



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Impacto das atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto

Helena Marina Seixas Cardoso



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Impacto das atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto

Helena Marina Seixas Cardoso

Estágio com Relatório Final

12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

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

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Manuela Ferreira

Março de 2024

“Mesmo quando tudo parece desabar,
cabe a mim decidir entre rir ou chorar,
ir ou ficar, desistir ou lutar;
Porque descobri, no caminho incerto da vida,
que o mais importante é o **decidir.**”

Cora Coralina

Agradecimentos

Estes últimos dois anos foram sem dúvida os mais desafiantes da minha humilde existência...

O meu agradecimento especial à excelentíssima professora doutora Manuela Ferreira pela sua orientação no último ano e por ter sempre as palavras certas...

Agradeço também à excelentíssima professora doutora Emília Coutinho pela autorização e cedência das escalas que usei no meu questionário de investigação...

Uma palavra de apreço a todos os docentes que lecionaram as diferentes unidades curriculares, pela sua partilha de conhecimentos...

Sem dúvida é ao meu filho e marido que também tenho tanto a agradecer, por todos os dias de ausência e muitas vezes impaciência que eles tão bem foram sabendo contornar, sempre com apoio e incentivo, vibrando com as minhas conquistas...

O meu eterno obrigado aos meus pais, irmão, cunhada, sobrinhos e restante família, por tanto apoio e preocupação com o meu bem-estar...

A vocês colegas e amigas, Rosa, Graça e Patrícia que tanto ouviram as minhas lamúrias e tanta sabedoria me transmitiram...

A todas as mulheres, grávidas, puérperas e famílias com quem me cruzei nos ensinos clínicos que contribuíram para a minha certeza de que todo o sofrimento vai valer a pena...

A todas as pessoas que de alguma forma cruzaram a minha vida nestes dois anos, aos que me criaram adversidades e conseqüente necessidade de me tornar mais forte e aos que me mostraram que a bondade é uma bênção...

Obrigada!

Resumo

Enquadramento: Descrevemos neste relatório os cuidados de enfermagem especializados planeados e executados durante os estágios do Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia. As boas práticas no apoio á amamentação, vão-se traduzir em múltiplos benefícios para a puérpera e o recém-nascido, melhorando a prevalência e duração da amamentação.

Objetivos: Desenvolver competências necessárias nas diferentes áreas de atuação da saúde da mulher para obtenção do título de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Identificar a melhor evidência científica sobre as atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação. Analisar de que forma as variáveis sociodemográficas e a história clínica obstétrica têm relação com a avaliação pelas puérperas das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação. Determinar se a qualidade da informação transmitida pelos enfermeiros tem influência sobre como são identificadas as atitudes dos mesmos na promoção da amamentação.

Métodos: Foi realizada uma revisão scoping, na procura da melhor evidência científica. Seguiu-se um estudo quantitativo sobre o impacto das atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto. Para recolha de dados foi utilizado o questionário sociodemográfico, a Escala de Qualidade da Informação (Coutinho, Nelas & Chaves, 2022) e a Escala de Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação (Coutinho S/ data) aplicado a uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 119 puérperas com intenção em amamentar, internadas numa unidade hospitalar Amiga dos bebés, da região Autónoma dos Açores.

Resultados: Das puérperas com intenção em amamentar, 85% encontra-se a amamentar exclusivamente na alta. Encontram-se diferenças significativas entre o nº de filhos e o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e a Qualidade da Informação e o AME. Com parto eutócico, 62,4% fez AME, com parto distócico, 61,1% não fez AME. Realizaram contacto pele a pele 93,3%. Das puérperas inquiridas, 90,8% avaliam as atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação como muito elevadas face à nota global. O estado civil, o AME e a Qualidade da Informação, apresentam relação estatística significativa com a avaliação pelas puérperas das Atitudes dos Enfermeiros na Promoção da Amamentação. As puérperas que frequentaram um Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP) avaliaram melhor as atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação, no fator Decisão de Amamentar, sendo as diferenças significativas.

