tocava na campainha para trazerem salbutamol inalatório e uma câmara expansora. Em vez de ficar preocupada porque a dequitudura está a demorar, simplesmente esperar e, por exemplo, colocar o bebé à mama para estimular a ocitocina. Em vez de ver o parto distócico como uma derrota, analisar o estado de exaustão materna e aceitar que pode ter sido a melhor opção. Foi todo um amadurecimento emocional para que eu pudesse prestar melhores cuidados de Enfermagem, sem me pôr em causa, mas aceitando a alteração do curso dos eventos.

Neste contexto da prática, pelo menos neste hospital, o EESMO é muito autónomo e respeitado pela equipa médica. Participa nas decisões em relação à utente que está a acompanhar em determinado turno. Quando questiona determinadas decisões, o Médico explica os motivos como quem fala com uma colega. Intervém em situações de risco e, quando reconhece que a situação vai além da sua área de atuação, referencia ao Médico (Ordem dos

Enfermeiros, 2019). Talvez tenha sido uma autonomia conquistada, sem dúvida através da competência profissional. Esta equipa é um exemplo a seguir.

Eu própria fui tão bem recebida pela equipa médica, que me fizeram sentir parte da equipa multidisciplinar, aceitaram sempre as minhas sugestões, os meus pedidos de mais um tempo até avançarem para distócico, as minhas questões para perceber as decisões.

Nos cuidados à mulher no primeiro estágio de trabalho de parto, como em todos os contextos de Enfermagem o mais importante é personalizar os cuidados e colocar a mulher no centro, como protagonista desta experiência. Cuidei de mulheres com diferentes tolerâncias à dor, com diferentes durações deste estágio, com preferências distintas. Nos casos em que havia plano de parto, analisávamos a possibilidade de cada ponto para perceber o que era possível concretizar, respeitando sempre as mudanças de decisão. Por exemplo, as mulheres que colocam no plano de parto que não querem analgesia loco-regional, mas mudam de ideias se esta fase é prolongada e a dor insuportável. Em alguns casos, esta fase pode ser longa, não havendo ainda consenso na literatura sobre a duração normal (Sequeira, Sousa, et al., 2020). Tivemos uma senhora em fase de dilatação por 48h, sempre com bem-estar fetal. Foi proposto parto por via abdominal por 3 vezes, mas a utente recusou sempre, confirmando que havia bem-estar fetal. Era uma mulher informada, tinha feito preparação para o parto e sabia até onde podia ir. No final das 48h (cerca de 36 em fase latente), teve um parto eutócico tão bonito de se testemunhar, com um parceiro à altura, motivando-a a cada momento. E sem analgesia loco-regional.

De todos os métodos que fui aplicando e capacitando o acompanhante para aplicar, percebi que o apoio contínuo tem o primeiro lugar. De facto, há alguma evidência que o apoio contínuo possa estar relacionado com duração mais curta do primeiro estágio do TP e menor taxa de cesarianas (Hodnett et al., 2013; Kashanian et al., 2010; Sequeira, Sousa, et al., 2020; Stjernholm et al., 2021). No caso das utentes com COVID19 ou em isolamento por outro motivo, sozinhas no quarto, este apoio contínuo era especialmente importante. Apesar dos equipamentos de proteção individual, sorrir e olhar olhos nos olhos é possível. Voltei a sentir que o medo tem um grande impacto na evolução do trabalho de parto. Uma mulher que chega ao hospital com o companheiro e que, de repente, se vê privada da sua presença, terá muito provavelmente um aumento de cortisol, segundo a literatura, o que está relacionado com mais complicações materno-fetais (Rondung et al., 2019; Ternström et al., 2016). Neste contexto, o apoio contínuo do Enfermeiro é terapêutico e confortante. Com o rácio de 1:1, por vezes de 2:1, era possível prestar cuidados de qualidade e passar mais tempo com a grávida.

Constatei, com alguma surpresa, que muitos casais não haviam participado em cursos de preparação para o parto e não tinham conhecimento da sua importância e influência no TP e parto. Há estudos que indicam que as mulheres que preparam o parto têm o primeiro estágio mais curto, menor taxa de cesarianas e maior sucesso na amamentação (Wadhwa et al., 2020; Yohai et al., 2018). Aproveitei o momento para explicar todas as fases do TP e o que fazer para facilitar uma melhor vivência em cada uma delas. Nos casais que tinham tido curso de preparação para o parto e parentalidade, fui validando a informação que já traziam. Na minha opinião, a preparação para o TP começa antes da concepção e estende-se até ao puerpério, que hoje já é reconhecido como quarto trimestre (Bahabadi et al., 2020; Montgomery & Laury, 2019).

Em relação ao toque vaginal ou cervicometria, também fui ganhando confiança aos poucos e percebendo que tem sempre algum nível de subjetividade. No 2.º dia de estágio, uma Enfermeira confirmou a dilatação completa e a Médica que a seguir disse que estava apenas com 3 cm de dilatação. De seguida, o bebé nasceu e a Médica admitiu que tinha feito uma avaliação incorreta. Foi um momento crucial para perceber que não tinha de aprender de um dia para o outro e que, mesmo os experientes, também podem ter dificuldade. Para além da técnica, considero que o mais importante é pedir sempre autorização para realizar o toque e realizar o menor número possível (Organização Mundial da Saúde, 2020; Warren et al., 2018). Conforme fui desenvolvendo destreza, a minha Enfermeira só avaliava quando eu tinha dúvidas. A técnica de rotura artificial de membranas – amniotomia – também sofreu uma curva de aprendizagem, mas pela 3.ª já me sentia bastante mais confiante. Os casos em que a amniotomia foi realizada foram cuidadosamente selecionados, uma vez que não deve ser uma prática rotineira (Sequeira, Sobral, et al., 2020). Foi aplicada como forma de acelerar o TP mas também avaliar o bem-estar fetal, nos casos em que a mulher aceitava o procedimento e quando a fase de dilatação se prolongava por mais do que 12h ou quando havia paragem de progressão. Lembro de uma senhora alemã que tinha um plano de parto e recusava veemente a amniotomia. Já estava há 12h em fase latente. Explicámos os benefícios e riscos, e ela aceitou. O líquido era já tinto de mecónio, que pode ser indicativo de sofrimento fetal (Sequeira, Sobral, et al., 2020) e o casal agradeceu-nos por termos realizado o procedimento. Após 2h, nasceu a bebé. Recordo o momento em que entrou uma Médica e insistiu na cesariana e a grávida lhe disse que estava a stressar o bebé, porque ela conseguia ouvir. Achei muito interessante este vínculo já tão presente e o respeito do feto como ator no parto. Este casal não quis saber o sexo do bebé antes o parto e, quando nasceu, deixámo-los serem eles a descobrir por si, em vez de dizermos logo.

Este pormenor importante foi da autoria da minha tutora e achei de um enorme respeito para com o casal.

Na fase da expulsão, dei prioridade à segurança da díade e à afirmação da mulher enquanto autora do seu parto. Fui dizendo frases motivadores, com uma atitude calma e olhando nos olhos, transmitindo confiança. Em relação à proteção do períneo, fui aplicando as diversas técnicas e tivemos bastantes casos de períneo íntegro, principalmente com a aplicação de calor. Nos casos de lacerações de I e II grau, procedeu-se à anestesia pelo reforço loco-regional ou local com lidocaína, e perineorrafia. Dos partos realizados, apenas se efetuou uma episiotomia porque a cicatriz da episiotomia anterior já estava a começar a lacerar na coroação. Neste hospital, os Enfermeiros praticamente não realizam episiotomias, tendo em conta a evidência atual de que não evita lacerações graves, apesar de não haver ainda consenso sobre os possíveis benefícios da episiotomia seletiva (Alghorayed Fiza Tariq et al., 2020; Gün et al., 2016).

Após expulsão do recém-nascido, era perguntado à mãe se queria vir buscar o bebé e era colocado de imediato em pele-a-pele, com atenção aos cordões curtos para evitar estiramento. Pelos benefícios descritos na literatura (Warren et al., 2018), foi realizado o corte tardio do cordão pelo acompanhante, na maior parte dos casos, ou pela mãe e, raras vezes, por mim se nenhum dos dois queria. Os casos em que observei corte não tardio foi em partos distócicos, devido à necessidade de avaliação pelo pediatra e permitir uma intervenção precoce e prevenção de complicações neonatais. O bebé ficava em contacto pele-a-pele com a mãe pelos menos 1 hora. Sempre que possível, realizei os primeiros cuidados ao RN, como a administração da Vitamina K, a aplicação de colírio e glicémia se aplicável [Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013, junto da mãe, de preferência com o bebé a mamar, para proporcionar conforto e manter a temperatura corporal. Não prestei nenhum cuidado sem pedir a autorização dos Pais e explicar os benefícios.

No puerpério imediato, foi possível cuidar da puérpera e avaliar os parâmetros de involução uterina, perda hemática vaginal e detetar sinais precoces de complicações. Tivemos um caso de choque hipovolémico por restos placentares, provavelmente de um lobo anexial, removido cirurgicamente, com boa recuperação hemodinâmica da puérpera.

Em suma, o estágio em sala de partos foi um tempo precioso de descoberta de uma paixão, de desenvolvimento de competências de especialista nas diferentes fases do TP, no respeito pela individualidade de cada utente e família.

Considerações finais

Promover a vida pode acontecer em qualquer campo de Enfermagem, mas assume particular relevância em Obstetrícia. Acompanhar a adolescente nos seus primeiros anos após a menarca, facilitar adaptação às mudanças físicas e emocionais. Ajudar a mulher a preparar-se para uma concepção, adaptando estilos de vida saudáveis que podem ter impacto na saúde materno-fetal. Vigiar a gravidez e facilitar a adaptação ao papel de grávida, de mãe e, sempre, de mulher. Capacitar a mulher nas diversas fases do TP e no desenvolvimento do seu papel parental. A Enfermagem não pretende substituir a mulher, mas empoderá-la para viver com autonomia e de forma consciente e livre cada fase do seu ciclo reprodutivo.

Ser especialista de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica é um privilégio, ter este contacto tão próximo com momentos tão determinantes da vida da mulher, da família e da comunidade, momentos que podem ter uma influência marcada na saúde biopsicossocial do RN e no seu futuro enquanto pessoa.

Quando partilho que a minha experiência profissional foi em oncologia, a reação é normalmente de espanto, pela imensa diferença que há entre os dois mundos, o início e o fim da vida. Mas, para mim, os 10 anos em oncologia preparam-me para as exigências do mundo da fertilidade, infertilidade, perda gestacional e parto. Os extremos da vida são dois fenómenos do mesmo mistério e podem ter mais semelhanças do que parece, à partida. No caso da infertilidade, também há luto, há estigma, os casais inférteis recorrem a todas as alternativas, como no caso de um diagnóstico de cancro. O doente com cancro tem medo da morte. O casal com infertilidade chora uma pessoa que ainda não existe. Ambos casos de luto. Na vivência do parto, há incertezas e medos, a vivência da dor provoca na mulher, não raras vezes, a falta de autoconfiança, a vontade de desistir, a impressão de que não vai conseguir. São ambos mundos de emoções muito fortes e a gestão emocional é crucial para prestar bons cuidados de Enfermagem.

Como ponto forte durante o estágio, desenvolvi a minha capacidade relacional, de empatia, de respeito pelas decisões. Como ponto fraco, o medo das situações de risco, relacionado com a falta de aprofundamento de conhecimentos, que é o processo de uma vida inteira. O medo pode ser importante na avaliação do risco e garante de um ambiente seguro para a mulher, RN e companheiro.

Após cada término de estágio, a minha vontade era ficar naquele local a exercer funções. Cuidados na comunidade, cuidados em patologia materno-fetal, em puerpério e em Obstetrícia,

seria feliz em qualquer um destes contextos. A gratidão brota do meu coração pelo percurso pelo qual o universo me conduziu.

Um percurso que não termina aqui, mas que ainda agora começou. Como resumo, aponto a importância da prática baseada na evidência, na atualização de conhecimentos e realização de estudos de investigação para uma prática de Enfermagem mais competente, com menos complicações, mais personalizada, assente na promoção da saúde, sem descurar a importância da visibilidade em Enfermagem. É a nossa competência, em última análise, que proporciona satisfação do utente, reconhecimento do papel do Enfermeiro, dotações mais seguras e, assim, melhores cuidados. Um ciclo virtuoso.

2 Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação aos métodos modernos de planeamento familiar natural: uma revisão scoping

O 11.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica decorreu em simultâneo com o 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, que requer uma componente de investigação como parte do estágio com relatório final.

Este capítulo é constituído por sete partes: resumo; justificação do estudo; enquadramento teórico; métodos, resultados; discussão e conclusão.

Resumo

Introdução: Os métodos modernos de planeamento familiar natural têm uma elevada eficácia para evitar a gravidez. Apesar disso, há uma reduzida promoção pelos profissionais de saúde e reduzida utilização pelas utentes. A crescente procura por parte das mulheres de métodos não hormonais e de monitorização do ciclo pode ser um ponto de viragem para a inclusão destes métodos como uma opção viável em planeamento familiar.

Objetivo: Mapear a evidência sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros e médicos em relação aos métodos modernos de planeamento familiar natural.

Métodos: Realizou-se uma revisão *scoping* através do método proposto por *Joanna Briggs Institute*. A seleção dos estudos, a extração e síntese dos dados foi realizada por dois revisores independentes.

Resultados: Foram incluídos 12 estudos que revelam a reduzida promoção dos métodos modernos de planeamento familiar natural pelos Enfermeiros e Médicos, devido à desatualização do conhecimento face aos métodos modernos, frequentemente confundidos com métodos obsoletos. Parece haver uma perceção generalizada da ineficácia destes métodos, que não coincide com a evidência mais recente e com as indicações atuais da OMS e CDC.

Conclusão: Verificaram-se lacunas no conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde, que podem limitar o acesso aos métodos modernos de planeamento familiar natural e dificultar uma decisão livre e informada.

Palavras-chave: planeamento familiar natural; contraceção; enfermeiros; médicos; conhecimentos, atitudes e práticas (CAP); saúde sexual e reprodutiva.

Abstract

Introduction: Modern methods of natural family planning are highly effective in preventing pregnancy. Despite this, there is low promotion by health care providers and low use by clients. The increasing demand by women for non-hormonal methods and cycle monitoring may be a turning point for the inclusion of these methods as a viable option in Family Planning.

Objective: To map the evidence on nurses' and physicians' knowledge, attitudes, and practices regarding modern methods of natural family planning.

Methods: A scoping review was conducted using the method proposed by the Joanna Briggs Institute. Study selection, data extraction and synthesis were performed by two independent reviewers.

Results: Twelve studies were included, revealing the low promotion of modern methods of natural family planning by nurses and physicians, due to outdated knowledge regarding modern methods, often confused with obsolete methods. There seems to be a widespread perception of the ineffectiveness of these methods, which does not coincide with the most recent evidence and the current WHO and CDC indications.

Conclusion: There were gaps in the knowledge of health professionals, which may limit the access of interested clients to modern methods of natural family planning and hinder a free and informed decision.

Key words: natural family planning; contraception; health care providers; nurses; physicians; knowledge, attitudes, and practices (CAP); sexual and reproductive health.

2.1 – Introdução

Os métodos modernos de planeamento familiar natural (PFN), também denominados por *Fertility awareness-based methods*, apresentam uma elevada eficácia prática para evitar uma gravidez (Manhart et al., 2013; Urrutia et al., 2018). Esta eficácia deve-se ao facto dos métodos modernos se basearem na fisiologia do ciclo menstrual e da reprodução humana (Beeman, 2010). Não devem ser confundidos com métodos obsoletos de baixa eficácia, como o método de Ogino-Knauss ou Calendário, método da temperatura ou coito interrompido.

O termo “métodos contraceptivos modernos” não reúne consenso, no sentido em que para Hubacher & Trussel (2015) os contraceptivos modernos são produtos ou intervenções Médicas que previnem a reprodução que resulta duma relação sexual. Porém, Festin et. al. (2016) e Malarcher et. al. (2016) definem os métodos modernos como qualquer método que apresente estas 5 características: eficazes para evitar uma gravidez; seguros; baseados no conhecimento da biologia reprodutiva humana; protocolo para o uso correto; testados em diferentes populações e condições. Segundo esta última definição, alguns métodos de planeamento familiar natural podem ser classificados como contraceptivos modernos. No entanto, o PFN é mais do que um contraceptivo, no sentido em que não altera a relação sexual e permite ao casal seleccionar os dias férteis ou inférteis para relações sexuais, de acordo com a sua intenção de engravidar ou evitar uma gravidez, respetivamente (Festin et al., 2016; Joan Ibeziako, 2022; Malarcher et al., 2016). Para efeitos desta revisão, quando se refere métodos *modernos* de PFN é apenas para distinguir dos métodos obsoletos de PFN (não baseados nos mais recentes conhecimentos da fisiologia reprodutiva) e não para aludir ao conceito de contraceptivos modernos, em atenção à falta de consenso.

Recentemente, duas autoridades internacionais na área da saúde reconheceram os estudos que comprovam esta elevada eficácia e atualizaram a informação disponibilizada aos profissionais de saúde e ao público em geral. Em 2020, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) atualizou a taxa de gravidez não planeada dos métodos naturais de 24% para

2-23% no seu *website* (Centers for Disease Control and Prevention, 2020) e, em 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou uma taxa de eficácia contraceptiva de 77-99% no seu livro sobre Planejamento Familiar (Organização Mundial da Saúde, 2018b). Ainda que o CDC e a OMS tenham mantido os métodos obsoletos de baixa eficácia como opção, a apresentação das elevadas taxas de eficácia dos métodos modernos foi um passo importante na divulgação e promoção da confiança dos profissionais e utilizadores nestes métodos. Ambas as instituições categorizam os vários métodos de planeamento familiar por níveis de eficácia (*tiers*) (Brandi & Fuentes, 2020), visualmente representados num quadro explicativo (**Figura 1**). Apesar da mudança das taxas de eficácia do PFN, o quadro ainda não reflete essa atualização, uma vez que os métodos de ovulação e sintotérmico, que pertencem ao nível 2 (4-7 gravidezes, em 100 mulheres, num ano), figuram ainda no nível 3. A **Figura 1** apresenta uma proposta de correção (Migeon, 2019):

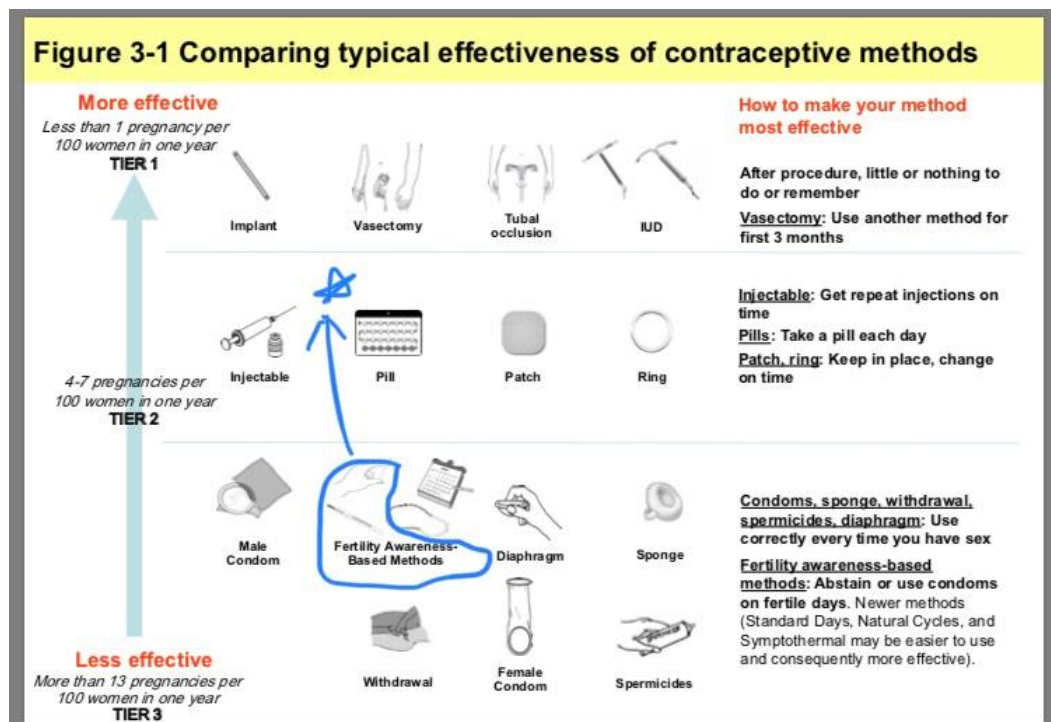


Figura 1 – Métodos de planeamento familiar por níveis de eficácia.