Conclusões: Após a realização do estágio cumprimos o número de experiências mínimas e a aquisição das competências necessárias à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Com a investigação desenvolvida conclui-se que a melhoria do AME é claramente dependente de uma estratégia clínica diferenciada para os diferentes tipos de parto. Proporcionar a todas as grávidas um PPPP pode influenciar a decisão de amamentar. A capacitação de todos os profissionais de saúde sobre as práticas mais atuais e baseadas em evidências para o aleitamento materno é crucial para um apoio efetivo a todas as mães que tencionam amamentar. Os cuidados especializados em aleitamento materno durante o internamento de puerpério são essenciais para o aconselhamento, apoio e conseqüente capacitação da puérpera, promovendo a sua adaptação às especificidades deste período e contribuindo para a melhoria das taxas de amamentação exclusiva.

Palavras-chave: Amamentação; Enfermagem; Hospitalização; Pós-parto.

Abstract

Background: In this report, we describe the specialized nursing care planned and carried out during the internships for the Master's Degree in Maternal Health, Obstetrics and Gynaecology Nursing. Good practice in supporting breastfeeding will result in multiple benefits for the puerperal woman and the newborn, improving the prevalence and duration of breastfeeding.

Objectives: To develop the necessary skills in the different areas of women's health to obtain the title of Master and Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing. To identify the best scientific evidence on nurses' attitudes towards breastfeeding. To analyze how sociodemographic variables and obstetric clinical history are related to puerperal women's assessment of nurses' attitudes towards breastfeeding. To determine whether the quality of the information provided by nurses has an influence on how nurses' attitudes towards breastfeeding promotion are identified.

Methods: A scoping review was carried out in search of the best scientific evidence. This was followed by a quantitative study on the impact of nurses' attitudes on promoting breastfeeding in the postpartum period. Data was collected using a sociodemographic questionnaire, the Information Quality Scale (Coutinho, Nelas & Chaves, 2022) and the Scale of Nurses' Attitudes Promoting Breastfeeding (Coutinho S/date) applied to a non-probabilistic convenience sample of 119 puerperal women with the intention of breastfeeding, admitted to a baby-friendly hospital in the Autonomous Region of the Azores.

Results: Of the puerperae who intended to breastfeed, 85% were exclusively breastfeeding at discharge. Significant differences were found between the number of children and Exclusive Breastfeeding (EBF) and the Quality of Information and EBF. With eutocic delivery, 62.4% breastfed, with dystocic delivery, 61.1% did not breastfeed. 93.3% had skin-to-skin contact. Of the puerperal women surveyed, 90.8% rated the nurses' attitudes to promoting breastfeeding as very high in relation to the overall score. Marital status, EBF and Quality of Information were statistically significantly related to the puerperal women's assessment of Nurses' Attitudes to Breastfeeding Promotion. The puerperae who attended a Childbirth and Parenthood Preparation Program (PPPP) rated the nurses' attitudes towards promoting breastfeeding better in the Decision to Breastfeed factor, and the differences were significant.

Conclusions: After completing the internship, we met the minimum number of experiences and acquired the skills required to obtain the title of Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing. From the research carried out, we can conclude that improving SMA is clearly dependent on a differentiated clinical strategy for the different types of birth. Providing all pregnant women with a PPPP can influence their decision to breastfeed. Training all health professionals in the most up-to-date and evidence-based practices for breastfeeding is crucial for effective support for all mothers who intend to breastfeed. Specialized breastfeeding care during the puerperium is essential for counselling, supporting and empowering the puerperal woman, promoting her adaptation to the specificities of this period and contributing to an improvement in exclusive breastfeeding rates.

Keywords: Breastfeeding; Nursing; Hospitalization; Postpartum.

Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas	
Lista de Quadros	
Lista de Figuras	
Lista de Abreviaturas Siglas e Acrónimos	
Introdução Geral	21
I CAPÍTULO- Relatório da componente clínica	25
1. Relatório da componente clínica	27
2. Desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista	30
3. Desenvolvimento das competências específicas dos EEESMO	31
3.1 Desenvolvimento das competências específicas na área de Ginecologia	32
3.2. Desenvolvimento de competências específicas na área de Puerpério	38
3.3 Desenvolvimento de competências na área de enfermagem em Patologia Materno-Fetal	45
3.4 Desenvolvimento de competências na área de enfermagem em Vigilância da Saúde da Mulher	51
3.5 Desenvolvimento de competências de enfermagem em Sala de Partos	59
Considerações finais	69
II CAPÍTULO - Relatório final da componente de investigação	73
1. Justificação do estudo	77
2. Enquadramento teórico	79
3. Metodologia	93
3.1. Atitudes/intervenções dos enfermeiros promotoras da amamentação- Revisão Scoping	93

3.2.	Método	96
3.2.1.	Participantes	98
3.2.2.	Instrumento de colheita de dados	99
3.2.3.	Procedimentos ético-legais	101
3.2.4.	Procedimentos estatísticos	101
4.	Resultados	103
4.1.	Análise descritiva	103
4.2.	Análise Inferencial	112
5.	Discussão	121
	Conclusões	133
	Referências Bibliográficas	139
	Anexos	151
	Anexo I: Escala da qualidade de informação	153
	Anexo II: Declaração de autorização ética	159
	Apêndices	161
	Apêndice I: Prints das pesquisas nas bases de dados	163
	Apêndice II: Elegibilidade através da avaliação preconizada no Joanna Briggs Institute	167
	Apêndice III: Tabela Colheita de dados dos artigos da revisão <i>scoping</i>	175
	Apêndice IV: Questionário de colheita de dados	179
	Apêndice V: Declaração de consentimento informado	185

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1- Caracterização das variáveis socioeconómicas das puérperas	103
Tabela 2- Relação entre números de filhos em variáveis obstétricas	105
Tabela 3- Relação entre amamentar em exclusivo versus o contacto pele a pele, o tipo de parto, número de filhos e PPPP	106
Tabela 4- Estatísticas relativas à Qualidade da Informação	107
Tabela 5- Relação entre a Escala da Qualidade da Informação e a participação no PPPP	108
Tabela 6- Relação entre amamentar em exclusivo e a Escala de Qualidade da Informação	109
Tabela 7 - Caraterização das medidas estatísticas relativas aos itens do fator Estabelecimento da Amamentação	110
Tabela 8- Caraterização das medidas estatísticas relativas aos itens Decisão de Amamentar	110
Tabela 9- Caraterização das medidas relativas aos itens do fator Continuidade da Amamentação	111
Tabela 10- Estatísticas relativas às Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação	111
Tabela 11- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face ao grupo etário	113
Tabela 12- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face ao estado civil	113
Tabela 13- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à situação profissional	114
Tabela 14- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à escolaridade	115
Tabela 15- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à variável número de filhos	116

Tabela 16- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face ao tipo de parto	117
Tabela 17- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à variável realizou contacto pele a pele imediatamente após o nascimento do filho e sem interromper até pelo menos 2 horas	117
Tabela 18- Relação entre as Atitudes Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à variável amamentar em exclusivo	118
Tabela 19- Relação entre as Atitudes Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à variável participou no PPPP	119
Tabela 20- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à variável participou em sessões da "Escolinha"	119
Tabela 21- Correlação de Pearson entre qualidade da Informação e as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação	120

Lista de Quadro e Figuras

	Pág.
Quadro 1 Número das experiências realizadas nas diferentes áreas de intervenção.	70
Quadro 2 Dez passos para Hospital Amigo dos Bebés	86
Figura 1- Fluxograma de investigação	95
Figura 2- Desenho de Investigação	98

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AME- Aleitamento Materno Exclusivo