Fonte: Migeon (2019). CDC Changes Effectiveness Rating on Fertility Awareness Methods - Natural Womanhood. In <https://naturalwomanhood.org/cdc-changes-effectiveness-rating-on-fertility-awareness-methods-2019/>

Contudo, é importante mencionar que, de acordo com os autores da revisão sistemática que deu origem à atualização da informação pelo CDC e OMS, ainda não há estudos de elevada qualidade em planeamento familiar natural, pelo que ainda não é prudente comparar a eficácia destes métodos com a eficácia dos contraceptivos (Urrutia et al., 2019). Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de providenciar informação precisa e atualizada, pelo que podem informar os utentes que a eficácia do PFN é muito dependente do utilizador e é preciso motivação do casal (Black et al., 2015). O processo de tomada de decisão em planeamento familiar é complexo e, se antigamente o critério mais importante era a eficácia (Downey et al., 2017), atualmente parece ser a ausência de efeitos secundários (Capova, 2014; Claringbold et al., 2019), pelo que os métodos modernos de PFN podem ser apresentados como uma opção ecológica (Giroto et al., 1997; Joan Ibeziako, 2022; Simmons & Jennings, 2020a). Acima de tudo, o profissional deve analisar quais são os critérios principais de cada utente e personalizar os cuidados e a tomada de decisão partilhada (Dehlendorf et al., 2017).

Além da sua pertinência em planeamento familiar, os métodos naturais são úteis para atingir uma gravidez, pela identificação precisa dos dias férteis, e também permitem a monitorização detalhada da saúde feminina, constituindo um verdadeiro instrumento de diagnóstico de deteção de distúrbios da saúde ginecológica, reprodutiva e hormonal (Simmons & Jennings, 2020b; Vigil et al., 2017). Por isso, podem ser também uma forma de autoconhecimento e empoderamento feminino (Kar et al., 1999).

Em termos de utilização dos métodos naturais, há um implícito apelo ao envolvimento dos dois membros do casal no processo, não só do registo do ciclo menstrual, mas principalmente da análise dos dias férteis ou inférteis e da decisão em ter ou não relações sexuais. Este facto, *per si*, pode ajudar na igualdade de género em planeamento familiar (Claringbold et al., 2019), uma vez que historicamente a mulher tem sido o objeto primordial da contraceção. Nesta interação em casal, é incentivada a comunicação e partilha de decisões, que parecem ter um impacto positivo na relação conjugal (Vande Vusse et al., 2003).

Apesar da potencialidade do PFN, da elevada eficácia e da sua versatilidade para atingir ou espaçar uma gravidez, estes métodos são muito pouco utilizados. Em Portugal, o método contraceptivo mais utilizado é a contraceção hormonal, nomeadamente a pílula em 58,1% das mulheres inquiridas, segundo o último estudo da Sociedade de Ginecologia e da Sociedade de Contraceção (Águas et al., 2016). Nesse estudo de 2016, os métodos naturais eram utilizados por 0,7% das inquiridas. Uma vez que os autores não apresentam uma definição para métodos naturais nem especificam os diferentes métodos, a percentagem pode ser ainda mais baixa,

porque é possível que inclua a utilização de aplicativos telemóveis, a utilização de métodos sem aprendizagem adequada ou até a não utilização de método algum, que algumas mulheres interpretam como “método natural”. Comparando o estudo de 2005 e o de 2015, percebe-se que as mulheres têm optado por métodos não dependentes do utilizador (Águas et al., 2016), o que pode justificar a baixa procura dos métodos naturais, pois essa é uma forte característica dos mesmos.

Em geral, os motivos apontados na literatura para a baixa utilização dos métodos é a dificuldade de utilização, o difícil acesso aos métodos, as representações erradas dos métodos (Turner, 2021) e a baixa promoção por parte dos profissionais de saúde (Moura et al., 2011; Panzetta & Shawe, 2013; Turner, 2021). Segundo Águas et al. (2016), os profissionais de saúde são as principais fontes de informação sobre contraceção, tendo assim um papel crucial na escolha do método e apresentação das várias opções. Neste sentido, surgiu o interesse em explorar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde nesta área, particularmente Enfermeiros, Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica e Médicos.

Foi realizada uma pesquisa inicial por revisões escopo e sistemáticas sobre a temática, mas apenas se encontrou uma revisão sobre os conhecimentos dos Enfermeiros sobre PFN (Coutinho et al., 2021), pelo que se decidiu avançar com esta revisão mais ampla sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em métodos modernos de PFN, de forma a mapear o conhecimento e, possivelmente, orientar investigação futura (Munn et al., 2018) sobre este tema no caso específico dos profissionais de saúde em Portugal.

2.2 – Enquadramento teórico

A Enfermagem cuida do ser humano e família ao longo do seu ciclo de vida, para que “mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Regulamento Do Exercício Profissional Do Enfermeiro, 1996). Neste sentido, um dos pilares da Enfermagem é a promoção da saúde. De acordo com Nola Pender (2015), a promoção da saúde tem como objetivo que a pessoa atinja níveis elevados de saúde e bem-estar, na sua interação com os outros e o meio ambiente. Neste referencial, a saúde é considerada como uma experiência de vida dinâmica de atualização do potencial humano, através do autocuidado, comportamentos conscientes e relações interpessoais satisfatórias, em constante adaptação para manter a harmonia com o meio envolvente (Pender et al., 2015). Nesta definição, particularmente na referência ao autocuidado e relações interpessoais, pode-se depreender que a saúde sexual e reprodutiva é uma importante componente da saúde geral.

Se a promoção da saúde é uma competência essencial da Enfermagem, na área da especialidade da saúde materna e obstétrica, a promoção da saúde sexual e reprodutiva é o coração pulsante, uma vez que é aqui que tudo começa e acontece. A saúde reprodutiva foi definida no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em Cairo, em 1994, como “um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos” (Direção Geral da Saúde, 2008a). O conceito de saúde sexual é mais abrangente, porque não implica apenas a função reprodutiva (WHO, 2010). Recorrendo a uma visão mais holística e multidimensional, o CDC define a saúde sexual como “um estado de bem-estar em relação à sexualidade ao longo da vida que envolve as dimensões física, emocional, mental, social e espiritual. A saúde sexual é um elemento intrínseco da saúde humana e baseia-se numa abordagem positiva, equitativa e respeitosa da sexualidade, relacionamentos e reprodução, livre de coerção, medo, discriminação, estigma, vergonha e violência. Inclui: a capacidade de compreender os benefícios, riscos e responsabilidades do

comportamento sexual; a prevenção e cuidado de doenças e outros resultados adversos; e a possibilidade de ter relações sexuais. A saúde sexual é impactada por contextos socioeconômicos e culturais – incluindo políticas, práticas e serviços – que apoiam resultados saudáveis para indivíduos, famílias e suas comunidades” (Douglas & Fenton, 2013, p. 1). De facto, a sexualidade é muito mais do que genitalidade ou relações sexuais. A sexualidade expressa-se na forma como a pessoa se relaciona com o seu próprio corpo, o autoconhecimento, a autoestima, mas também como se relaciona com o mundo à sua volta, nos seus diversos papéis culturais, ao longo de toda a sua vida (Douglas & Fenton, 2013; Robinson et al., 2002).

Apesar da saúde sexual e reprodutiva ainda não ter sido oficialmente consagrada como um direito humano, está implicitamente associada a vários direitos humanos como o direito à equidade e não discriminação, à liberdade, privacidade, o direito de casar livremente, de decidir o número de filhos e espaçamento entre eles, o direito à informação e educação, à liberdade de opinião e expressão (WHO, 2010). Segundo a OMS (2002), a saúde sexual requer que os direitos humanos sejam respeitados e protegidos.

O Enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica tem um papel relevante na promoção da saúde sexual e reprodutiva, uma vez que cuida da mulher ao longo do seu ciclo de vida, entre outros, “no âmbito do planeamento familiar [...], estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13561). A intervenção em planeamento familiar visa garantir o direito humano à gestão da prole, entre outros. De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2008), as consultas de planeamento familiar têm como objetivo promover a vivência de uma sexualidade saudável, regular a fecundidade, preparar para a parentalidade, reduzir a mortalidade e morbidade materna e infantil, mas também a morbidade por infeções sexualmente transmissíveis. O planeamento familiar promove não apenas a saúde sexual e reprodutiva, mas também a saúde em geral, uma vez que estão necessariamente conectadas. Como refere Robinson (2002), a saúde sexual apoia-se em conhecimento preciso, consciência pessoal, autoestima e autoaceitação. No seu contacto privilegiado com o utente, o Enfermeiro utiliza o seu conhecimento atualizado para promover o autoconhecimento dos utentes, a literacia em saúde, a adoção de comportamentos saudáveis, a procura de relações interpessoais benéficas e a tomada de decisões livres e informadas.

No caso da mulher, uma das estratégias para promover uma sexualidade saudável, aumentar o autoconhecimento e a literacia corporal é a monitorização do seu ciclo menstrual,

através da auto-observação dos biomarcadores fisiológicos, recorrendo aos métodos de planeamento familiar natural. Além disso, estes métodos também permitem identificar a fase fértil para aumentar a probabilidade de engravidar e identificar, com precisão, as fases inférteis para espaçar uma gravidez. Mas a saúde sexual e reprodutiva é muito mais do que ter filhos, e pode mesmo ser um barómetro do estado de saúde individual, no sentido em que a saúde reprodutiva feminina afeta e é afetada pela saúde geral. Por um lado, a ovulação é um sinal de saúde, uma vez que ocorre se o organismo apresentar um equilíbrio hormonal e imunológico (Vigil et al., 2017). Por outro lado, uma ovulação de qualidade, com segregação de estrogénio e progesterona em níveis adequados, tem consequências em todo o organismo. Por exemplo, o estrogénio é neuroprotetor, ativa os neurónios, promove a produção óssea e de colagénio (Ali et al., 2018), enquanto a progesterona parece ser ansiolítica e analgésica (Caldwell et al., 2016; Kolatorova et al., 2022).

Atualmente, tem sido dada maior atenção às diferenças sexuais no campo da saúde. Devido às variações cíclicas femininas, os ensaios clínicos são realizados em homens, mas as mulheres são tratadas e medicadas da mesma forma que os homens, o que pode acarretar riscos vários (Boese et al., 2017). As especificidades do ciclo menstrual e o impacto das hormonas sexuais na saúde feminina devem ser considerados pelos profissionais de saúde, para que o cuidado seja personalizado e inclusivo. A monitorização do ciclo menstrual pode constituir uma forma fácil e prática de valorização e consciencialização das diferenças sexuais femininas por parte das próprias mulheres e dos profissionais de saúde. Além disso, constitui um instrumento de diagnóstico que permite detetar alterações menstruais, disfunções ovulatórias, hormonais, endócrinas, metabólicas, entre outras (Vigil et al., 2012).

Uma das condições para que a monitorização do ciclo menstrual seja fiável é recorrer a métodos modernos de planeamento familiar natural. De acordo com Festin et. al. (2016), os métodos modernos baseiam-se na compreensão da biologia reprodutiva humana, têm um protocolo para o uso correto e foram testados através de estudos sólidos para avaliação da eficácia. Por isso, é imperativo distingui-los de métodos que não cumprem estes critérios e que oferecem eficácias pouco atrativas: método Ogino-Knaus; coito interrompido; método da temperatura e os testes de ovulação.

O método Ogino-Knaus, também conhecido como Ritmo ou Calendário baseia-se na previsão do dia da ovulação pela duração do ciclo, por exemplo, se um ciclo tem 28 dias, estima-se que a ovulação ocorra no dia 14.º. No entanto, sabe-se hoje que apenas uma pequena percentagem de mulheres ovula ao 14.º dia e que a fase fértil é variável, mesmo em mulheres

que consideram os seus ciclos regulares, uma vez que a ovulação é dependente de fatores exógenos, como o stress, e, por isso, imprevisível (Wilcox et al., 2000). A lógica deste método serve de base a muitos aplicativos de telemóvel, cuja utilidade e pertinência se tornam questionáveis, tendo em conta a desatualização do método (Duane et al., 2016). Para avaliar um aplicativo, há que consultar eventuais declarações de proibição de uso para evitar uma gravidez, procurar informação sobre qual o método base do aplicativo e pode-se mesmo descartar qualquer aplicativo que preveja a ovulação, com notificações do tipo “a ovulação é daqui a 3 dias”, uma vez que não se baseia na fisiologia do sistema reprodutor feminino e, por isso, não é um método moderno, mas obsoleto, apesar da tecnologia (Duane et al., 2016; Stanford, 2015).

O coito interrompido consiste na interrupção do ato sexual imediatamente antes da ejaculação, para que os gâmetas não se encontrem. No entanto, há uma percentagem de homens cujo fluido pré-ejaculatório contém espermatozoides (Killick et al., 2011). Além disso, exige um elevado controlo por parte do homem (Jones & Lopez, 2014). No contexto da saúde sexual e reprodutiva, almeja-se por relações satisfatórias e completas, o que constitui outro motivo para excluir este método. Para além de não ser eficaz, interrompe um ato biologicamente designado para chegar a um clímax.

O método da temperatura como sinal único de fertilidade apresenta limitações, uma vez que é suscetível à influência de infeções ou outras doenças que levam à hiper ou hipotermia (Steward & Raja, 2019). No entanto, a temperatura como sinal de fertilidade está integrada no método Sintotérmico, cujo início de fase fértil é identificado com o sinal do muco cervical e o final com a subida da temperatura, entre 0,5-1.º C, devido ao efeito térmico da progesterona (Su et al., 2017).

Os testes de ovulação são testes urinários que detetam a presença do metabolito da hormona luteinizante (LH) na urina, estimando que a ovulação ocorra num período de 48h (Su et al., 2017). No entanto, podem apresentar falsos positivos como no caso dos ovários poliquísticos, falsos negativos ou ainda positivos que não se traduzem numa ovulação efetiva, pelo que não se recomenda a sua utilização para evitar uma gravidez (Eissa et al., 2015; Su et al., 2017).

Os métodos modernos que permitem a identificação da janela fértil com precisão são os métodos de ovulação, os métodos sintotérmicos e os sintohormonais (Frank-Herrmann et al., 2007; Urrutia et al., 2018). Estes métodos partem do conhecimento da biologia e fisiologia do sistema reprodutor feminino e da reprodução humana (Festin et al., 2016; Malarcher et al., 2016; Manhart et al., 2013).

O ciclo menstrual e a janela fértil, ou período fértil, foram estudados por vários autores (Ecochard et al., 2015; Hilgers & Stanford, 1998; Manhart et al., 2013; Simmons & Jennings, 2020a; Stanford, 2015; Vigil et al., 2017). No início do ciclo ovulatório, a glândula pituitária segrega a hormona folículo-estimulina (FSH), que recruta folículos para iniciarem o processo de maturação. As células foliculares segregam estradiol, que tem um efeito proliferativo no endométrio e, simultaneamente, estimula a produção de muco estrogénico (tipo E) no cérvix (Menárguez et al., 2003). O nível de estradiol atinge um pico no dia anterior à ovulação, que ativa o feedback positivo do eixo hipotálamo-hipófise-gónada e liberta a LH, responsável pela ovulação e pela luteinização do folículo dominante (Manhart et al., 2013). O corpo amarelo ou lúteo produz progesterona que, por um lado, tem um efeito secretor no endométrio, preparando-o para uma nidificação, e por outro, ativa a produção de muco cervical do tipo G (Manhart et al., 2013; Menárguez et al., 2003; Vigil et al., 2017). A observação externa do muco cervical permite à mulher identificar os diferentes tipos de muco e a fase do ciclo, com precisão, uma vez que o muco é o sinal visível da ação estrogénica e progestativa (Stanford, 2015). Sob ação estrogénica, o muco é mais fluido, elástico e transparente, desce pelo canal vaginal por ação da gravidade e é observável e sentido pela mulher (Ecochard et al., 2015; Simmons & Jennings, 2020a; Stanford, 2015). Na presença deste muco permeável, os espermatozoides podem sobreviver até 5 dias nas criptas cervicais do colo do útero (Ecochard et al., 2015; Stanford, 2015). Sob ação da progesterona, o muco é espesso e fica retido no cérvix, em forma de tampão protetor das agressões do exterior, impermeável à passagem dos espermatozoides (Menárguez et al., 2003). A janela fértil tem, assim, 6 dias: o dia da ovulação e os 5 dias de sobrevivência dos gâmetas masculinos (Ecochard et al., 2015; Frank-Herrmann et al., 2005; Stanford, 2015; Wilcox et al., 2000). A fecundação é possível apenas neste período fértil, uma vez que é a única fase do ciclo em que o encontro dos gâmetas é possível (Ecochard et al., 2015).

Os métodos de ovulação, como o método de *Billings* ou o modelo *Creighton*, apoiam-se exclusivamente nas descargas vaginais e nas sensações percebidas pela mulher. O *Creighton* é uma versão modificada do *Billings*, com padronização de observações e registo, sendo assim de leitura universal e interpretável (Hilgers & Stanford, 1998). O gráfico *Creighton* é vocacionado para a deteção de anomalias do ciclo menstrual e ovulatório.

Nos métodos sintotérmicos como *Justisse*, *Sensiplan*, *Couple to Couple League*, o início da janela fértil é identificado pela presença de muco e outros sinais adicionais como a palpação do colo do útero. O final da fase fértil é confirmado pelo aumento discreto da temperatura basal,

entre 0,5-1.º C, devido ao efeito térmico da progesterona, como atrás referido (Frank-Herrmann et al., 2007).

Os métodos sintohormonais como o Modelo *Marquette* ou FEMM recorrem ao muco cervical para início da fase fértil e aos metabolitos urinários de estradiol e LH para identificar o início e final da fase fértil (R. Fehring et al., 2008).

Apesar de não ser um método de identificação dos sinais fisiológicos, podemos considerar o Método da Amenorreia Lactacional (LAM) como método moderno de planeamento familiar natural (Gross, 1991), uma vez que também se baseia na fisiologia feminina na amamentação e apresenta uma elevada eficácia (Panzetta & Shawe, 2013; Pérez et al., 1992; Trussell, 2009; van der Wijden & Manion, 2015). O método baseia-se na supressão da ovulação, por ação de níveis serológicos elevados de prolactina, e exige o cumprimento de 3 critérios: amamentação exclusiva, amenorreia, utilização apenas até ao final do 6.º mês pós-parto (Panzetta & Shawe, 2013; van der Wijden & Manion, 2015).

A DGS apresenta estes métodos como uma hipótese nas Orientações do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (2008b) e são mencionados nos Consensos sobre contraceção (Sociedade Portuguesa da Contraceção; Sociedade Portuguesa de Ginecologia; Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2020), mas a utilização em Portugal é muito baixa (Águas et al., 2016), apesar de haver procura crescente por parte das mulheres (Webb et al., 2020). Um dos motivos pode ser a falta de conhecimento e/ou promoção por parte dos profissionais de saúde (Cleland et al., 2018; Villar Vera et al., 2003).

2.3 – Métodos

Considerando a influência dos profissionais de saúde na decisão livre e informada na área do planejamento familiar (Águas et al., 2016), nomeadamente na escolha do método (Cunha et al., 2022), decidiu-se investigar os conhecimentos, atitudes e prática dos Enfermeiros e Médicos em relação aos métodos modernos de planejamento familiar natural, realizando para o efeito uma revisão *scoping* (Aromataris & Munn, 2020).

Esta revisão *scoping* foi conduzida tendo por base o método proposto por *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2015) e foi redigida tendo por base o *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

O protocolo da revisão foi realizado e seguido pelos autores embora não tenha sido publicado e/ou registado. Contudo, o mesmo pode ser providenciado mediante pedido.

Para elaborar a questão de investigação, recorreu-se à formulação Participantes + Conceitos + Contexto (PCC). Definiu-se como População os Enfermeiros e Médicos, como Conceitos os conhecimentos, atitudes e práticas em relação aos métodos modernos do planejamento familiar natural e o Contexto como o sistema geral de saúde, onde os profissionais prestam cuidados e nesse sentido não existem restrições, sendo aplicáveis, por exemplo, contextos hospitalares, comunitários, ambulatoriais, entre outros. Optou-se por não se afunilar o contexto para diminuir o risco de filtrar artigos dentro da temática. A questão de investigação formulada foi “Quais os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação aos métodos de planejamento familiar natural?”.

Em relação aos termos de pesquisa (Tabela 1), seguindo-se as indicações de Cunha & Santos (2021), utilizou-se linguagem natural e descritores Medical Subject Heading (MeSH). Apesar de atualmente o termo mais usado na literatura ser “Fertility Awareness Methods”, este não constitui um descritor ainda, pelo que se optou pelos MeSH “Natural Family Planning Methods” e “Natural Family Planning”. Para os participantes, selecionou-se “nurses”, “nurse

midwives”, “midwifery”, “physicians”, “clinicians” e “doctors”. Para os restantes termos, optou-se pela linguagem natural, por não se ter encontrado termos MeSH que correspondessem ao que se pretendia (por exemplo, “knowledge” deve ser usado apenas num contexto filosófico, segundo informação do *website* da National Library of Medicine). Aplicaram-se algumas truncaturas aos termos definidos, como apresentado na **Tabela 1**:

Tabela 1 - Lista de palavras e truncaturas

Truncaturas	Termos abrangidos
Nurs*	Nurse, nurses, nursing
Midwi*	Midwife, midwives, midwifery
Clinician*	Clinician, clinicians
Doctor*	Doctor, Doctors
Physician*	Physician, Physicians
Know*	Knowledge, know, knows
Attitude*	Attitude, Attitudes
Practi*	Practise, practice, practices

Dependendo das bases de dados, utilizaram-se algumas estratégias para se localizar o maior número possível de artigos. Recorreu-se às aspas para que o motor de busca pesquisasse a expressão composta. Por exemplo, ao procurar por (ovulation method), surgiam artigos sobre indução de ovulação, mas ao usar aspas na expressão “ovulation method”, aparecem apenas artigos sobre o método de ovulação. Outra estratégia foi procurar pelo nome dos métodos (método de ovulação OR Sintotérmico OR amenorreia lactacional) para abranger artigos que não contivessem o MeSH “natural family planning”. Além disso, de acordo com o *website* da National Library of Medicine, o termo “natural family planning” surgiu em 1990, pelo que os estudos anteriores a esta data estão sob o descritor “family planning”, ficando assim abrangidos, espera-se, ao procurar pelo nome dos métodos.

A pesquisa foi realizada entre o dia 18 de agosto e 30 de setembro de 2022. Não foi aplicado filtro temporal nem linguístico. Na tabela seguinte, apresentam-se os resultados por base de dados e por fórmula de pesquisa:

Tabela 2 - Resultados por base de dados e fórmula de pesquisa

Base de dados	Fórmulas de pesquisa	Resultados
Academic Search Complete	“natural family planning” AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	14
	("ovulation method" OR symptothermal OR "lactational amenorrhea") AND (nurs* OR doctor OR clinician OR midwi* OR physician) AND (knowledge or attitude or experience or practices)	8
CINAHL®	(“natural family planning”) AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	18
	("ovulation method" OR symptothermal OR “lactational amenorrhea”) AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	7
Cochrane (Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Clinical Answers; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register)	(“natural family planning”) AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	3
	("ovulation method" OR symptothermal OR “lactational amenorrhea”) AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	4
eBook Nursing Collection	(“natural family planning”) AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	1
	("ovulation method" OR symptothermal OR “lactational amenorrhea”) AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	0

LILACS (via Virtual Health Library)	("natural family planning") AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	4
	("ovulation method" OR symptothermal OR "lactational amenorrhea") AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	3
Library, Information Science & Technology Abstracts	("natural family planning") AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	0
	("ovulation method" OR symptothermal OR "lactational amenorrhea") AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	0
MedicLatina	"natural family planning"	4
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	("natural family planning") AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	6
	("ovulation method" OR symptothermal OR "lactational amenorrhea") AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	3
Open Access Theses and Dissertations	("natural family planning") AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	7
	("ovulation method" OR symptothermal OR "lactational amenorrhea") AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	2
PubMed (inclui MEDLINE Complete)	((natural family planning[MeSH Terms]) AND (nurs* OR doctor* OR clinician* OR midwi* OR physician*)) AND (know* OR attitude* OR practi*)	44
	("ovulation method" OR symptothermal OR "lactational amenorrhea") AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	48
Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal	"Planeamento familiar natural"	2

	“Planejamento familiar natural”	3
	“Amenorreia lactacional”	2
	“Lactação com amenorreia”	8
	“método de ovulação”	1
	“Sinto-térmico”	0
Scientific Electronic Library Online (SciELO)	“natural family planning”	12
	“planejamento familiar natural”	3
	“método de ovulação”	8
	“sinto-térmico”	0
	"amenorreia lactacional"	1
	"lactação com amenorréia"	4
SciELO Portugal	“planejamento familiar natural”	0
	“método de ovulação”	0
	“planejamento familiar”	3
	“planeamento familiar”	3
ScienceDirect (via B-On)	(“natural family planning”) AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	20
	("ovulation method" OR symptothermal OR "lactational amenorrhea") AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	4
Scopus® (via B-On)	(“natural family planning”) AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	12
	("ovulation method" OR symptothermal OR "lactational amenorrhea") AND (nurs* OR midwi* OR physician* OR clinician* OR doctor*) AND (knowledge OR attitude OR practice)	4

Outras fontes: Biblioteca da Ordem dos Enfermeiros	“planeamento familiar natural” (também se procurou por “billing” e “sinto-térmico” e “amenorreia lactacional”)	0
--	--	---

Total		266
--------------	--	------------

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram transferidas para o Endnote V7.7.1 (Clarivate Analytics, PA, EUA) e os 266 artigos foram sujeito à filtragem dos duplicados. A fim de avaliar a sua elegibilidade, os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes. Na ausência de consenso, foi incluído um terceiro revisor como critério de desempate. Surgiu mais 1 artigo durante a leitura dos resumos, que foi incluído como sendo de “outras fontes”. Foram lidos os títulos e resumos e foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão que figuram na **Tabela 3**, apurando-se 24 artigos. Tendo em conta a categorização por níveis de eficácia do CDC e da OMS, optou-se por incluir apenas os métodos de PFN de maior eficácia, nomeadamente o método de ovulação, o método Sintotérmico e o LAM, que pertencem ao nível 2, para não abranger estudos de métodos obsoletos de menor eficácia (Festin et al., 2016; Organização Mundial da Saúde, 2018a).

Tabela 3 - Critérios de inclusão e exclusão

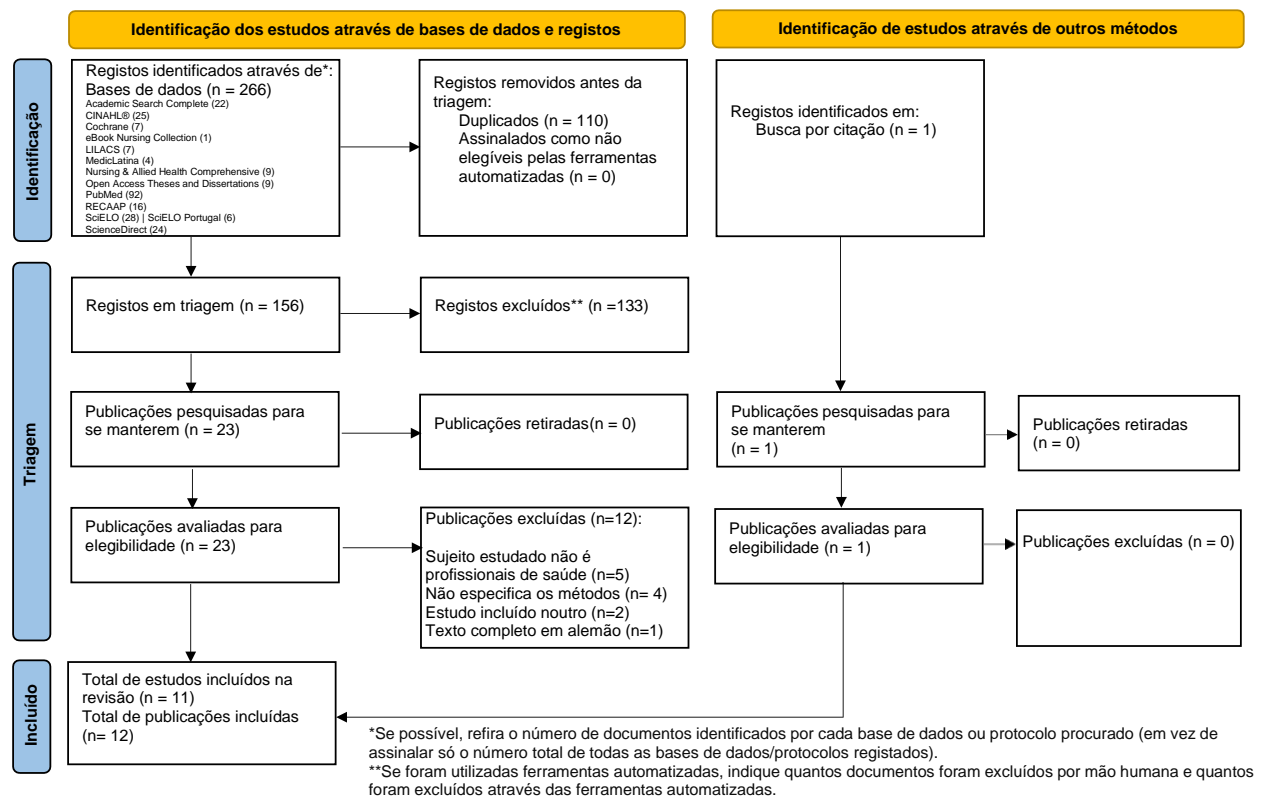
Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Enfermeiros de cuidados gerais Enfermeiros obstetras (midwife) Médicos (physician, doctor, clinician)	Estudantes de Enfermagem Estudantes/Internos de medicina Auxiliares de Enfermagem Instrutores de PFN que não sejam profissionais de saúde Estudos focados nos utilizadores
Conceitos	Conhecimentos, atitudes e práticas sobre métodos modernos de planeamento familiar natural para evitar uma gravidez (classificados pelo CDC no nível 2, ou seja, métodos de ovulação e sintotérmicos)	Utilização dos métodos para engravidar com ou sem infertilidade Estudos sobre métodos do nível 3 do CDC/OMS (Ritmo; Standard Days; TwoDay Method; Sintohormonais) Estudos que não especificam qual o “método natural”

Contexto	Cuidados de saúde à mulher/casal em idade reprodutiva (cuidados primários, secundários ou terciários)	Contexto fora de cuidados de saúde
Desenho	Todos os estudos, nomeadamente primários, secundários, quantitativos, qualitativos e mistos	
Idioma	Português, Espanhol, Inglês, Francês, Polaco	

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes. A presença de desacordo entre os revisores foi resolvida com a inclusão de um terceiro revisor. Os resultados foram agrupados numa tabela e acompanhados por uma síntese narrativa para atingir o objetivo da revisão.

2.4 – Resultados

Com a remoção de duplicados, apuraram-se 157 artigos. Foram eliminados 133 com base na leitura do título e resumo. Com a leitura do texto integral dos 24 artigos resultantes, foram excluídos 12 artigos. Desses, nove foram excluídos com base nos critérios de inclusão: a prática dos profissionais é referida, mas não é o objeto principal do artigo (n=5); não é especificado o tipo de método de PFN (n=4). Os restantes três foram excluídos por outros motivos: estudo sobre um país incluído noutra estudo sobre quatro países (n=1); revisão escopo que inclui os mesmos artigos analisados nesta revisão (n=1); texto completo em alemão (n=1). Este processo está representado na **Figura 2**.



Traduzido por: Verónica Abreu*, Sónia Gonçalves-Lopes*, José Luís Sousa* e Verónica Oliveira / *ESS Jean Piaget - Vila Nova de Gaia – Portugal
de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Figura 2 – Flowchart da seleção e processo de inclusão dos estudos.

Na Tabela 4, apresentam-se as características e especificidades de cada um dos estudos selecionados. O Apêndice 11 apresenta cada estudo de acordo com a folha de extração de dados da JBI (Aromataris & Munn, 2020).

Tabela 4 - Características dos estudos incluídos na revisão.

Autores/Ano/País	Tipo de estudo	População-contexto	Conclusões
Orfão & Félix, 2015, Portugal	Estudo descritivo quantitativo	66 Enfermeiros da unidade de puerpério de um hospital central em Portugal	Não há promoção do LAM, apesar dos Enfermeiros saberem os critérios, por receio de responsabilização profissional e por não acreditarem na eficácia.
Sannisto & Kosunen, 2009, Finlândia	Quantitativo (survey)	67 Médicos e 80 Enfermeiros de centros de saúde finlandeses	A promoção do LAM é residual. O estudo não avalia as razões. Contraceção pós-parto deveria ser iniciada mais cedo, de acordo com a opinião dos profissionais.
Moura et. al., 2011, Brasil	Estudo transversal quantitativo de campo	137 Enfermeiros de Estratégia Saúde da Família com, pelo menos, 1 ano de formação e com mais de 1 ano de atuação em planeamento familiar	A promoção do LAM não parece ter relação com o uso pessoal (não estatisticamente significativo). A não promoção do LAM parece associar-se à falta de confiança na eficácia do método.
Souza et. al., 2018, Brasil	Revisão bibliográfica	Não aplicável	O conhecimento dos profissionais sobre o MOB é crucial para a sua promoção junto dos utentes.
Spencer, 1996, Estados Unidos da América (EUA)	Quantitativo (survey)	5 Enfermeiras de “advanced practice”, 36 Médicos e 1 <i>physician assistant</i> (profissão sem equivalência em Portugal)	Os profissionais subestimam a eficácia real do PFN e a maioria não recomenda estes métodos, nem sabe para quem referenciar.
Joan Ibeziako, 2022, África do Sul	Qualitativo interpretativo	15 profissionais de saúde (5 Enfermeiros e 10 Médicos) de 2 hospitais e clínicas da África do Sul	A formação profissional é importante para empoderar os profissionais para atuar nesta área do PFN. A educação precoce das crianças nesta temática pode aumentar a aceitação destes métodos.
Fehring, 2001, Estados Unidos da América	Descritivo	450 <i>midwives</i> (42,8% de taxa de resposta) registadas nos Estados Unidos da América	As <i>midwives</i> não recomendam PFN nem LAM para evitar uma gravidez devido, provavelmente, ao preconceito da ineficácia e da dificuldade do ensino e utilização dos métodos.
Chhugani et. al., 2013, Índia	Descritivo	170 Enfermeiros de centros de saúde e programas comunitários da Índia	Os Enfermeiros desempenham um papel chave na disponibilização do LAM nos centros de saúde e programas comunitários.

Autores/Ano/País	Tipo de estudo	População-contexto	Conclusões
Snowden et. al., 1988, Maurícias, Sri Lanka, Peru, Filipinas	Quantitativo (com entrevistas a peritos pré-elaboração do questionário)	375 Médicos das Maurícias, Sri Lanka, Peru, Filipinas	O nível de conhecimento dos métodos pode afetar a sua eficácia. O calendário foi o método mais utilizado pelos participantes do estudo.
Stanford et. al., 1999, Estados Unidos da América	Descritivo	375 Médicos do estado de Missouri (EUA) com especialidades de ginecologia-obstetrícia, Médicos de família ou medicina interna.	O PFN parece ser encarado pelos participantes como um todo, sem distinção dos métodos mais eficazes dos menos eficazes. Os Médicos parecem conhecer melhor os métodos do calendário e da temperatura, que oferecem uma eficácia muito inferior aos métodos modernos.
Giroto et. al., 1997, Itália	Quantitativo (questionário) e qualitativo (<i>focus groups</i>)	121 Médicos de família italianos (<i>focus group</i> : 8 Médicos de família e 1 psicólogo)	Os Médicos de família consideram, na sua maioria, que são os profissionais certos para providenciar PFN, mas o conhecimento sobre ciclo menstrual e PFN é incompleto. No entanto, a esmagadora maioria deseja aprender mais sobre PFN.
Fehring, 1995, Estados Unidos da América	Quantitativo	48 Médicos e 118 Enfermeiras que participaram numa conferência americana sobre saúde perinatal	Os profissionais que providenciam PFN na sua prática parecem estar a fazê-lo com pouca ou nenhuma formação. Os profissionais de saúde precisam de aprender mais sobre os métodos modernos de PFN e as condições para se poder ser instrutor. A associação americana de PFN deveria dar formação aos profissionais. A desatualização dos profissionais em PFN pode ser um motivo para a baixa utilização destes métodos pelas mulheres americanas (2%).

Orfão & Félix (2015) analisaram os fatores que influenciam os Enfermeiros na promoção do método da amenorreia lactacional como método contraceptivo, durante o período pós-parto. A população foi de 66 Enfermeiros do puerpério de um hospital português e o instrumento de colheita de dados foi um questionário elaborado para o efeito. Quanto à crença na eficácia do LAM, apenas uma minoria afirmou acreditar na eficácia. Quanto à recomendação do método no puerpério, a totalidade recomendava um contraceptivo e 95% considera pertinente o apoio à decisão da puérpera na contraceção pós-parto. Quanto ao conhecimento, 66% consideram que a formação académica não prepara para a promoção do LAM e 46% nega que a não promoção se relacione com o conhecimento dos Enfermeiros. O LAM não é recomendado pelos Enfermeiros desta unidade, o que parece dever-se à falta de crença na eficácia e no receio de responsabilização por parte da utente, no caso de uma gravidez não planeada.

Sannisto & Kosunen (2009) examinaram as práticas profissionais autorreportadas de aconselhamento contraceptivo pós-parto nos centros de saúde na comunidade finlandesa, de 67

Médicos de 80 Enfermeiras. Em relação à recomendação do LAM como método único na fase pós-parto: 4% dos Médicos e 0% das Enfermeiras recomendava às vezes; 15% dos Médicos e 13% das Enfermeiras raramente recomendava; 81% dos Médicos e 86% das Enfermeiras não recomendava. Relativamente à recomendação de contraceptivos: 41% dos Médicos e 45% das Enfermeiras recomendava preservativo, seguido da pílula da amamentação e dispositivos intrauterinos. A promoção do LAM é residual, mas o estudo não identifica os motivos.

Moura et. al. (2011) tiveram como objetivo identificar as experiências pessoais de Enfermeiros com aleitamento materno e com o LAM; conhecer motivos para a não adoção do aleitamento materno ou misto; estabelecer a relação entre a experiência pessoal de Enfermeiros com o LAM e a orientação desta forma de anticoncepção aos utentes das Unidades Básicas de Saúde. Dos 61 Enfermeiros com experiência pessoal/de casal de aleitamento materno exclusivo, menos de 20% usavam o LAM como método. Apenas uma minoria promovia o LAM aos utentes, mas dos que não tinham experiência pessoal de amamentação, 36 recomendavam-no. Parece não haver relação entre a utilização do LAM e a sua promoção aos utentes. Os Enfermeiros tinham níveis baixos de confiança que parecem associar-se à não utilização nem recomendação.

Souza et. al. (2018) abordaram o Método de Ovulação *Billings* (MOB) e a importância do conhecimento profissional na orientação do método, através de uma revisão de literatura. No Brasil, a utilização do MOB é baixa (1% das mulheres). Também há poucos estudos sobre o MOB. O ministério da Saúde brasileiro elaborou um guia orientador sobre o MOB para Enfermeiros em exercício profissional em consultas de planeamento familiar.

Spencer (1996) avaliou a prática dos Médicos e das Enfermeiras militares de prática avançada em PFN. Dos 42, 14 não oferecem PFN como uma opção; 26 oferecem em casos específicos; 1 oferece à maioria dos utentes. Quando questionados sobre PFN, 37 descrevem o método do Calendário ou o método da temperatura; 17 descrevem o método do muco cervical; 8 referenciam para outro profissional. Na questão da eficácia teórica e prática dos métodos modernos, uma minoria acredita na eficácia teórica superior a 95% e nenhum dos inquiridos acredita na eficácia prática superior a 95%. Em geral, os Médicos e Enfermeiros militares não crê na eficácia e não recomendam PFN.