APA – American Psychological Association

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

CHTV, EPE – Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

CMESMOG – Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

CPLESMO – Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

DPPNI – Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida

EESMO – Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EV - Endovenoso

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HH – Hospital da Horta, EPER

IPV-ESSV – Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu

LM – Leite Materno

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPPP- Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade

RANU – Rastreio Auditivo Neonatal Universal

RN – Recém-Nascido

SPG- Sociedade Portuguesa de Ginecologia

TP – Trabalho de Parto

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

UNICEF- United Nations International Children’s Emergency Fund

WHO – World Health Organization

Introdução Geral

O Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia (CMESMOG), do Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu (IPV-ESSV), concede o título de especialista reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e tem como objetivo especializar enfermeiros para cuidar a mulher, família e comunidade, no ciclo gravídico-puerperal assim como na área da saúde sexual e reprodutiva (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019b). Este Mestrado confere também o grau académico de Mestre que será obtido após a concretização e aprovação das provas públicas com a discussão do relatório aqui desenvolvido.

A unidade curricular estágio com relatório final decorreu no segundo ano do mestrado acima referido e serve de estratégia crítico-reflexiva acerca dos dois anos escolares, mas mais focado nas atividades desenvolvidas no último ano, com o objetivo de pôr em prática as aquisições de cuidados de enfermagem especializados.

Como é essencial a um enfermeiro especialista desenvolver também competências na área da investigação, para ter capacidade de procura nas evidências científicas mais atuais, este relatório inclui um estudo de investigação intitulado “Impacto das atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto.”

O puerpério é uma das fases mais importantes da vida da mulher, e, é normalmente durante o internamento hospitalar que existe o primeiro contacto físico com o seu filho. É considerado uma fase crítica pois tem um risco acrescido de existirem alterações fisiológicas e psicológicas e desta forma os cuidados especializados por parte dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica tornam-se essenciais. Atuar na prevenção de complicações, promover conforto físico e emocional, realizar educação para a saúde levam a que a puérpera consiga atingir um estado de autonomia esclarecida e um equilíbrio necessário no processo da maternidade (Correia & Pereira, 2015).

O aleitamento materno inexistente ou insuficiente continua a ser uma ameaça para a saúde e sobrevivência das crianças em todo o mundo. A melhoria desta prática poderia salvar milhares de vidas todos os dias (UNICEF, 2005).

O leite materno é considerado um alimento completo, com efeitos positivos para a saúde do recém-nascido em todos os níveis. Também a mãe beneficia de diversas vantagens para a sua saúde (Ragusa et al, 2020).

Apesar de todos os benefícios demonstrados, e de terem sido nestes anos todos obtidos progressos notáveis, apenas cerca de 48% dos bebês entre os 0 e os 5 meses de vida foram amamentados exclusivamente em todo o mundo no ano de 2021 e cerca de 67% era amamentado exclusivamente durante os primeiros dois dias após o nascimento (UNICEF, 2022).

Prestar atenção ao processo de amamentação é crucial, pois é durante o internamento de puerpério, no pós-parto, que se inicia, e a puérpera que quer amamentar, mesmo que tenha recebido formação durante a gravidez, necessita de aprender a técnica correta e ter apoio na resolução das adversidades que forem surgindo. Usando as boas práticas hospitalares no momento certo, estas vão-se traduzir em múltiplos benefícios para a puérpera e o recém-nascido, pois a puérpera amplia os seus conhecimentos e por consequência eleva-se a prevalência e duração da amamentação (Correia & Pereira, 2015). Assegurar que todas as mães tenham conhecimento dos seus direitos e recebam apoio, informação e aconselhamento sobre aleitamento materno é um dos pontos essenciais de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

De acordo com o planeamento da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, foram definidos os seguintes objetivos gerais para este relatório:

- Desenvolver competências necessárias nas diferentes áreas de atuação da saúde da mulher para obtenção do título de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

- Identificar a melhor evidência científica sobre as atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação.