Joan Ibeziako (2022) investigou a perceção dos profissionais de saúde de clínicas e hospitais da África do Sul sobre a recomendação de PFN, como parte dos cuidados de saúde reprodutiva. Os participantes tinham ideias vagas sobre PFN e não sabiam distinguir entre tradicionais e modernos. Apontaram a eficácia como a principal razão para a escolha de um

método e reconhecem que a formação profissional é essencial para garantir a eficácia. Outros motivos apontados foram a motivação, compromisso, relação estável e o facto do método ser barato e acessível, não correndo o risco de se esgotar como os contraceptivos. Os motivos que poderiam dificultar seriam a iliteracia, a promiscuidade e a irregularidade dos ciclos. Todos os participantes referiram que o PFN é visto como obsoleto, ineficaz e, por isso, não deveria ser uma opção. Foi mencionado o carácter empoderador do PFN, porque estar bem informado dá poder ao próprio, inclusive mencionaram a importância de ensinar estes temas às crianças. A formação dos profissionais sobre PFN completaria a sua formação básica e ajudaria na promoção dos métodos, uma vez que não se tem esta formação nas licenciaturas. Os fatores da cultura profissional apontados como dificultadores foram: “natural” visto como não científico; paternalismo de decidir pelo cliente; abordagem curativa em vez de preventiva. Em resumo, o PFN não é recomendado por falta de formação e devido à cultura profissional.

Fehring (2001) avaliou o conhecimento e promoção do PFN, incluindo do LAM, por 450 *nurse-midwives* certificadas. Praticamente todas se sentiam preparadas para providenciar PFN. A maioria, quando solicitada, descreveria o método sintotérmico, surgindo o calendário em 4.º lugar, após o método do muco cervical e da temperatura. Parecem ter melhores conhecimentos do que os Médicos estudados por Stanford (1999). Apesar disso, não recomendam PFN para evitar uma gravidez, provavelmente pela percepção errada da sua eficácia e da exigência do método, que creem ser apenas para candidatas selecionadas.

Chhugani et. al. (2013) analisaram o conhecimento do LAM de 170 Enfermeiros. Destes, 68,5% identificou corretamente os 3 critérios do LAM.

Snowden et. al. (1988) avaliaram o conhecimento de 375 Médicos sobre métodos de abstinência periódica. Dos 172 Médicos que providenciavam métodos de abstinência periódica, quase metade ensinavam o calendário e apenas 9 ensinavam o MOB. Dos 172, apenas 21 conheciam o MOB. Foi identificada uma discrepância negativa entre o conhecimento percebido dos Médicos sobre PFN e o conhecimento real. Os autores referiram que o nível de conhecimento dos métodos pode afetar a sua eficácia.

Stanford et. al. (1999) avaliou o conhecimento e prática dos métodos modernos de PFN por 375 Médicos. Dos 375 Médicos, 80 afirmaram que nunca foram questionados quanto ao PFN. Dos restantes, 45 descreviam o calendário; 40 o método do muco cervical; 54 o da temperatura; 37 referenciavam para outro profissional. Em relação à eficácia prática dos métodos modernos, a maioria deu uma eficácia abaixo dos 95%, havendo mesmo 35 a que consideraram abaixo dos 50%. O PFN parece ser encarado pelos participantes como um todo,

sem distinção dos métodos mais eficazes em relação aos menos eficazes. Os Médicos parecem conhecer melhor os métodos do calendário e da temperatura, que oferecem uma eficácia muito inferior aos métodos modernos. Os Médicos que não tinham instrutores de PFN na sua área subestimaram mais a eficácia do PFN e não recomendam estes métodos.

Giroto et. al. (1997) investigaram o conhecimento e o comportamento dos Médicos de família italianos no campo da saúde da mulher, em particular do planeamento familiar, incluindo natural. Identificou-se falta de conhecimento sobre os métodos modernos de PFN, mas vontade em aprender mais (83% dos inquiridos). Na prática, o PFN é o menos recomendado. Dos que afirmam conhecer métodos de PFN, a maioria refere Ogino-Knaus e temperatura às utentes. Ainda assim, 67,9% diz conhecer o método *Billings* e 16,5% o método sintotérmico. Como desvantagens, apontaram a baixa eficácia, colocando-os abaixo dos preservativos, o que revela desatualização de conhecimento dos métodos modernos. O PFN foi recomendado, principalmente, a mulheres com ciclos regulares, relações estáveis, para engravidar, por motivos éticos, religiosos e ecológicos. A maioria considera que o Médico de família é a pessoa certa para ensinar PFN.

Fehring (1995) teve como objetivo determinar o conhecimento e uso profissional do PFN por Médicos e Enfermeiros da área perinatal. Mais de 50% dos profissionais afirmou não ter tido PFN na sua formação básica. Dos que receberam formação em sala de aula, o tempo empreendido foi 1h ou menos, focado no método do calendário ou temperatura. Dos 48 Médicos, 30 usam PFN na sua prática, mas a maioria não é certificada. Entre os métodos aceites como PFN atual, o calendário é aceite por 43, a temperatura por 44, o método de ovulação por 37 e o sintotérmico por 30. Das 118 Enfermeiras, 28 usam PFN na sua prática e apenas 1 é certificada. Entre os métodos aceites como PFN atual, o calendário é aceite por 92, a temperatura por 89, o método de ovulação por 76 e o sintotérmico por 34. Dos 5 que se afirmaram certificados, muitos admitiram que se limitavam a entregar documentos de leitura e um termómetro, sem praticar um sistema próprio de ensino. Os profissionais de saúde parecem ter conhecimentos desatualizados sobre PFN.

2.5 – Discussão dos resultados

Esta revisão scoping teve como objetivo mapear a promoção do PFN pelos Enfermeiros e Médicos, a partir dos seus conhecimentos, atitudes e práticas.

Os artigos encontrados abrangem diversos países e realidades culturais, numa amplitude temporal de 1988 a 2022. Curiosamente, os achados ao longo das décadas são muito semelhantes, nomeadamente a desatualização de conhecimento, a confusão entre métodos obsoletos e modernos de PFN e a falta de formação graduada e certificada, que parecem ser os motivos por detrás da baixa promoção e utilização.

O primeiro aspeto transversal aos estudos é a baixa promoção dos métodos de planeamento familiar natural, quer modernos, quer obsoletos (Chhugani et al., 2013; Fehring et al., 2001; Fehring, 1995; Girotto et al., 1997; Joan Ibeziako, 2022; Moura et al., 2011; Orfão, 2015; Sannisto & Kosunen, 2009; Snowden, 1988; Souza et al., 2018; Spencer, 1996; Stanford et al., 1999). Em Portugal, de acordo com os dados mais recentes, verifica-se esta baixa promoção pelos profissionais de saúde e baixa utilização pelas mulheres (Águas et al., 2016).

Outro aspeto presente em praticamente todos os estudos é a confusão entre os métodos obsoletos do calendário e da temperatura e os métodos modernos, como o método de ovulação, sintotérmico ou LAM (R. Fehring et al., 2001; R. J. Fehring, 1995; Girotto et al., 1997; Joan Ibeziako, 2022; Moura et al., 2011; Snowden, 1988; Spencer, 1996; Stanford et al., 1999). Mesmo entre os profissionais que afirmam conhecer o PFN e recomendá-lo, parece haver uma lacuna nos conhecimentos sobre o ciclo menstrual (Girotto et al., 1997), sobre a forma de funcionamento dos métodos modernos (Girotto et al., 1997; Snowden, 1988) e a sua eficácia real (Fehring et al., 2001; Girotto et al., 1997; Moura et al., 2011; Spencer, 1996).

Apesar da falta de conhecimento ser identificada em estudos selecionados, a recomendação do PFN parece ser mais afetada pela perceção incorreta da ineficácia dos métodos, do que propriamente pela falta de conhecimento do *modus operandi* em si (Fehring et al., 2001; Fehring, 1995; Girotto et al., 1997; Joan Ibeziako, 2022; Orfão, 2015).

Outro dos motivos apontados para a não recomendação pelos profissionais é a dificuldade de utilização destes métodos, que requerem um sistema de ensino e uma curva de aprendizagem (Fehring et al., 2001; Fehring, 1995; Souza et al., 2018). Na avaliação das práticas contraceptivas, também as mulheres portuguesas parecem optar por métodos não dependentes do utilizador (Águas et al., 2016).

Alguns profissionais apontam o receio de responsabilização por uma gravidez não planeada como obstáculo à promoção dos métodos (Orfão, 2015). Apesar da contraceção ter uma taxa comparável de gravidezes não planeadas, parece ser mais fácil admitir falha de utilização do utente, do que no caso de um sistema que tem um protocolo exigente e requer vários ciclos de ensino para ser eficaz (Fehring et al., 2001).

Em relação à eficácia dos métodos, além da informação imprecisa por parte dos profissionais de saúde, que não tem em conta os mais recentes documentos publicados pelo CDC e pela OMS, é importante referir que alguns estudos de eficácia destes métodos seguiram os protocolos para avaliação da eficácia contraceptiva, encarando a gravidez como “falha do método”, sem questionar os casais quanto às suas decisões, o que pode ter levado a um viés (Fehring, 1995). Há casais que usam dias férteis conscientemente, após início do estudo para espaçar uma gravidez.

Alguns profissionais admitiram ter tido muito pouca formação sobre PFN na formação base (Fehring, 2004; Joan Ibeziako, 2022). Também admitiram que o paternalismo pode ser um fator que influencia a não recomendação do PFN, pela tendência em escolher pelo utente o método que o profissional considera melhor (Joan Ibeziako, 2022). Ainda assim, afirmam que devem ser os profissionais de saúde a garantir este serviço, nomeadamente os Médicos de família (Giroto et al., 1997) e os Enfermeiros (R. Fehring et al., 2001). Em particular, os Enfermeiros obstetras ocupam um papel privilegiado na educação e literacia em saúde e na promoção da saúde sexual e reprodutiva (Trent & Clark, 1997; Fehring, 2004; Fehring et al., 2001; Souza et al., 2018), sendo o planeamento familiar uma das competências previstas no regulamento da especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Resumindo, o PFN é um dos métodos menos recomendados, apesar da sua eficácia e das diversas vantagens, provavelmente pela falta de confiança por parte dos profissionais, que parece associar-se à falta de conhecimentos sobre os métodos modernos de acordo com a evidência mais atual.

Esta revisão *scoping* apresenta como pontos fortes a estratégia de pesquisa em diversas bases de dados, com critérios rigorosos de inclusão. Os artigos selecionados abrangem contextos culturais distintos, o que permite ter uma visão global. O facto de não se ter utilizado limitadores temporais, pode ser em si um ponto forte, por permitir analisar estudos de décadas distintas, mas também um ponto fraco, pelo risco de informação desatualizada. A principal limitação é o baixo nível de evidência dos artigos selecionados, não havendo nenhum artigo com evidência de nível 1 (The Joanna Briggs Institute, 2013), pelo que não é possível sintetizar informação. Outra limitação é a ausência de estudos realizados no contexto nacional.

Conclusão

O planeamento familiar é uma importante competência dos Enfermeiros obstetras (Ordem dos Enfermeiros, 2019), que contribui de forma muito especial para a saúde sexual e reprodutiva.

Para que a decisão dos utentes seja livre e informada, é necessário o acesso a todas as opções e o respeito do profissional pela decisão do utente (Dehlendorf et al., 2017; Downey et al., 2017; Joan Ibeziako, 2022). Em planeamento familiar, isso inclui o acesso aos métodos de PFN, nomeadamente a métodos modernos que se baseiam na fisiologia da reprodução humana, uma vez que oferecem eficácias de nível 2 de acordo com a classificação da OMS (Organização Mundial da Saúde, 2018a).

Além da elevada eficácia (Urrutia et al., 2018), recentemente reconhecida pelo CDC e pela OMS (Migeon, 2019; Organização Mundial da Saúde, 2018a), estes métodos de PFN apresentam outras vantagens pertinentes em saúde sexual e reprodutiva, como a ausência de efeitos secundários, o autoconhecimento, o empoderamento, a literacia em saúde e a possibilidade de serem usados para engravidar ou para espaçar uma gravidez (Kar et al., 1999; Kelly et al., 2012; Simmons & Jennings, 2020b; Webb et al., 2020).

Tendo em conta a experiência da mestrandia como instrutora certificada, denota-se um aumento da procura destes métodos pelas utentes, apesar de não haver dados acessíveis sobre esta realidade em Portugal, mas apenas relativos aos EUA (Manhart et al., 2013; Stanford et al., 1998; Webb et al., 2020). Também parece haver uma maior procura de formação por parte dos profissionais de saúde (Giroto et al., 1997; Joan Ibeziako, 2022), o que foi verificado também no contacto com os colegas durante a fase de estágio deste curso.

Dos artigos analisados na revisão *scoping*, há uma tendência geral para a baixa promoção destes métodos pelos profissionais de saúde. Apesar de não ser possível encontrar uma relação causa-efeito, identificaram-se vários fatores que podem influenciar as práticas profissionais, nomeadamente a falta de confiança na eficácia, a falta de conhecimentos sobre

os métodos modernos e o caráter exigente dos métodos, que alguns profissionais consideram destinar-se apenas a mulheres/casais selecionados. Outros fatores podem ser o pouco investimento nesta área na formação graduada e pós-graduada, mas também a falta de condições no contexto profissional, nomeadamente tempo para formar os utentes e validar o seu domínio na utilização destes métodos. Note-se que as consultas de planeamento familiar nos centros de saúde têm uma duração de 15-30 min, enquanto uma sessão do método de ovulação, por exemplo, é cerca de uma hora.

Como recomendações para a área de investigação, sugere-se o estudo da eficácia destes métodos na população portuguesa, dos CAP dos profissionais de saúde sobre a temática em causa. Seria pertinente um estudo caso-controlo com profissionais de saúde que sejam instrutores certificados de métodos de ovulação e sintotérmico, em comparação com profissionais não certificados, para avaliar nível de conhecimentos, nível de confiança no método e promoção destes métodos juntos dos utentes.

Como recomendações para a prática, sugere-se a inclusão destes métodos nos currículos académicos, providenciados por profissionais com exercício profissional na área, e também na formação contínua em contexto profissional. Os profissionais de saúde, em especial os Enfermeiros, ocupam um lugar privilegiado na promoção da literacia e educação para a saúde, com uma visão holística do ser humano, que proporcionam as condições favoráveis para aprendizagem e utilização eficaz pelas mulheres ou casais que optarem pelos métodos de PFN, numa tomada de decisão livre e informada.

Referências bibliográficas

- Águas, F., Bombas, T., & Silva, D. P. da. (2016). Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10(3).
- Alghorayed Fiza Tariq, A., Alharthy, R. A. A., Alsolimani, R. M., Alshawmali, G. M., Jabal, N. A. B., Alrowaizen, S. B., Felemban, A. S., Alsubhi, S. H., Khatry, A. M., & Al Dokhi, A. A. A. (2020). An overview on episiotomy: Indications, risk factors, and complications. *International Journal of Pharmaceutical Research and Allied Sciences*, 9(4).
- Ali, S. A., Begum, T., & Reza, F. (2018). Hormonal Influences on Cognitive Function. *The Malaysian Journal of Medical Sciences : MJMS*, 25(4), 31. <https://doi.org/10.21315/MJMS2018.25.4.3>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI Manual for evidence synthesis. Chapter 11: Scoping Reviews. *Jbi, February*.
- Bahabadi, F. J., Estebarsari, F., Rohani, C., Kandi, Z. R. K., Sefidkar, R., & Mostafaei, D. (2020). Predictors of health-promoting lifestyle in pregnant women based on pender's health promotion model. *International Journal of Women's Health*, 12. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S235169>
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366(9). <https://doi.org/10.1056/nejmp1109283>
- Beeman, P. C. (2010). Natural family planning in education and practice a narrative review of the literature. In *Linacre Quarterly* (Vol. 77, Issue 4). <https://doi.org/10.1179/002436310803888592>
- Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., Mirosh, M., Norman, W. v., Pymar, H., Reid, R., Roy, G., Varto, H., Waddington, A., Wagner, M. S., Whelan, A. M., Ferguson, C., Fortin, C., Kielly, M., Mansouri, S., & Todd, N. (2015). Canadian Contraception Consensus (Part 2 of 4). *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(11). [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)30054-8](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)30054-8)
- Boese, A. C., Kim, S. C., Yin, K.-J., Lee, J.-P., Hamblin, M. H., & Hamblin, M. H. (2017). Sex differences in vascular physiology and pathophysiology: estrogen and androgen signaling in health and disease. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*, 313, 524–545. <https://doi.org/10.1152/ajpheart.00217.2016.-Sex>

- Brandi, K., & Fuentes, L. (2020). *The history of tiered-effectiveness contraceptive counseling and the importance of patient-centered family planning care*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.11.1271>
- Caldwell, M., Casey, E., Powell, B., & Shultz, S. J. (2016). Sex hormones. In *Sex differences in Sports Medicine* (pp. 1–22). <https://doi.org/10.1891/9781617052491.0001>
- Capova, A. (2014). Factors influencing contraceptive choice: study focused on Czech men. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 3(4). <https://doi.org/10.5455/2320-1770.ijrcog20141202>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Contraception*. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm>
- Chhugani, M., Jha, P., & Caine, K. L. (2013). Nurses bring new family planning methods to communities: Standard days method and lactational amenorrhea method. *Indian Journal of Community Health*, 25(1).
- Claringbold, L., Sanci, L., & Temple-Smith, M. (2019). Factors influencing young women's contraceptive choices. *Australian Journal of General Practice*, 48(6). <https://doi.org/10.31128/AJGP-09-18-4710>
- Cleland, J., Shah, I. H., & Daniele, M. (n.d.). *Interventions to Improve Postpartum Family Planning in Low-and Middle-Income Countries: Program Implications and Research Priorities*. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2015.00041.x>
- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida* (p. 385).
- Coutinho, E., Dias, H., Santos, M. J., & Machado, V. (2021). *Promoção de saúde da mulher: Desafios e tendências*. (M. J. (Eds.) Coutinho, E., Dias, H., Santos, Ed.). <https://doi.org/https://doi.org/10.34633/978-989-54712-6-3>
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros*. Lusociência.
- Cunha, M., & Santos, E. (2021). *Revisão Sistemática da Literatura com Meta-análise: Um guia prático para iniciantes*. Edições Esgotadas.
- Cunha, R. S., Ferreira, A. C., Santiago, L. M., Cunha, R. de S. e, Ferreira, A. C., & Santiago, L. M. (2022). Fatores que influenciam a escolha do contraceptivo na mulher. *Revista*

- Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38(1), 34–46.
<https://doi.org/10.32385/RPMGF.V38I1.13142>
- Davison, C. (2020). Feminism, midwifery and the medicalisation of birth. *British Journal of Midwifery*, 28(12), 810–811. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.12.810>
- Dehlendorf, C., Grumbach, K., Schmittiel, J. A., & Steinauer, J. (2017). Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception*, 95(5).
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.12.010>
- Direção Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*.
- Direção Geral da Saúde. (2008a). *Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar*.
https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2008b). *Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar*.
https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*.
- Douglas, J. M., & Fenton, K. A. (2013). Understanding Sexual Health And Its Role In More Effective Prevention Programs. In *Public Health Reports* (Vol. 128, Issue 1).
- Downey, M. M., Arteaga, S., Villaseñor, E., & Gomez, A. M. (2017). More Than a Destination: Contraceptive Decision Making as a Journey. *Women's Health Issues*, 27(5).
<https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.03.004>
- Duane, M., Contreras, A., Jensen, E. T., & White, A. (2016). The performance of fertility awareness-based method apps marketed to avoid pregnancy. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 29(4). <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.04.160022>
- Ecohard, R., Duterque, O., Leiva, R., Bouchard, T., & Vigil, P. (2015). Self-identification of the clinical fertile window and the ovulation period. *Fertility and Sterility*, 103(5), 1319–1325.e3. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.01.031>
- Eissa, H., Ahmed, A., Chem, E. E.-R. A. B., & 2014, undefined. (2015). Implementation of smart ovulation detection device. *Researchgate.Net*.
<https://www.researchgate.net/profile/Walid-Hleihel->

2/publication/242250177_Revues_internationales_Articles_publies/links/554c921c0cf29f836c99353b/Revues-internationales-Articles-publies.pdf#page=82

- Fehring, R., Hanson, L., & Stanford, J. (2001). Nurse-midwives' knowledge and promotion of lactational amenorrhea and other natural family-planning methods for child spacing. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 46(2), 68–73. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(01\)00094-0](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(01)00094-0)
- Fehring, R. J. (1995). Physician and Nurses' Knowledge and Use of Natural Family Planning. *The Linacre Quarterly*, 62(4). <https://doi.org/10.1080/20508549.1995.11878322>
- Fehring, R. J. (2004). The future of professional education in natural family planning. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33(1). <https://doi.org/10.1177/0884217503258549>
- Fehring, R., Schneider, M., & Barron, M. L. (2008). Efficacy of the Marquette Method of Natural Family Planning. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 33(6).
- Festin, M. P. R., Kiarie, J., Solo, J., Spieler, J., Malarcher, S., van Look, P. F. A., & Temmerman, M. (2016). Moving towards the goals of FP2020 - classifying contraceptives. *Contraception*, 94(4), 289–294. <https://doi.org/10.1016/J.CONTRACEPTION.2016.05.015>
- Frank-Herrmann, P., Gnoth, C., Baur, S., Strowitzki, T., & Freundl, G. (2005). Determination of the fertile window: Reproductive competence of women - European cycle databases. *Gynecological Endocrinology*, 20(6). <https://doi.org/10.1080/09513590500097507>
- Frank-Herrmann, P., Heil, J., Gnoth, C., Toledo, E., Baur, S., Pyper, C., Jenetzky, E., Strowitzki, T., & Freundl, G. (2007). *The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study*. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem003>
- Friedman, A. M., Ananth, C. V., Siddiq, Z., D'Alton, M. E., & Wright, J. D. (2016). Gastroschisis: epidemiology and mode of delivery, 2005–2013. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(3). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.03.039>
- Giroto, S., del Zotti, F., Baruchello, M., Gottardi, G., Valente, M., Battaglia, A., Rosa, B., Fedrizzi, P., Campanella, M., Zumerle, M., & Bressan, F. (1997). The behavior of Italian family physicians regarding the health problems of women and, in particular, family planning (both contraception and NFP). *Advances in Contraception*, 13(2–3).

- Gonzalo, A. (2021). *Nola Pender: Health Promotion Model (Theory Guide) - Nurseslabs*. Nurseslabs.
- Griggs, K. M., Hrelac, D. A., Williams, N., McEwen-Campbell, M., & Cypher, R. (2020). Preterm Labor and Birth: A Clinical Review. In *MCN. The American journal of maternal child nursing* (Vol. 45, Issue 6). <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000656>
- Gross, B. A. (1991). Is the lactational amenorrhea method a part of natural family planning? Biology and policy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 165(6), 2014–2019. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(11\)90571-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(11)90571-7)
- Gün, İ., Doğan, B., & Özdamar, Ö. (2016). Long- and short-term complications of episiotomy. In *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology* (Vol. 13, Issue 3). <https://doi.org/10.4274/tjod.00087>
- Hilgers, T. W., & Stanford, J. B. (1998). Creighton model NaProeducation technology for avoiding pregnancy: Use effectiveness. *Journal of Reproductive Medicine for the Obstetrician and Gynecologist*, 43(6).
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2013, Issue 7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>
- Hubacher, D., & Trussell, J. (2015). A definition of modern contraceptive methods. In *Contraception* (Vol. 92, Issue 5). <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.08.008>
- Joan Ibeziako, O. (2022). Natural family planning, an option in reproductive healthcare: a qualitative study on clinicians' perceptions. *Linacre Quarterly*. <https://doi.org/10.1177/00243639221078070>
- Jones, R. E., & Lopez, K. H. (2014). Contraception. *Human Reproductive Biology*, 245–269. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-382184-3.00013-1>
- Kar, S. B., Pascual, C. A., & Chickering, K. L. (1999). Empowerment of women for health promotion: A meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 49(11). [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00200-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00200-2)
- Kashanian, M., Javadi, F., & Haghghi, M. M. (2010). Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 109(3). <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.11.028>

- Kelly, P. J., Witt, J., Mcevers, K., Enriquez, M., Abshier, P., Vasquez, M., & Mcgee, E. (2012). Clinician Perceptions of Providing Natural Family Planning Methods in Title X Funded Clinics. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 57(1). <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00107.x>
- Killick, S. R., Leary, C., Trussell, J., & Guthrie, K. A. (2011). Sperm content of pre-ejaculatory fluid. *Human Fertility*, 14(1), 48–52. <https://doi.org/10.3109/14647273.2010.520798>
- Kolatorova, L., Vitku, J., Suchopar, J., Hill, M., & Parizek, A. (2022). Progesterone: A Steroid with Wide Range of Effects in Physiology as Well as Human Medicine. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(14). <https://doi.org/10.3390/IJMS23147989>
- Lisi, C., De Freitas, C., & Barros, H. (2021). Maternal Country of Birth and Exclusive Breastfeeding During the First In-Hospital Day in Portugal: The Influence of the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Journal of Human Lactation*, 37(1). <https://doi.org/10.1177/0890334420982248>
- Lusa. (2018). *Mortalidade infantil em Portugal e na UE*.
- Malarcher, S., Spieler, J., Fabic, M. S., Jordan, S., Starbird, E. H., & Kenon, C. (2016). Fertility awareness methods: Distinctive modern contraceptives. In *Global Health Science and Practice* (Vol. 4, Issue 1). <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00297>
- Manhart, M. D., Duane, M., Lind, A., Sinai, I., & Golden-Tevald, J. (2013). Fertility awareness-based methods of family planning: A review of effectiveness for avoiding pregnancy using SORT. In *Osteopathic Family Physician* (Vol. 5, Issue 1). <https://doi.org/10.1016/j.osfp.2012.09.002>
- Menárguez, M., Pastor, L. M., & Odeblad, E. (2003). Morphological characterization of different human cervical mucus types using light and scanning electron microscopy. *Human Reproduction*, 18(9), 1782–1789. <https://doi.org/10.1093/HUMREP/DEG382>
- Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, A., Alemany-Anchel, M. J., Andreu-Pejó, L., & González-Chordá, V. M. (2020). Design and validation of the percov-s questionnaire for measuring perceived obstetric violence in nursing, midwifery and medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph17218022>

- Migeon, G. (2019). *CDC Changes Effectiveness Rating on Fertility Awareness Methods - Natural Womanhood*. <https://naturalwomanhood.org/cdc-changes-effectiveness-rating-on-fertility-awareness-methods-2019/>
- Montgomery, T. M., & Laury, E. (2019). A Call for Comprehensive Care in the Fourth Trimester. *Nursing for Women's Health*, 23(3). <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.03.006>
- Moura, E., Freitas, G., Pinheiro, A., Machado, M., Silva, R., & Lopes, M. (2011). Lactação com amenorréia: experiência de enfermeiros e a promoção dessa opção contraceptiva. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(1). <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000100006>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Neczypor, J. L., & Holley, S. L. (2017). Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nursing for Women's Health*, 21(6). <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.10.011>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-nº-391-2019_regulamento-das-competências-específicas-do-eesmo.pdf
- Orfão, S. M. P. A. do. (2015). *A promoção do método da amenorreia lactacional pelos enfermeiros na unidade de puerpério*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. In *WHO publications* (Issue January). <https://www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2018a). *Family Planning - A global handbook for providers*. World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>
- Organização Mundial da Saúde. (2018b). *Family Planning: A global handbook for providers*. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>

- Organização Mundial da Saúde. (2020). WHO Labour Care Guide User's Manual. In *Who* (Issue licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO)).
- Panzetta, S., & Shawe, J. (2013). Lactational amenorrhoea method: the evidence is there, why aren't we using it? *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 39(2), 136–138. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2012-100493>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2015). Health Promotion in Nursing. In *Pearson Education, Inc.*
- Pérez, A., Labbok, M. H., & Queenan, J. T. (1992). Clinical study of the lactational amenorrhoea method for family planning. *The Lancet*, 339(8799). [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(92\)91538-J](https://doi.org/10.1016/0140-6736(92)91538-J)
- Regulamento do exercício Profissional do Enfermeiro, Pub. L. No. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04, 2959 (1996).
- Robinson, B. E., Bocking, W. O., Rosser, B. R. S., Miner, M., & Coleman, E. (2002). The sexual health model: Application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1093/her/17.1.43>
- Rondung, E., Ekdahl, J., & Sundin, Ö. (2019). Potential mechanisms in fear of birth: The role of pain catastrophizing and intolerance of uncertainty. *Birth*, 46(1). <https://doi.org/10.1111/birt.12368>
- Sannisto, T., & Kosunen, E. (2009). Initiation of postpartum contraception: A survey among health centre physicians and nurses in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(4). <https://doi.org/10.3109/02813430903234914>
- Santo, S., Ayres-de-Campos, D., Costa-Santos, C., Schnettler, W., Ugwumadu, A., Da Graça, L. M., Clode, N., Pinto, L., Centeno, M., Carvalho, R., Rocha, P., Reis, I., Afonso, M., Castro, C., Aserkoff, R., Golen, T., Ricciotti, H., Vadnais, M., Scott, J., ... Ugwumadu, L. (2017). Agreement and accuracy using the FIGO, ACOG and NICE cardiotocography interpretation guidelines. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(2). <https://doi.org/10.1111/aogs.13064>
- Sequeira, A., Sobral, M. de F., Prta, A. P., Correia, T. I., Monteiro, M. J., & Henriques, C. (2020). Rotura artificial de membranos. In *Proc. Lidel - Edições Técnicas, Lda.*

- Sequeira, A., Sousa, O., & Amaral, C. F. (2020). Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica no Trabalho de Parto. In *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Simmons, R. G., & Jennings, V. (2020a). Fertility awareness-based methods of family planning. In *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* (Vol. 66, pp. 68–82). Bailliere Tindall Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.12.003>
- Simmons, R. G., & Jennings, V. (2020b). Fertility awareness-based methods of family planning. In *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* (Vol. 66, pp. 68–82). Bailliere Tindall Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.12.003>
- Smyth, S., Singh, S., Mullers, S., Finnegan, C., Flood, K., & Malone, F. D. (2020). VP09.15: Vaginal delivery for gastroschisis: worth the squeeze. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 56(S1). <https://doi.org/10.1002/uog.22447>
- Snowden, R. (1988). Physicians' views of periodic abstinence methods: a study in four countries. *Studies in Family Planning*, 19(4). <https://doi.org/10.2307/1966553>
- Sociedade Portuguesa da Contraceção; Sociedade Portuguesa de Ginecologia; Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2020). *Consenso sobre Contraceção 2020*. https://www.spdc.pt/images/CONSENSOS_FINAL.pdf
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2014). *Consenso sobre infecção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina*.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia, & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2003). *Consenso Sobre Contraceção*.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). *Hipoglicémia neonatal*.
- Souza, A. C. A. T. de, Lucas, P. H. C. S., Lana, T. C., Lindner, S. R., Amorim, T., & Felisbino-Mendes, M. S. (2019). Violência obstétrica: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem UERJ*, 27.
- Souza, F., Abreu, A., Vieira, H., Pio, D., Izidório, B., & Xavier, W. (2018). Método de Ovulação Billings: o enfermeiro frente ao planeamento familiar natural. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, 22(3), 60–67. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=129852567&lang=pt-br&site=ehost-live>

- Spencer, P. (1996). *Military physician and nurses' knowledge and use of modern natural family planning*.
- Stanford, J. B. (2015). Revisiting the fertile window. *Fertility and Sterility*, *103*(5), 1152–1153. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.02.015>
- Stanford, J. B., Lemaire, J. C., & Thurman, P. B. (1998). Women's interest in natural family planning. *Journal of Family Practice*, *46*(1).
- Stanford, J. B., Thurman, P. B., & Lemaire, J. C. (1999). Physicians' knowledge and practices regarding natural family planning. *Obstetrics and Gynecology*, *94*(5). [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(99\)00388-9](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(99)00388-9)
- Steward, K., & Raja, A. (2019). Physiology, Ovulation, Basal Body Temperature. In *StatPearls*.
- Stjernholm, Y. V., Charvalho, P. da S., Bergdahl, O., Vlastic, T., & Petersson, M. (2021). Continuous Support Promotes Obstetric Labor Progress and Vaginal Delivery in Primiparous Women – A Randomized Controlled Study. *Frontiers in Psychology*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.582823>
- Su, H., Yi, Y., Wei, T., Chang, T., & Cheng, C. (2017). Detection of ovulation, a review of currently available methods. *Bioengineering & Translational Medicine*, *2*(3), 238. <https://doi.org/10.1002/BTM2.10058>
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2016). Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birth Scale. *Women and Birth*, *29*(3). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.11.009>
- The Joanna Briggs Institute. (2013). New JBI Levels of evidence and Grades of Recommendation. In *The Joanna Briggs Institute* (Issue October).
- Tomé, T., Guimarães, H., Bettencourt, A., & Peixoto, J. C. (2009). Neonatal morbi-mortality in very low birth weight in Europe: The Portuguese experience. In *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 22, Issue SUPPL. 3). <https://doi.org/10.1080/14767050903199288>
- Trent, A. J., & Clark, K. (1997). What nurses should know about natural family planning. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, *26*(6), 643–648. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1997.tb02738.x>

- Trussell, J. (2009). Understanding contraceptive failure. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 199–209. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2008.11.008>
- Turner, J. v. (2021). Misrepresentation of contraceptive effectiveness rates for fertility awareness methods of family planning. In *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* (Vol. 47, Issue 7). <https://doi.org/10.1111/jog.14593>
- Urrutia, R. P., Polis, C. B., Jensen, E. T., Greene, M. E., Kennedy, E., & Stanford, J. B. (2018). Effectiveness of fertility awareness-based methods for pregnancy prevention: A systematic review. In *Obstetrics and Gynecology* (Vol. 132, Issue 3). <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002784>
- Urrutia, R. P., Polis, C., Jensen, E., Greene, M., Kennedy, E., & Stanford, J. (2019). *Landmark FABM Study: An Update | Reply OB/GYN & Fertility - Cary, NC*. <https://replyobgyn.com/landmark-fabm-study-an-update/>
- van der Wijden, C., & Manion, C. (2015). Lactational amenorrhoea method for family planning. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2015, Issue 10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001329.pub2>
- vande Vusse, L., Hanson, L., Fehring, R. J., Newman, A., & Fox, J. (2003). Couples' views of the effects of natural family planning on marital dynamics. In *Journal of Nursing Scholarship* (Vol. 35, Issue 2). <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00171.x>
- Vigil, P., Blackwell, L. F., & Cortés, M. E. (2012). The importance of fertility awareness in the assessment of a woman's health: A review. In *Linacre Quarterly* (Vol. 79, Issue 4). <https://doi.org/10.1179/002436312804827109>
- Vigil, P., Lyon, C., Flores, B., Rioseco, H., & Serrano, F. (2017). Ovulation, a sign of health. *The Linacre Quarterly*, 84(4), 343. <https://doi.org/10.1080/00243639.2017.1394053>
- Villar Vera, E. M., Valenzuela Tamayo, C., Ruiz Reyes, D., García Joanicot, O., Alvarez de la Cruz, C., & León Pacheco, L. (2003). Nivel de conocimiento sobre el método de la lactancia-amenorrea como recurso anticonceptivo TT - Knowledge about the lactational amenorrhoea method as a contraceptive resource. *Rev. Cuba. Enferm*, 19(2).
- Wadhwa, Y., Alghadir, A. H., & Iqbal, Z. A. (2020). Effect of antenatal exercises, including yoga, on the course of labor, delivery and pregnancy: A retrospective study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph17155274>

- Warren, C. E., Njue, R., Ndwiga, C., Abuya, T., Kabo, J. W., SuellenMilleraAndreLalonde, McMahon, S. A., George, A. S., Chebet, J. J., Mosha, I. H., Mpembeni, R. N. M., Winch, P. J., Kendall, T., Downe, S., World Health Organization, Wesson, J., Hamunime, N., Viadro, C., Carlough, M., ... Access, O. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- Webb, S., Cheng, A.-L., Simmons, R., Peragallo Urrutia, R., Jennings, V., & Witt, J. (2020). A Mixed-Methods Assessment of Health Care Providers' Knowledge, Attitudes, and Practices Around Fertility Awareness-Based Methods in Title X Clinics in the United States. *Women's Health Reports*, 1(1). <https://doi.org/10.1089/whr.2020.0065>
- WHO. (2010). Developing sexual health programmes. A framework for action. *Reproductive Health*.
- Wilcox, A. J., Dunson, D., & Baird, D. D. (2000). The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ: British Medical Journal*, 321(7271), 1259. <https://doi.org/10.1136/BMJ.321.7271.1259>
- Yılmaz, M., Değirmenci, F., & Yılmaz, D. V. (2021). A psychosocial examination of feelings and thoughts about pregnancy: A qualitative study. *Midwifery*, 103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103106>
- Yohai, D., Alharar, D., Cohen, R., Kaltian, Z., Aricha-Tamir, B., Ben Aion, S., Yohai, Z., & Weintraub, A. Y. (2018). The effect of attending a prenatal childbirth preparedness course on labor duration and outcomes. *Journal of Perinatal Medicine*, 46(1). <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0345>

Apêndices

Apêndice 1 – Apresentação sobre métodos naturais



Fertility Awareness Based Methods:
Sistema FertilityCare Modelo Creighton

Enf.^a Vanessa Machado
11CPLEESMO | 6CMESMOG
Março 2021

23 de março, 14h

<https://us02web.zoom.us/j/84331426906?pwd=dStZdnFhOUZ5RVVmQWVQM0hRVmRHdz09>





1

Objetivo e plano de aula

Objetivo: Apresentar o Sistema FertilityCare como uma opção de planejamento familiar.

TEMA	CONTEÚDO	HABILIDADE	RECURSOS AUXILIARES	TEMPO
Introdução	- Objetivo geral - Tema de aula	Exatidão oral		20 minutos
Desenvolvimento	- Métodos modernos de planejamento familiar - Fisiologia - Ovario em Portugal - Sistema FertilityCare princípios e aplicações - Comparação da FertilityCare com outros métodos de planejamento	Exatidão oral e interação	Computador Ovario em Portugal Fisiologia	
Conclusão	- Referência final - Tema de investigação - Recomendação para o aluno	Exatidão oral e interação		

2

Métodos modernos de planejamento familiar natural (Fertility Awareness Based Method)

Taxa de eficácia para evitar uma gravidez (Frank-Hermann et al., 2003; Luvata et al., 2016)

97-99%
(uso típico)

Contribuições modernas:

- eficazes
- seguros
- compreensão de biologia reprodutiva humana
- adequado para o uso contínuo
- testados em estudos em diferentes populações e condições

(Pillitteri et al., 2016)

3

Métodos modernos de planejamento familiar natural (Fertility Awareness Based Method)

Centers for Disease Control and Prevention (2020)

Avaliação de taxa de gravidez não planejada: 2-23%

Organização Mundial da Saúde (2018)

Taxa de gravidez não planejada: 2-23%

4

Métodos modernos de planejamento familiar natural ~~não são~~

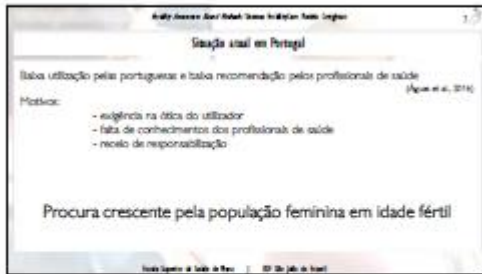
- Método ~~de~~ Knauss ou Calendário ou Ritmo
- Método ~~de~~ temperaturas
- Coito ~~intermitente~~
- App ~~telemóvel~~ com predição da ovulação
- Método ~~de~~ aplicado

5

Métodos modernos de planejamento familiar natural ~~não são~~

- Métodos de Ovulação:
- Billings (HCB), Modelo Creighton
- Método Sintotérmico:
- Sensiplan, Justinae
- Método Sintohormonal:
- Modelo Marquetta, FEMM
- Método Amenorréia Lactacional (LAM)

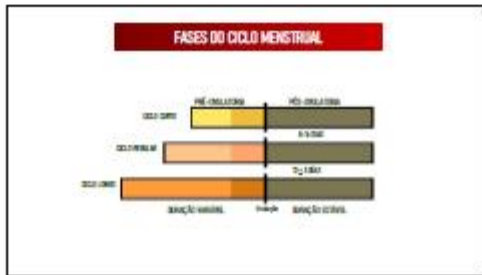
6



7



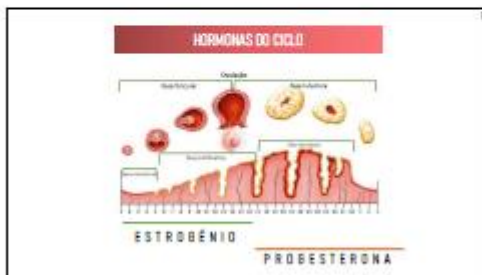
8



9



10



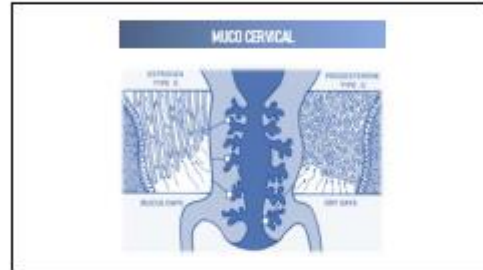
11



12



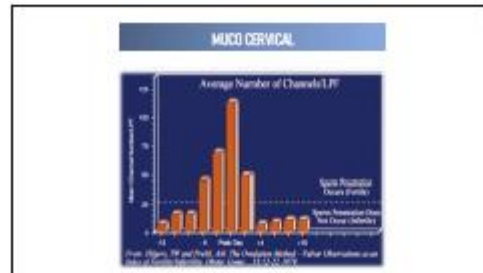
13



14



15



16

Sistema CREIGHTON MODEL, FertilityCare




Dr. Thomas Higgins, Ginecologista
Início de investigação com Método de Billings
Investigação na Universidade de Creighton, EUA
Início de FC em 1990 e NaPro em 1991
Portugal: 2019/2017