- Analisar de que forma as variáveis sociodemográficas e a história clínica obstétrica têm relação com a avaliação pelas puérperas das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação.

- Determinar se a qualidade da informação transmitida pelos enfermeiros, no pós-parto durante o internamento de puerpério, tem influência sobre como são identificadas as atitudes dos mesmos na promoção da amamentação.

O presente trabalho está estruturado em dois capítulos principais, iniciando-se pela presente introdução, o primeiro capítulo refere-se à análise reflexiva dos contextos clínicos onde foram realizados os estágios, de acordo com as competências comuns e específicas dos EEESMO. Posteriormente, apresenta-se o segundo capítulo, fazendo

deste, parte integrante, a componente de investigação, primeiro com uma revisão scoping, na procura da melhor evidência científica e depois com um estudo quantitativo desenvolvido sobre o impacto das atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto. Concluindo-se com as considerações finais e implicações para a prática clínica, e referências bibliográficas, e por fim os respetivos anexos e apêndices. O presente trabalho está escrito de acordo com as normas da *American Psychological Association 7th* (APA) e em conciliação com o Novo Acordo Ortográfico.

I CAPÍTULO- Relatório da componente clínica

1. Relatório da componente clínica

A Unidade Curricular, Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, do ano letivo 2022/2023 e 2023/2024, do 12º CPLEESMO e do 7º CMESMOG, do IPV-ESSV, dá resposta às diretivas europeias relativas ao reconhecimento das qualificações profissionais do enfermeiro especialista em enfermagem materna e obstétrica (EEESMO), publicada na Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias de 7 de setembro, e transposta para o direito nacional na Lei n.º 9/2009 de 4 de março e sucessivas alterações, sendo a última a Lei n.º 26/2017 de 30 de maio (Portugal, Lei n.º 26/2017).

O estágio realizado teve como objetivo mestre, adquirir, desenvolver e consolidar competências comuns e específicas aos Enfermeiros Especialistas, as comuns (descritas no regulamento n.º 140/2019, publicado em Diário da República, 2.ª série - N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019) e as específicas dos EEESMO (descritas no regulamento n.º 391/2019, publicado em Diário da República, 2ª série - n.º 85, de 3 de maio de 2019). Este Relatório Final tem carácter crítico e reflexivo, tendo como objetivos descrever e analisar as competências desenvolvidas e adquiridas nas diferentes áreas de intervenção da Saúde Materna e Obstétrica em que o estágio decorreu, assim como desenvolver uma investigação subordinada ao tema: “Impacto das atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto”, que possa de alguma forma trazer contributos para a prática clínica.

O objetivo geral desta unidade curricular é formar mestres e especialistas ESMO capazes de conceber, planear, executar e avaliar intervenções inerentes à promoção da Saúde Reprodutiva da Mulher/Casal.

Esta unidade curricular teve um total de 864 horas de contacto, com uma carga horária semanal de 24 horas, e uma duração de 36 semanas de acordo com a seguinte distribuição: 3 semanas em Enfermagem em Ginecologia; 5 semanas em Enfermagem em Puerpério; 5 semanas em Enfermagem em Patologia Materno-Fetal; 5 semanas em Enfermagem em Promoção de Saúde da Mulher; e 18 semanas em Enfermagem em Sala de Partos. Este estágio decorreu em distintos contextos de aprendizagem, todos eles em meio hospitalar.

De acordo com o ponto 5.1 do anexo II da Lei n.º 9/2009, de 4 de março, consideram-se objetivos de aprendizagem a alcançar, a execução das seguintes experiências mínimas:

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

“O desafio para a profissão e para a ciência é a integração entre a teoria, a investigação e a prática, devendo o pensamento teórico atravessar todas as funções que as enfermeiras desempenham” Graça (2010) citado por Santos (2021). Desta forma foi importante seguir um modelo teórico que permitisse refletir e orientar a minha prática.