17

Sistema CREIGHTON MODEL, FertilityCare

Promoção

- Saúde da mulher
- Literacia em saúde
- Autocuidado
- Empoderamento da mulher/casal
- Saúde conjugal (comunicação)



18



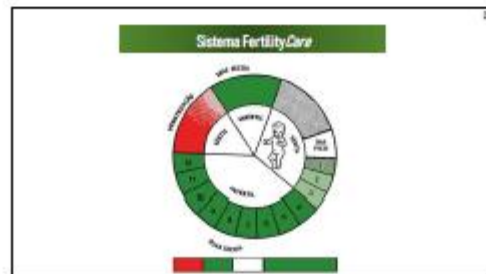
19



20



21



22



23



24

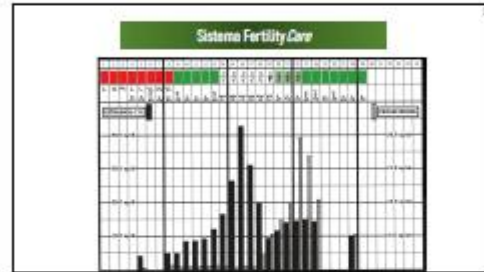
Sistema FertilityCare

SELOS

- Hemorragia
- Dias Secos
- Dias com maco
- Dia Pico
- Contagem de 3

+ DESCRIÇÃO

25



26

Sistema FertilityCare

Aplicável a todas as mulheres em idade fértil

Ciclos longos

Anovulação

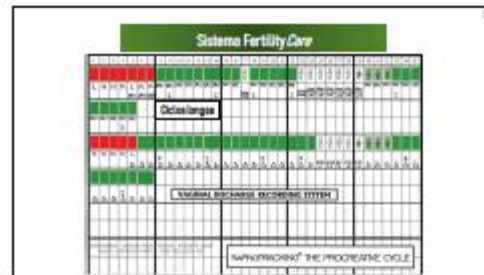
Amenorreia

Fluxo contínuo

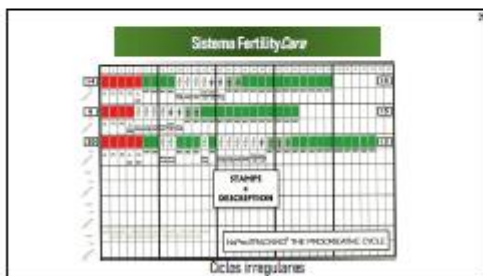
Ciclos irregulares

Hemorragia pós-menopausa

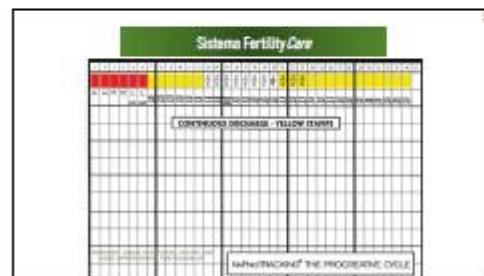
27



28



29



30

REVISÃO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
REVISÃO GERAL										INFORME POLIGRAFICO										SALA PROCEDEBIA										REFEITÓRIO										ABRIGO ESPORTE										INTELEBARI																																																	

37

REVISÃO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
REVISÃO GERAL										INFORME POLIGRAFICO										SALA PROCEDEBIA										REFEITÓRIO										ABRIGO ESPORTE										INTELEBARI																																																	

38

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

39

INTELEBARI
ABRIGO ESPORTE
PLANEAMENTO FAMILIAR
SAÚDE DA MULHER

40

Planeamento Familiar Natural

Contactos

Associação de Mulheres de Vila Rica	Associação de Mulheres de Vila Rica	Associação de Mulheres de Vila Rica	Associação de Mulheres de Vila Rica	Associação de Mulheres de Vila Rica
End: Rua da Liberdade, 100 - Vila Rica - RJ	End: Rua da Liberdade, 100 - Vila Rica - RJ	End: Rua da Liberdade, 100 - Vila Rica - RJ	End: Rua da Liberdade, 100 - Vila Rica - RJ	End: Rua da Liberdade, 100 - Vila Rica - RJ
Tel: (21) 344-1111	Tel: (21) 344-1111	Tel: (21) 344-1111	Tel: (21) 344-1111	Tel: (21) 344-1111
gma@mulheresdevilarica.org.br	gma@mulheresdevilarica.org.br	gma@mulheresdevilarica.org.br	gma@mulheresdevilarica.org.br	gma@mulheresdevilarica.org.br

41

REVISÃO NAÇÕES

MARIANA PINHEIRO	MARIANA PINHEIRO	MARIANA PINHEIRO	MARIANA PINHEIRO	MARIANA PINHEIRO
COORDINADORA GERAL	COORDINADORA GERAL	COORDINADORA GERAL	COORDINADORA GERAL	COORDINADORA GERAL
REVISÃO 2015	REVISÃO 2016	REVISÃO 2017	REVISÃO 2018	REVISÃO 2019

42

Apêndice 2 – Folheto sobre métodos modernos de planeamento familiar natural (para profissionais de saúde)

Para aceder a uma elevada eficácia, é OBRIGATÓRIO o seguimento profissional:



FertilityCare Portugal
Tlm.: 916 272 026
geralefertilitycare.pt
fertilitycare.pt



MDV
Enf.ª Mary Anne Avilez
Tel: 217 994 530
geral@mdvida.pt
mdvida.pt



Associação Família e Sociedade
Dr.ª Lurdes Monsanto
Tel/Fax: 21 314 95 85
familiaesociedade.org



FEMM
Tlm.: 961 955 625
femmhealth.org



Formação para profissionais

FEMM Health
<https://femmhealth.org/professional-education/become-a-femm-teacher/>

Sintotérmico
<https://www.nfpta.org.uk/>

Método Billings
<https://www.woombinternational.org/education/international-training-programs>

Marquette
<https://www.marquette.edu/nursing/natural-family-planning-teacher.php>

Creighton Model
<https://aafcp.net/education-programs/>

FACTS
<https://www.factsaboutfertility.org/learn-more/continuing-education/>

Fontes:
Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Contraception. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm>.
Organização Mundial da Saúde. (2018). Family Planning: A global handbook for providers. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>.
Lindsay, R. P., Polis, C. B., Jensen, E. T., Greene, M. E., Kennedy, E., & Stanford, J. B. (2018). Effectiveness of fertility awareness-based methods for pregnancy prevention: A systematic review. In *Obstetrics and Gynecology* (Vol. 132, Issue 3). <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002784>.

Métodos modernos de Planeamento Familiar Natural

Informações para Profissionais





Métodos modernos

Os métodos de monitorização do ciclo menstrual com identificação precisa da janela fértil são reconhecidos pela OMS e pelo CDC como método de planeamento familiar, com uma eficácia prática de até 98%.

OMS, 2018
Urrutia, 2018
CDC, 2020

Os diversos métodos de monitorização do ciclo agrupam-se em 3 principais:



Métodos de ovulação

(muco cervical):

- Billings
- Creighton Model FertilityCare



Métodos sintotérmicos

(muco cervical + temperatura):

- Sensiplan
- Justisse



Métodos sintohormonais

(muco cervical + avaliação hormonal urinária)

- Marquette
- FEMM



Método da Amenorreia Lactacional (LAM)

Condições de aplicação:

- amamentação exclusiva (pelo menos 4/4h de dia, 6/6h de noite)
- sem hemorragia (após os lóquios)
- até aos 6 meses do bebé



Apps fidedignas

(para evitar gravidez, é necessário acompanhamento profissional)

- Chart Neo
- Read your body
- BillingsMentor
- Kindara
- NFP Charting
- Fertility Pinpoint
- SymptoPro
- FEMM

Apêndice 3 – Dicas para diminuir desconfortos na gravidez

COMO GERIR DESCONFORTOS DA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO

Recomendação geral: 150min/semana de exercício físico

Náuseas e vômitos:

Comer um biscoito seco ou bolacha de água e sal ao acordar, antes de levantar

Não lavar dentes em jejum

Evitar jejuns prolongados

Comer de 2/2h, pouco de cada vez

Rebuçados de citrinos

Gengibre em chá ou cristalizado

Comer frutos secos (amêndoas com casca)

Sinais de alarme: se não conseguir ingerir água ou alimentar-se devido aos vômitos, ir a um serviço de urgência!

Azia ou refluxo:

6 refeições por dia, com pequenas quantidades

Evitar alimentos gordurosos, bebidas com gás, café, citrinos

Aumentar o número de almofadas na cama

Pernas inchadas:

Ao longo do dia, sentar-se com as pernas elevadas

Não usar meias apertadas

Confirmar que os rastreios estão atualizados

Massajar (pedir para massajar) do pé para a raiz da coxa com creme

Prevenção de estrias:

Aplicar creme gordo desde o início da gravidez

Hemorroidas:

Prevenir prisão de ventre (ingestão de legumes, cereais frutas ricas em fibra e beber muita água)

Respiração abdominal

Evitar fazer força para evacuar (colocar pés num banco de apoio, inclinar-se e respirar “pela barriga”)

Aplicar gelo se dor

Puerpério:

Mudar o penso em cada ida ao WC

Nas primeiras vezes, urinar pode causar a sensação de ardor – experimentar passar água enquanto urina (com chuveiro ou com uma garrafa de água/jarro)

Se episiorrafia ou cesariana – secar a sutura com movimentos suaves, em vez de arrastar o papel ou toalha

Apêndice 4 – Apresentação aos profissionais do serviço de medicina materno-fetal



1

Metodos modernos de planeamento familiar natural

Objetivo e plano de sessões

Objetivo: Aprender a utilizar o FertilyCare como uma opção de planeamento familiar

TEMA	CONTEUDO	HECICO	HECIC	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo geral Plano de sessão 	Teóricas onl		
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Principais métodos de planeamento familiar Teoria Fisiologia da reprodução Sistema FertilyCare: princípios e aplicações Monitorização do ciclo como complemento da fertilização 	Teóricas onl e interativas	Computador, Capacidade, Fichas, Bibliografia	45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Plano de investigação Recomendação para a prática 	Teóricas onl e interativas		

Fonte: Lignini de Saldá e Pires | 2012

2



3



4

Metodos modernos de planeamento familiar natural

Determinando...

Mitos

#1 Como se chamam os utilizadores de Métodos Naturais?
Para FNIS, chamam-se pessoas.

#2 Os métodos naturais baseiam-se em contas e predição do período fértil (Calendário).
#2 Contas só luz e água. Há identificação óbvia dos sintomas fisiológicos.

#3 Só as mulheres com ciclos regulares podem fazer métodos naturais.
#3 Todas as mulheres em idade fértil.

#4 Os métodos naturais são métodos de abstinência.
#4 Os métodos naturais são usados por pessoas sexualmente ativas.

#5 Os métodos naturais são usados apenas por pessoas conservadoras.
#5 FNIS, são usados apenas por pessoas "conversadoras".

Correção

5

Metodos modernos de planeamento familiar natural

Qual a única condição para usar estes métodos?

Vontade.

6

Slides sobre o planeamento familiar atual

Métodos modernos de planeamento familiar natural (Fertility Awareness Based Methods)

Taxa de eficácia para evitar uma gravidez (Frank-Hemmer et al., 2002; Urvala et al., 2018)

97-99%
(uso típico)

Condições de incidência:

- eficácia
- registo
- conhecimento da biologia reprodutiva feminina
- produzido para o uso normal
- testado em estudos em diferentes populações e condições

(Plummer et al., 2016)

Índice Europeu de Saúde e Bem-estar | 2020

7

Slides sobre o planeamento familiar atual

Métodos modernos de planeamento familiar natural (Fertility Awareness Based Methods)

Centers for Disease Control and Prevention (2020)

Avaliação da taxa de gravidez não planeada: 2-23%

Organização Mundial da Saúde (2018)

Taxa de gravidez não planeada: 2-23%

Índice Europeu de Saúde e Bem-estar | 2020

8

Slides sobre o planeamento familiar atual

Métodos modernos de planeamento familiar natural ~~NÃO SÃO~~

- Método ~~de~~ Knauss ou Calendário ou Ritmo
- Método ~~de~~ temperaturas
- Coito ~~interrupção~~
- App ~~telemóvel~~ com predição da ovulação
- Método ~~de~~ aplicado

Índice Europeu de Saúde e Bem-estar | 2020

9

Slides sobre o planeamento familiar atual

Métodos modernos de planeamento familiar natural **SÃO**

- Métodos de Ovulação:
 - Bilings (MOB), FertilityCares
- Método Sintotérmico:
 - Sensiplan, Justiss
- Método Sintohormonal:
 - Modelo Marquette, FEMM
- Método Amenoreia Lactacional (LAM)

Índice Europeu de Saúde e Bem-estar | 2020

10

Slides sobre o planeamento familiar atual

Situação atual em Portugal

Baixa utilização pelas portuguesas e baixa recomendação pelos profissionais de saúde (Aguiar et al., 2016)

Motivos:

- exigência na ótica do utilizador
- falta de conhecimentos dos profissionais de saúde
- necessidade de responsabilização

Procura crescente pela população feminina em idade fértil

Índice Europeu de Saúde e Bem-estar | 2020

11

Slides sobre o planeamento familiar atual

Forças de eficácia!

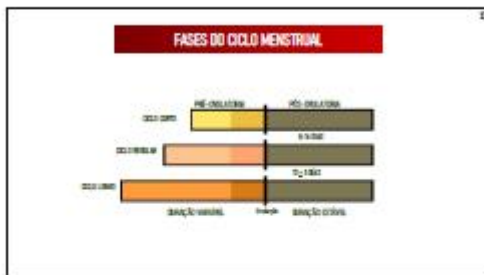
FASES DO CICLO MENSTRUAL

INDICADORES DE CICLO

MUCCO CERVICAL

Índice Europeu de Saúde e Bem-estar | 2020

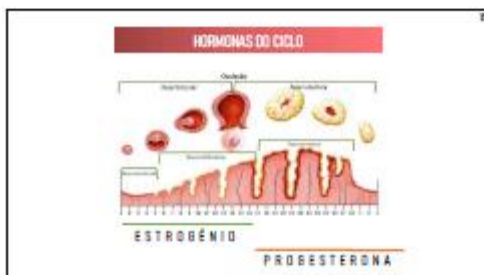
12



13



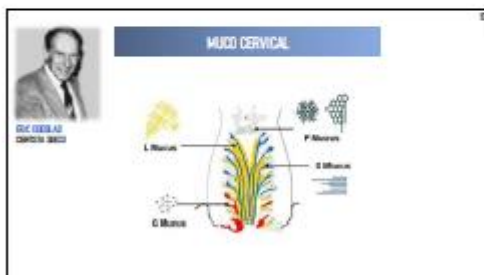
14



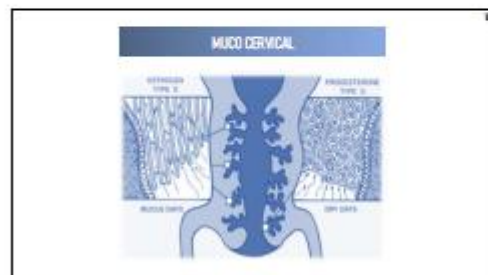
15



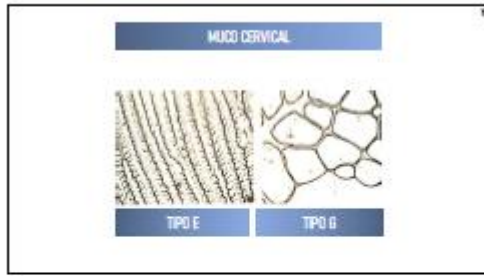
16



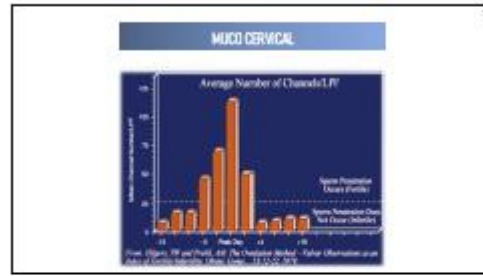
17



18



19



20

Metodos modernos de planeamento familiar natural

Metodos modernos de planeamento familiar natural

- Metodos de Ovulacao: Billings (MOB), FertilityCare
- Metodo Sintotermico: Sensiplan, Justisse
- Metodo Sintohormonal: Modelo Marquette, FEMM
- Metodo Amenorreia Lactacional (LAM)

21

Sistema CREIGHTON MODEL FertilityCare

Dr. Thomas Hilgers, Ginecologista
 Inicio de investigacao com Metodo de Billings
 Investigacao na Universidade de Drexton, EUA
 Inicio de FC em 1980 a MiPro em 1991
 Portugal: 2013/2017

22

Sistema CREIGHTON MODEL FertilityCare

Promoção

- Saúde da mulher
- Utilizada em saúde
- Autocohecimento
- Empoderamento da mulher/casal
- Saúde conjugal (comunicação)

23

Sistema CREIGHTON MODEL FertilityCare

- SISTEMA DE REGISTO DE OBSERVAÇÕES VAGINAIS
- SISTEMA DE ENSIÑO
- PROTOCOLO DE OBSERVAÇÕES

24

Sistema CREIGHTON MODEL FertilityCare

LEGENDA DE RESULTADOS DAS DESCARGAS VAGINAIS

R = Fluido abundante	W = Fluido com lactação	W = Fluido com lactação	W = Fluido com lactação	W = Fluido com lactação	W = Fluido com lactação
W = Fluido com lactação	W = Fluido com lactação	W = Fluido com lactação	W = Fluido com lactação	W = Fluido com lactação	W = Fluido com lactação
W = Fluido com lactação	W = Fluido com lactação	W = Fluido com lactação	W = Fluido com lactação	W = Fluido com lactação	W = Fluido com lactação

Chave e siglas usadas a propósito do sistema de FertilityCare. Anotar também a frequência com que observou o sinal mais cedo do ciclo de segundo tempo.

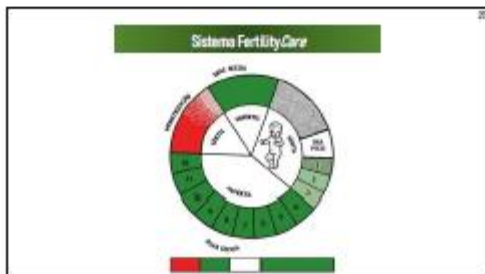
31 = alta no ciclo **32** = duas vezes no dia **33** = três vezes no dia **AB** = todo o dia

25

Sistema CREIGHTON MODEL FertilityCare

SISTEMA DE RESULTOS DE DESCARGAS VAGINAIS **SISTEMA DE ENSINO** **PROTOCOLO DE OBSERVAÇÕES**

26



27



28

Sistema FertilityCare

Registrar todos os dias no final de dia, e atualizar cada 15-20 de dia.

Data - Descrição

29

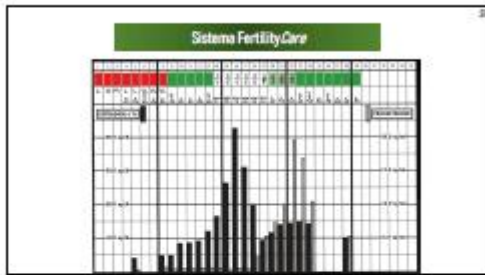
Sistema FertilityCare

SELOS

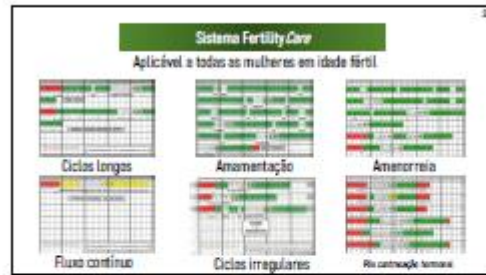
- R** Hemorragia
- W** Dias Secos
- W** Dias com muco
- W** Dia Rico
- W** Contagem de 3

+ DESCRIÇÃO

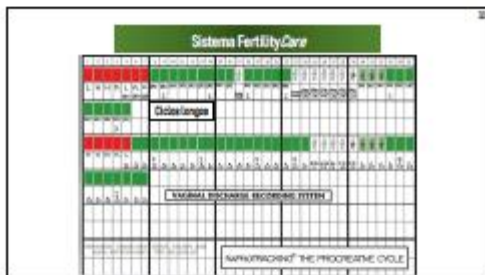
30



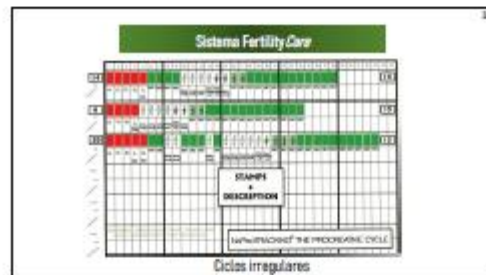
31



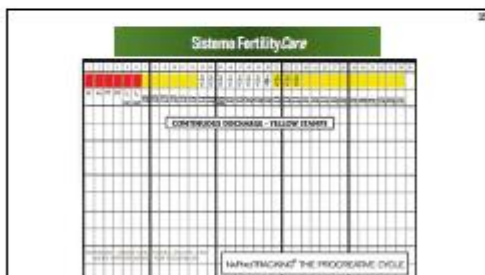
32



33



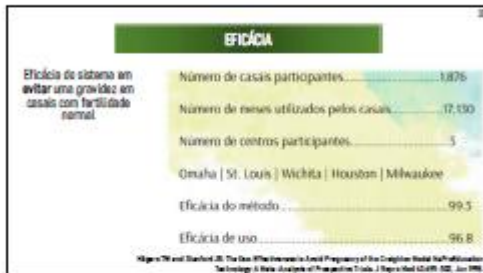
34



35



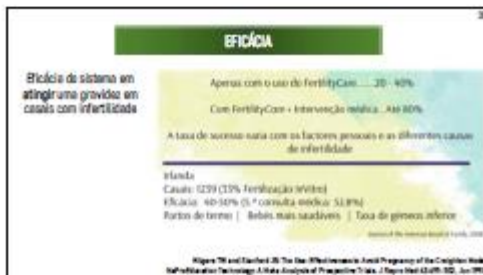
36



37



38



39



40

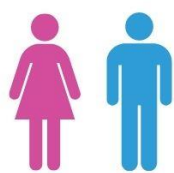


41



42

Apêndice 5 – Poster sobre métodos modernos de planeamento familiar natural para colocar nos quartos das utentes e folheto para profissionais



Métodos modernos de Planeamento Familiar Natural na fase pós-parto

Os métodos de monitorização do ciclo menstrual com identificação precisa da janela fértil são reconhecidos pela OMS e pelo CDC como método de planeamento familiar, com uma eficácia prática até 98%.

CDC, 2020; OMS, 2018; Urrutia, 2018



Fase pós-parto sem amamentação:



Métodos de ovulação (muco cervical):

- Billings
- Creighton Model



Métodos sintotérmicos (muco cervical + temperatura):

- Sensiplan
- Justisse



Métodos sintohormonais (muco cervical + avaliação hormonal urinária)

- Marquette
- FEMM



Fase pós-parto com amamentação:

Método de ovulação



Método Amenorreia Lactacional (LAM)

O LAM suprime a ovulação em 98% dos casos **SE** reunidas 3 condições:

1. Amamentação exclusiva (pelo menos, 4/4h dia, 6/6h noite)
2. Sem hemorragia (após os lóquios)
3. Até aos 6 meses do bebé



Para aceder a uma elevada eficácia, é **OBRIGATÓRIO** o seguimento por uma instrutora certificada.

Apêndice 6 – Folheto sobre métodos modernos de planeamento familiar natural no pós-parto

Basta utilizar uma App?



Apps fidedignas **APENAS** com acompanhamento profissional:

- Chart Neo
- Read your body
- BillingsMentor
- Kindara
- NFP Charting
- Fertility Pinpoint
- SymptoPro
- FEMM

Para aceder a uma elevada eficácia, é **OBRIGATÓRIO** o seguimento profissional:



FertilityCare Portugal
Equipa de Profissionais
Tlm.: 916 272 026
geral@fertilitycare.pt
fertilitycare.pt



MDV
Enf.º Mary Anne Avilez
Tel: 217 994 530
geral@mdvida.pt
mdvida.pt



Associação Família e Sociedade
Dr.º Lurdes Monsanto
Tel/Fax: 21 314 95 85
familiaesociedade.org



FEMM
Terapeuta Ines Stoka
Tlm.: 961 955 625
wya.istoka@gmail.com
femmhealth.org



Centro Billings Portugal
Tlm.: 961 432 044
billingsportugal.com



Métodos modernos de Planeamento Familiar Natural

na fase pós-parto





Métodos modernos

Os métodos de monitorização do ciclo menstrual com identificação precisa da janela fértil são reconhecidos pela OMS e pelo CDC como método de planeamento familiar, com uma eficácia prática até 98%.
(CDC, 2020; OMS, 2018; Urrutia, 2018)

Fase pós-parto sem amamentação:



Métodos de ovulação

(muco cervical):

- Billings
- Creighton Model



Métodos sintotérmicos

(muco cervical + temperatura):

- Sensiplan
- Justisse



Métodos sintohormonais

(muco cervical + avaliação hormonal urinária)

- Marquette
- FEMM

Fase pós-parto com amamentação:

Método de ovulação



Método Amenorreia Lactacional (LAM)

O LAM suprime a ovulação em 98% dos casos

SE reunidas 3 condições:

1. Amamentação exclusiva (pelo menos, 4/4h de dia, 6/6h de noite)
2. Sem hemorragia (após os lóquios)
3. Até aos 6 meses do bebé

Apêndice 7 – Apresentação sobre métodos de planeamento familiar natural para o serviço de puerpério e, posteriormente, aberto aos outros serviços da Maternidade



1

Objetivo e plano de sessão

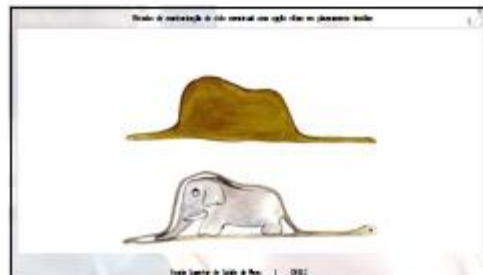
Objetivo: Apresentar o Sistema FertiCare como uma opção eficaz de planeamento familiar

FASE	CONTEÚDO	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Função geral Fase do ciclo Condições de início sobre a ovulação 	Expositivo oral	Computador Capacidade Pósteres Símbolo	40 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Distintos métodos de planeamento familiar Eficácia Classificação em FertiCare Métodos naturais Monitorização da ovulação Sistema FertiCare: princípios e aplicação Crédito com instrumento auxiliar de diagnóstico Monitorização do ciclo como complemento de diagnóstico 	Expositivo oral e interactivo		
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Seleção final Recomendação para o sistema Aplicação Clínica 	Expositivo oral e interactivo		

2



3



4

Desmistificando...

Mitos

#1 Como se chamam os utilizadores de Métodos Naturais?
 Não! Não, chamam-se pessoas.

#2 Os métodos naturais baseiam-se em contagem e predição do período fértil (Calendário).
 Não! Contam só com a água. Há identificação direta das alterações fisiológicas.

#3 Só as mulheres com ciclos regulares podem fazer métodos naturais.
 Não! Todas as mulheres em idade fértil.

#4 Os métodos naturais são métodos de abstinência.
 Não! Os métodos naturais são usados por pessoas sexualmente ativas.

#5 Os métodos naturais são usados apenas por pessoas conservadoras.
 Não! São usados apenas por pessoas conservadoras.

Verdade

5

Quais os critérios para usar estes métodos?

Vantagem

Instrutor certificado

6

Slide de apresentação de um manual com o título "Métodos modernos de planeamento familiar natural (Fertility Awareness Based Methods)".

Taxa de eficácia para evitar uma gravidez:

97-99%
(uso típico)

(Pills, Hormones et al., 2020; Urvashi et al., 2018)

Contribuições modernas:

- eficazes
- seguras
- conhecimento de biologia reprodutiva humana
- produzido para o uso correto
- testado em mulheres em diferentes populações e condições

(Mikler et al., 2014)

Fonte: Centro de Saúde de Beja | 2020

7

Slide de apresentação de um manual com o título "Métodos modernos de planeamento familiar natural (Fertility Awareness Based Methods)".

Organização Mundial da Saúde (2018)

Taxa de gravidez não planeada: 2-23%

Centers for Disease Control and Prevention (2020)

Atualização da taxa de gravidez não planeada: 2-23%

Fonte: Centro de Saúde de Beja | 2020

8

Slide de apresentação de um manual com o título "Situação atual em Portugal".

Baixa utilização pelas portuguesas e baixa recomendação pelos profissionais de saúde (Aguiar et al., 2016)

Motivos:

- ausência na dieta do utilizador
- falta de conhecimentos dos profissionais de saúde
- receio de responsabilização

Procura crescente pela população feminina em idade fértil

Fonte: Centro de Saúde de Beja | 2020

9

Slide de apresentação de um manual com o título "Métodos modernos de planeamento familiar natural NÃO SÃO".

- Método ~~Simon-Knauss~~ ou Calendário ou Ritmo
- Método ~~de~~ temperaturas
- Coito ~~intermitente~~
- App ~~testes~~ com predição da ovulação
- Método ~~multiplicado~~

Fonte: Centro de Saúde de Beja | 2020

10

Slide de apresentação de um manual com o título "Métodos modernos de planeamento familiar natural SÃO".

- Métodos de Ovulação: Muco cervical
- Método Sintotérmico: Muco cervical + temperatura
- Método Sintohormonal: Muco cervical + testes de ovulação
- Método Amenorreia Lactacional (LAM)

Fonte: Centro de Saúde de Beja | 2020

11

Slide de apresentação de um manual com o título "Porque são eficazes?".

FASES DO CICLO MENSTRUAL

HORMONAS DO CICLO

MUCO CERVICAL

Fonte: Centro de Saúde de Beja | 2020

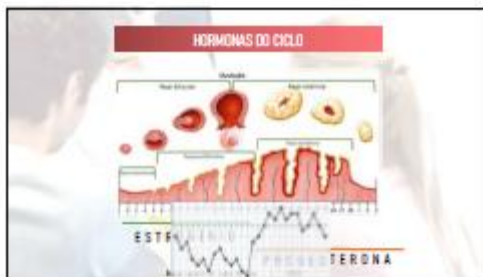
12



13



14



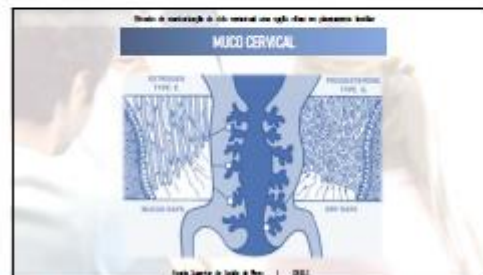
15



16



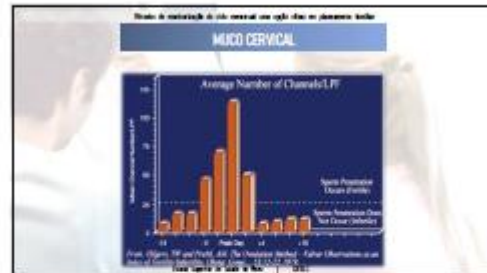
17



18



19



20

- Slide 21: Métodos modernos de planejamento familiar naturais 100%.
- Métodos de Ovulação: Billings (MCOB), FertilityCare
 - Método Sintotérmico: Sensiplan, Justise, NFP, CCL
 - Método Sintohormonal: Modelo Marquette, FEMM, Listen
 - Método Amenorreia Lactacional (LAM)

21



22



23



24



25



26

IAM – Método Anamnéstico Lactacional

O IAM suprime a ovulação em 98% dos casos SE reunidas 3 condições:

1. Amamentação exclusiva pelo menos 4h ou 6h, até 6m
2. Sem hemorragia (após os 6 meses)
3. Até aos 6 meses do bebé

27

Sistema FertilityCare

28

Sistema FertilityCare

Dr. Thomas Pilgers, Embriologista
 início de investigação com Método de Bilingue
 investigação na Universidade de Creighton, EUA
 início de FC em 1980 e NaPro em 1991
 Portugal: 2012/2017

29



30

Metodo de monitorização do ciclo menstrual com registo diário no planeamento familiar

Sistema FertilityCare

SISTEMA DE REGISTO DIÁRIO DESEMPENHADO SEGURO

<ul style="list-style-type: none"> VL = Fluxo abundante VL = Fluxo moderado L = Fluxo ligeiro VL = Fluxo muito ligeiro (spotting) VL = Fluxo escasso ou ausente <p>Observe e registre sempre a presença ou ausência de muco nos dias de fluxo ligeiro, muito ligeiro ou ausente.</p> <p>Anote também a frequência com que observa o primeiro e o último dia de fluxo:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1º = 1º dia após o início 2º = 2º dia após o início 3º = 3º dia após o início 4º = 4º dia após o início 5º = 5º dia após o início 6º = 6º dia após o início 7º = 7º dia após o início 8º = 8º dia após o início 9º = 9º dia após o início 10º = 10º dia após o início 11º = 11º dia após o início 12º = 12º dia após o início 13º = 13º dia após o início 14º = 14º dia após o início 15º = 15º dia após o início 16º = 16º dia após o início 17º = 17º dia após o início 18º = 18º dia após o início 19º = 19º dia após o início 20º = 20º dia após o início 21º = 21º dia após o início 22º = 22º dia após o início 23º = 23º dia após o início 24º = 24º dia após o início 25º = 25º dia após o início 26º = 26º dia após o início 27º = 27º dia após o início 28º = 28º dia após o início 29º = 29º dia após o início 30º = 30º dia após o início 31º = 31º dia após o início 	<ul style="list-style-type: none"> 1 = Branco 2 = Branco com lubrificação 3 = Branco com lubrificação 4 = Branco com lubrificação 5 = Branco com lubrificação 6 = Branco com lubrificação 7 = Branco com lubrificação 8 = Branco com lubrificação 9 = Branco com lubrificação 10 = Branco com lubrificação 11 = Branco com lubrificação 12 = Branco com lubrificação 13 = Branco com lubrificação 14 = Branco com lubrificação 15 = Branco com lubrificação 16 = Branco com lubrificação 17 = Branco com lubrificação 18 = Branco com lubrificação 19 = Branco com lubrificação 20 = Branco com lubrificação 21 = Branco com lubrificação 22 = Branco com lubrificação 23 = Branco com lubrificação 24 = Branco com lubrificação 25 = Branco com lubrificação 26 = Branco com lubrificação 27 = Branco com lubrificação 28 = Branco com lubrificação 29 = Branco com lubrificação 30 = Branco com lubrificação 31 = Branco com lubrificação 	<ul style="list-style-type: none"> 1 = Branco com lubrificação 2 = Branco com lubrificação 3 = Branco com lubrificação 4 = Branco com lubrificação 5 = Branco com lubrificação 6 = Branco com lubrificação 7 = Branco com lubrificação 8 = Branco com lubrificação 9 = Branco com lubrificação 10 = Branco com lubrificação 11 = Branco com lubrificação 12 = Branco com lubrificação 13 = Branco com lubrificação 14 = Branco com lubrificação 15 = Branco com lubrificação 16 = Branco com lubrificação 17 = Branco com lubrificação 18 = Branco com lubrificação 19 = Branco com lubrificação 20 = Branco com lubrificação 21 = Branco com lubrificação 22 = Branco com lubrificação 23 = Branco com lubrificação 24 = Branco com lubrificação 25 = Branco com lubrificação 26 = Branco com lubrificação 27 = Branco com lubrificação 28 = Branco com lubrificação 29 = Branco com lubrificação 30 = Branco com lubrificação 31 = Branco com lubrificação
--	--	---

1998 - 2008

31

Metodo de monitorização do ciclo menstrual com registo diário no planeamento familiar

Sistema FertilityCare

1998 - 2008

32



33

Metodo de monitorização do ciclo menstrual com registo diário no planeamento familiar

Sistema FertilityCare

Registar todos os dias os fluxos de VL, L ou VL no ciclo de 28 dias.

28 dias = 28 dias

1998 - 2008

34

Metodo de monitorização do ciclo menstrual com registo diário no planeamento familiar

Sistema FertilityCare

SELO

- Hemorragia
- Dias Secos
- Dias com muco
- Dia Branco
- Contagem de 3

DESCRIÇÃO

1998 - 2008

35

Metodo de monitorização do ciclo menstrual com registo diário no planeamento familiar

Sistema FertilityCare

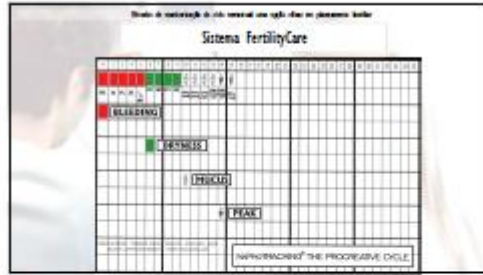
28 dias = 28 dias

1998 - 2008

36



37



38



39



40



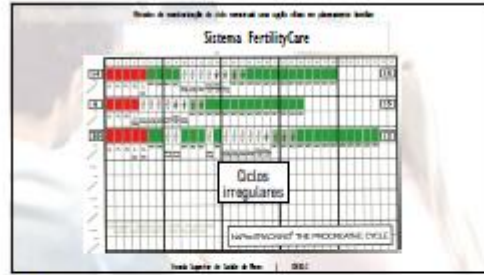
41



42



43



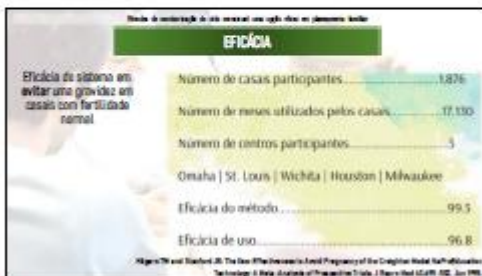
44



45



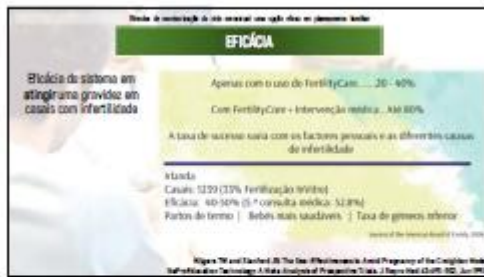
46



47



48



49



50



51



52



53



54



55

Monitorização do ciclo como competência em Enfermagem

Promoção

- Saúde da mulher
- Literacia em saúde
- Autoconhecimento
- Empoderamento do mulher(cosa)
- Saúde conjugal (comunicação)

56

Recomendação para a prática

Validar a real utilização dos métodos modernos:

1. Que método faz?
2. Quem é a sua instrutora?

Referenciação para profissionais certificados

Formação de profissionais
Integração nos currículos académicos

Divulgação dos métodos

57

Recursos online

- INTERNATIONAL INSTITUTE OF REPRODUCTIVE MEDICINE
- natural womanhood (FROM 2008 2017)
- FACTS (FAMILY ACTION FOR THE CAUSE OF THE SINGLE)
- CyclePower Summit
- FEMM (FAMILY EMPOWERMENT MOVEMENT)
- NFP (NATURAL FERTILITY PRACTICES)

58

Planeamento Familiar Natural Contactos

Organização	Endereço	Telefone	Website
MFM
FEMM
...

59

FERTILISARE PRACTITIONERS

- LINDA MCGEE - FERTILISARE PRACTITIONER
- JESSICA JAMES BENTON - FERTILISARE PRACTITIONER
- JANE MCGEE - FERTILISARE PRACTITIONER

60



61



62



63



64



65



66

Apêndice 8 – Apresentação sobre métodos modernos de planeamento familiar natural



1

2



3



4

5



6

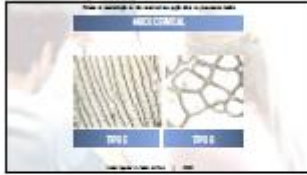


7

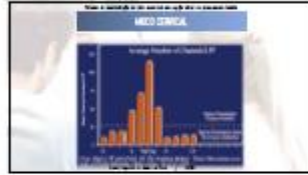


8

9



19



20



21



22



23



24



25



26



27



28



29



30



31



32



33



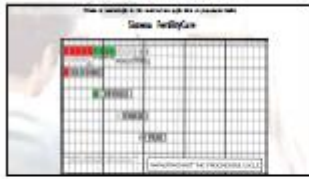
34



35



36



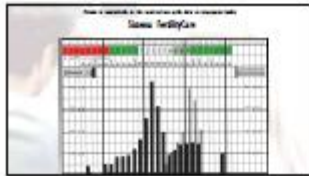
37



38



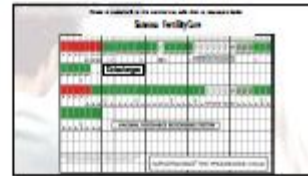
39



40



41



42



43



44



45



46



47



48



49



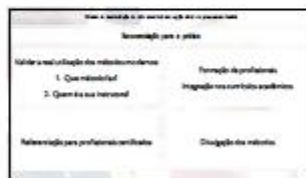
50



51



52



53



54



55



56



57



58



59



60



61

Apêndice 9 – Folheto sobre cuidados perineais no puerpério

COMO CUIDAR DOS GENITAIS FEMININOS APÓS O PARTO?

O sangramento normal após o parto é chamado de lóquios. É mais abundante do que uma menstruação normal. Começa por ser vermelho nos primeiros dias, a seguir acastanhado ou rosado e, no final, torna-se amarelado e branco. Pode durar até 6 semanas.

Cuidados a ter:

Limpar sempre da frente para trás (da uretra em direção ao ânus, ou seja, do mais limpo para o mais sujo);

Lavar os genitais externos com produtos com pH neutro (lavar com água apenas é insuficiente para eliminar a sujidade acumulada);

Não fazer duches internos vaginais;

Não usar tampões nem copos menstruais até consulta de revisão (6 semanas após o parto).

Em caso de sutura:

Os pontos caem entre 7-14 dias após o parto;

Mudar o penso em cada ida ao WC;

Secar a sutura com movimentos suaves, em vez de arrastar o papel ou toalha;

Nas primeiras vezes, urinar pode causar a sensação de ardor – experimentar passar água enquanto urina (com chuveiro ou com uma garrafa de água/jarro).

Apêndice 10 – Documento sobre ritos culturais no parto e puerpério imediato

Ritos culturais no parto e puerpério imediato

Costumes hindus:

Jatakarma - o Pai toca na criança, cheira-a e sussurra mantras religiosos no seu ouvido. Para afastar o mal, tatua o símbolo Om (com eyeliner) atrás da orelha ou pendura uma medalha com esse símbolo ao pescoço do bebé. Uma pessoa da família escreve a palavra Om na língua do neonato com Ghee (uma forma purificada de manteiga).

A amamentação é incentivada, mas em algumas zonas da Índia não se amamenta nos primeiros dois dias. Os hindus creem na reencarnação.

Alguns hindus consideram o número 8 como o número do azar.

As mulheres hindus preferem ser cuidadas por profissionais do sexo feminino.

<https://adc.bmj.com/content/89/12/1094>

Nota sobre nomes:

No Sikhismo (religião monoteísta da Índia), os homens recebem o nome "SINGH", que significa Leão, e as mulheres "KAUR", que significa Princesa. Preferem usar estes nomes aos apelidos, num intento de lutar contra as castas.

<http://www.sikhwomen.com/equality/kaursignificance.htm>



Costumes islâmicos:

ADHAN - o Pai ou um membro da comunidade local sussurra ao ouvido da criança "Não há outra divindade senão Alá e Maomé é o seu mensageiro" assim que nasce. Os Pais preferem realizar este rito em privado.

TAHNEEK - logo após o parto, de preferência antes da amamentação, uma pequena porção de tâmara (ou mel) é esfregada delicadamente no palato do bebé, por um membro da família, na esperança que as suas virtudes passem para o bebé. Alguns estudos referem o potencial preventivo da hipoglicémia do recém-nascido associado a este ritual.

TAWEEZ - uma corda preta com uma pequena bolsa com uma oração, colocada no pulso ou pescoço do bebé. Deve manusear-se com cuidado e respeito.

<https://fn.bmj.com/content/84/1/F6>

As mulheres islâmicas têm preferência por profissionais do sexo feminino, mas não é proibido serem atendidas por profissionais do sexo masculino.

A amamentação é incentivada.

<https://www.learnreligions.com/islamic-birth-rites-2004500>

Costumes cristãos:

Os cristãos creem que a vida começa na concepção e, por esse motivo, reconhecem em qualquer embrião e feto um ser humano com direito à vida. No caso de aborto espontâneo ou nado morto, é possível que peçam para ficar com o embrião ou feto para poder realizar a cerimónia fúnebre. Se for possível pelas regras do hospital e pelo quadro legal, deve proceder-se ao necessário para satisfazer o seu desejo.

No caso de morte neonatal iminente, é possível que expressem o desejo de batizar o bebé. Nesse caso, pode providenciar-se água ou chamar-se o capelão, se possível. No entanto, não se deve batizar bebés mortos.

<https://www.odwphiladelphia.org/wp-content/uploads/2014/10/Naming-and-Commendation-of-an-Infant-Booklet.pdf>



Apêndice 11 – Extração dos dados dos estudos segundo JBI

Artigo 1	
Título	A promoção do método da amenorreia lactacional pelos Enfermeiros na unidade de puerpério
Autor, ano e país	Sara Orfão & Maria Teresa Félix, 2015, Portugal
Tipo de estudo	Estudo descritivo quantitativo
Objetivo	Identificar os fatores que influenciam os Enfermeiros na promoção do método da amenorreia lactacional como método contraceutivo durante o período pós-parto.
Amostra	66 Enfermeiros
Métodos	Questionário desenvolvido pela autora.
Resultados	<p>Quanto à crença na eficácia do LAM: dos 66, 7 acreditam na eficácia, 20 não acreditam e restantes não se pronunciam.</p> <p>Quanto à recomendação do método no puerpério: 100% recomenda um contraceutivo; 95% considera pertinente o apoio à decisão da puérpera na contraceção pós-parto.</p> <p>Quanto ao conhecimento: 66% diz que a formação académica não preparar para a promoção do LAM; 46% nega que a não promoção se relacione com o conhecimento dos Enfermeiros.</p>
Conclusões	Não há promoção do LAM, apesar dos Enfermeiros saberem os critérios, por receio de responsabilização profissional e por não acreditarem na eficácia.

Artigo 2	
Título	Initiation of postpartum contraception: a survey among health centre physicians and nurses in Finland.
Autor, ano e país	Tuire Sannisto & Elise Kosunen, 2009, Finlândia
Tipo de estudo	Quantitativo (survey)
Objetivo	Examinar as práticas profissionais autorreportadas de aconselhamento contraceptivo pós-parto nos centros de saúde na comunidade finlandesa.
Amostra	67 Médicos e 80 Enfermeiras
Métodos	Questionário autoadministrado.
Resultados	<p>Recomendação do LAM como método único na fase pós-parto: 4% dos Médicos e 0% das Enfermeiras recomenda às vezes; 15% dos Médicos e 13% das Enfermeiras raramente recomenda; 81% dos Médicos e 86% das Enfermeiras não recomenda.</p> <p>Recomendação de contraceptivos: 41% dos Médicos e 45% das Enfermeiras recomenda preservativo, seguido da pílula da amamentação e dispositivos intrauterinos.</p>
Conclusões	A promoção do LAM é residual. O estudo não avalia as razões. Contraceção pós-parto deveria ser iniciada mais cedo, de acordo com a opinião dos profissionais.

Artigo 3	
Título	Lactação com amenorréia: experiência de Enfermeiros e a promoção dessa opção contraceptiva
Autor, ano e país	Escolástica Moura et. al., 2011, Brasil
Tipo de estudo	Estudo transversal quantitativo de campo
Objetivo	Identificar experiências pessoais de Enfermeiros com aleitamento materno e com o LAM; conhecer motivos para a não adoção do aleitamento materno ou misto; estabelecer a relação entre a experiência pessoal de Enfermeiros com o LAM e a orientação desta forma de anticoncepção aos utentes das Unidades Básicas de Saúde.
Amostra	137 Enfermeiros de Estratégia Saúde da Família com, pelo menos, 1 ano de formação e com mais de 1 ano de atuação em planeamento familiar. Amostra probabilística.
Métodos	Entrevista
Resultados	61 Enfermeiros com experiência pessoal (ou companheira) de aleitamento materno exclusivo. Desses, 12 Enfermeiros usam LAM para evitar uma gravidez. Desses, 9 Enfermeiros promovem junto dos utentes. Dos que não têm experiência pessoal, 36 recomendam no contexto profissional.
Conclusões	A promoção do LAM não parece ter relação com o uso pessoal (não estatisticamente significativo). A não promoção do LAM parece associar-se à falta de confiança na eficácia do método.

Artigo 4	
Título	Método de Ovulação Billings: o Enfermeiro frente ao planejamento familiar natural.
Autor, ano e país	Flávia Souza et. al., 2018, Brasil
Tipo de estudo	Revisão bibliográfica.
Objetivo	Abordar sobre o Método de Ovulação Billings (MOB) no planejamento familiar natural e a importância do conhecimento profissional na orientação do método.
Amostra	Não aplicável
Métodos	Não aplicável
Resultados	Baixa utilização do MOB no Brasil (1% das mulheres). Baixa publicação sobre o MOB. O ministério da Saúde brasileiro disponibiliza um guia orientador para Enfermeiros a exercer em planejamento familiar, sobre o método.
Conclusões	O conhecimento dos profissionais sobre o MOB é crucial para a sua promoção junto dos utentes.

Artigo 5	
Título	Military physician and nurses' knowledge and use of modern natural family planning.
Autor, ano e país	Patrick Spencer, 1996, Estados Unidos da América
Tipo de estudo	Quantitativo (survey)
Objetivo	Avaliar a prática das Enfermeiras de prática avançada.
Amostra	5 Enfermeiras de “advanced practice”, 36 Médicos e 1 <i>physician assistant</i> (profissão sem equivalência em Portugal).
Métodos	Questionário "A Brief Physician Opinion Questionnaire on Natural Family Planning (NFP)" de Joseph Stanford.
Resultados	<p>Dos 42, 14 não oferecem PFN como uma opção; 26 oferecem em casos específicos; 1 oferece à maioria dos utentes.</p> <p>Quando questionados sobre PFN, 37 descrevem o método do Calendário ou o método da temperatura; 17 descrevem o método do muco cervical; 8 referenciam para outro profissional.</p> <p>Crença da eficácia teórica (não inclui o calendário): dos 42, apenas 2 acreditam na eficácia superior a 95%.</p> <p>Crença da eficácia prática (não inclui o calendário): a maioria acredita numa eficácia de 51 a 90%; ninguém crê numa eficácia superior a 95%.</p>
Conclusões	Os profissionais subestimam a eficácia real do PFN e a maioria não recomenda estes métodos, nem sabe para quem referenciar.

Artigo 6	
Título	Natural family planning, an option in reproductive healthcare: a qualitative study on clinicians' perceptions.
Autor, ano e país	Ozoemena Joan Ibeziako, 2022, África do Sul.
Tipo de estudo	Qualitativo interpretativo.
Objetivo	Compreender a perceção dos clínicos sobre a oferta de PFN aos utentes como parte dos cuidados de saúde reprodutiva.
Amostra	15 profissionais de saúde (5 Enfermeiros e 10 Médicos)
Métodos	Entrevista semi-estruturada.
Resultados	<p>Os participantes tinham ideias vagas sobre PFN e não sabiam distinguir entre originais e modernos.</p> <p>Apontaram a eficácia como a principal razão para a escolha de um método e reconhecem que a formação profissional é essencial para garantir a eficácia. Outros motivos apontados foram a motivação, compromisso, relação estável e o facto do método ser barato e acessível, sem se esgotar como os contraceptivos. Os motivos que poderiam dificultar seriam a iliteracia, a promiscuidade e a irregularidade dos ciclos.</p> <p>Todos os participantes referiram que o PFN é visto como obsoleto, ineficaz e, por isso, não deveria ser uma opção.</p> <p>Foi mencionado o carácter empoderador do PFN, porque estar bem informado dá poder ao próprio.</p> <p>A formação sobre PFN dos profissionais completaria a sua formação básica e ajudaria na promoção dos métodos.</p> <p>Os fatores da cultura profissional apontados como dificultadores foram: natural visto como não científico; paternalismo de decidir pelo cliente; abordagem curativa em vez de preventiva.</p>
Conclusões	<p>A formação profissional é importante para empoderar os profissionais para atuar nesta área do PFN.</p> <p>A educação precoce das crianças nesta temática pode aumentar a aceitação destes métodos.</p>

Artigo 7	
Título	Nurse-midwives' knowledge and promotion of lactational amenorrhea and other natural family-planning methods for child spacing.
Autor, ano e país	Richard Fehring, 2001, Estados Unidos da América.
Tipo de estudo	Descritivo.
Objetivo	Descrever e avaliar o conhecimento e promoção de duas modalidades de espaçamento de gravidezes, PFN e LAM, por <i>midwives</i> certificadas.
Amostra	450 <i>midwives</i> (42,8% de taxa de resposta)
Métodos	Questionário "A Brief Nurse-Midwives Opinion Questionnaire on Natural Family Planning (NFP)" de Joseph Stanford.
Resultados	<p>Das 450 <i>midwives</i>, 423 sentem-se preparadas para providenciar PFN. No entanto, quando solicitadas, 37% descreve o método do calendário e 43% da temperatura. O muco cervical é descrito por 48%. Apenas 34% referencia para outro profissional credenciado. Apesar de tudo, parecem ter melhores conhecimentos do que os Médicos estudados por Joseph Stanford em 1999.</p> <p>A maior parte aponta para uma eficácia prática de 51%-80% do PFN.</p> <p>Em relação ao LAM, 104 não consideram fiável e 38 não conheciam.</p>
Conclusões	As <i>midwives</i> não recomendam PFN nem LAM para evitar uma gravidez devido, provavelmente, ao preconceito da ineficácia e da dificuldade do ensino e utilização dos métodos.

Artigo 8	
Título	Nurses bring new family planning methods to communities: Standard Days Method and Lactational Amenorrhea Method.
Autor, ano e país	Manju Chhugani et. al., 2013, India.
Tipo de estudo	Descritivo.
Objetivo	Determinar o conhecimento do LAM por Enfermeiros.
Amostra	170 Enfermeiros
Métodos	Questionário "Knowledge Improvement Tool"
Resultados	Dos 170 Enfermeiros, 68,5% sabia os 3 critérios do LAM. O estudo também refere outro método, mas não está incluído nos critérios desta revisão.
Conclusões	Os Enfermeiros desempenham um papel chave na disponibilização do LAM nos centros de saúde e programas comunitários.

Artigo 9	
Título	Physicians' Views of Periodic Abstinence Methods: A Study in Four Countries.
Autor, ano e país	Robert Snowden et. al., 1988, Maurícias, Sri Lanka, Peru, Filipinas.
Tipo de estudo	Quantitativo.
Objetivo	Avaliar o conhecimento dos Médicos sobre métodos de abstinência periódica.
Amostra	375 Médicos
Métodos	Entrevistas a peritos pré elaboração do questionário. Questionário.
Resultados	<p>Dos 172 Médicos que providenciam métodos de abstinência periódica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 90 ensinam o calendário; - 14 ensinam método da temperatura; - 9 ensinam o MOB. <p>Dos 172, apenas 21 conheciam o MOB (nota: o MOB existe desde 1964).</p> <p>Foi detetada uma discrepância entre o conhecimento percebido dos Médicos e o conhecimento real, o que pode afetar a eficácia negativamente.</p>
Conclusões	<p>O nível de conhecimento dos métodos pode afetar a sua eficácia.</p> <p>O calendário foi o método mais utilizado pelos participantes do estudo.</p>

Artigo 10	
Título	Physicians' knowledge and practices regarding natural family planning.
Autor, ano e país	Joseph Stanford et. al., 1999, Estados Unidos da América.
Tipo de estudo	Descritivo.
Objetivo	Avaliar o conhecimento e prática dos métodos modernos de PFN.
Amostra	375 Médicos.
Métodos	Questionário "A Brief Physicians' Opinion Questionnaire on Natural Family Planning (NFP)" de Joseph Stanford.
Resultados	<p>Dos 375 Médicos, 80 afirmaram que nunca foram questionados quanto ao PFN. Dos restantes, 45 descrevem o calendário; 40 o método do muco cervical; 54 da temperatura; 37 referenciam para outro profissional.</p> <p>Em relação à eficácia prática dos métodos modernos, a maioria dá uma eficácia abaixo dos 95%, havendo mesmo 35 que consideram abaixo dos 50%.</p>
Conclusões	O PFN parece ser encarado pelos participantes como um todo, sem distinção dos métodos mais eficazes dos menos eficazes. Os Médicos parecem conhecer melhor os métodos do calendário e da temperatura, que oferecem uma eficácia muito inferior aos métodos modernos.

Artigo 11	
Título	The behavior of Italian family physicians regarding the health problems of women and, in particular, family planning (both contraception and NFP).
Autor, ano e país	S. Girotto et. al., 1997, Itália.
Tipo de estudo	Quantitativo (questionário) e qualitativo (focus groups).
Objetivo	Investigar o conhecimento, comportamento dos Médicos de família italianos no campo da saúde da mulher, em particular planeamento familiar (incluindo planeamento familiar natural).
Amostra	Questionário – 121 respostas; Focus group – 8 Médicos de família e 1 psicólogo.
Métodos	Questionário e focus group.
Resultados	Falta de conhecimento sobre métodos modernos de PFN, mas vontade em aprender mais (83% dos inquiridos). Na prática, o PFN é o menos recomendado. Dos que afirmam conhecer métodos de PFN, a maioria refere Ogino-Knaus e temperatura. Ainda assim, 67,9% diz conhecer o método Billings e 16,5 o método sintotérmico. Como desvantagens, apontam a baixa eficácia, colocando-os abaixo dos preservativos, o que revela desatualização de conhecimento dos métodos modernos. O PFN foi recomendado, principalmente, a mulheres com ciclos regulares, relações estáveis, para engravidar, por motivos éticos, religiosos e ecológicos. A maioria considera que o Médico de família é a pessoa certa para ensinar PFN.
Conclusões	Os Médicos de família consideram, na sua maioria, que são os profissionais certos para providenciar PFN, mas o conhecimento sobre ciclo menstrual e PFN é incompleto. No entanto, a esmagadora maioria deseja aprender mais sobre PFN.

Artigo 12	
Título	Physician and Nurses' Knowledge and Use of Natural Family Planning.
Autor, ano e país	Richard Fehring, 1995, Estados Unidos da América
Tipo de estudo	Quantitativo.
Objetivo	Determinar o conhecimento e uso profissional do PFN por Médicos e Enfermeiros da área perinatal.
Amostra	48 Médicos e 118 Enfermeiras (37% de taxa de resposta)
Métodos	Questionário desenvolvido pelo autor.
Resultados	<p>Mais de 50% dos profissionais não teve PFN na sua formação básica.</p> <p>Dos que receberam formação em sala de aula, o tempo empreendido foi 1h ou menos, focado no método do calendário ou temperatura.</p> <p>Dos 48 Médicos, 30 usam PFN na sua prática, mas a maioria não é certificada. Entre os métodos aceites como PFN atual, o calendário é aceite por 43, a temperatura por 44, o sintotérmico por 30 e o método de ovulação por 37.</p> <p>Das 118 Enfermeiras, 28 usam PFN na sua prática e apenas 1 é certificada.</p> <p>Entre os métodos aceites como PFN atual, o calendário é aceite por 92, a temperatura por 89, o sintotérmico por 34 e o método de ovulação por 76.</p>
Conclusões	Os profissionais que providenciam PFN na sua prática parecem estar a fazê-lo com pouca ou nenhuma formação. Os profissionais de saúde precisam de aprender mais sobre os métodos modernos de PFN e as condições para se poder ser instrutor. A associação americana de PFN deveria dar formação aos profissionais. A desatualização dos profissionais em PFN pode ser um motivo para a baixa utilização destes métodos pelas mulheres americanas (2%).