Ramona Thieme Mercer centrou a sua atenção nos comportamentos e necessidades das grávidas, relações familiares e toda a sua competência no desenrolar do papel materno ao longo das diferentes idades (Meighan, 2018). A teoria de Mercer orienta a prática de enfermagem de forma clara e funcional, sendo fácil de relacionar, permitindo o planeamento, a implementação e consequente avaliação dos cuidados de enfermagem de forma individualizada e completa. Abrange todas as mulheres durante a gravidez e após o parto, independentemente da idade, do ambiente ou contexto social onde se insere, trabalhando também com os membros da família (Santos, 2021).

As teorias de enfermagem possuem quatro conceitos principais que fundamentam a prática da disciplina de Enfermagem: enfermagem, ambiente, saúde e pessoa. Dentro da teoria da consecução do papel materno, a enfermagem, é uma ciência que abrange todo o processo de assistir, enquanto eles processam essas mudanças desde a adolescência conturbada até o atingir de uma maioridade. A pessoa, refere-se ao ser “Eu”, mesmo representado um papel, adquirindo a sua personalidade enquanto explora qual a sua posição na díade mãe-filho, ou seja, uma pessoa independente, mas que interage com o bebé. A saúde, abrange a perceção que a mãe e o pai tem da sua saúde anterior,

da atual e da que poderão ter, tendo noção dos cuidados na doença preocupando-se com a promoção da saúde dentro de todas as mudanças que ocorrerão. E por último o ambiente, onde se assenta que o desenvolvimento de determinado papel ou pessoa não pode ser considerado separado do ambiente onde se insere, onde se englobam todas as relações com família, amigos e comunidade (Santos, 2021).

A Consecução do Papel Materno é um processo que segue quatro fases na aquisição do papel, sendo elas classificadas como, antecipatória, formal, informal e pessoal. A Antecipatória, começa com o descobrir a gravidez e inclui os ajustes nas emoções que começa a sentir, como vai imaginando o feto no útero. Inclui também os primeiros ajustes sociais. É o reconhecer a permanência da mudança necessária. A Formal, inicia-se quando se dá o nascimento e começa a aprendizagem do papel materno, guiado pelas expectativas criadas no sistema social da mãe. A busca de informações. A Informal, a mulher começa a desenvolver formas próprias de atuação do papel materno, determinando os melhores cuidados para o filho com base em experiências passadas e objetivos futuros. E por último, a Pessoal, a incorporação do novo papel, desenvolvendo confiança e competência nesse papel ao mesmo tempo que experimenta sentimentos de harmonia e satisfação (Meighan, 2018).

Este relatório, para além de ser parte integrante da avaliação, é sobretudo uma reflexão crítica e uma tomada de consciência sobre o percurso, nomeadamente sobre a prática de cuidados de saúde e sobre as dificuldades que foram surgindo no seguimento das experiências vivenciadas e das estratégias usadas para as ultrapassar. A sua elaboração depende dos momentos de aprendizagem que se tem o privilégio de viver durante os percursos dos ensinamentos clínicos, tendo por base não só os objetivos gerais, mas também os objetivos específicos por delineados nos projetos de estágios.

O conhecimento e segurança das tutoras foram essenciais na aprendizagem, transmitiam a segurança que tanto se anseia. No início pouco à vontade, não é fácil depois de se trabalhar há alguns anos como enfermeira, voltar ao papel de aluna, pois sentir a dificuldade em perceber se era permitido como aluna determinado procedimento. O diálogo revelou-se de extrema importância. Ao mesmo tempo iam progressivamente dando autonomia no desempenho, refletindo em conjunto sobre os porquês dos cuidados, o que estava bem e o que se poderia melhorar, o que contribuiu de forma muito positiva para a aprendizagem. Assim considerar o diálogo e a cooperação é indispensável ao desenvolvimento das competências que tanto ansiamos.

2. Desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista

Para a obtenção do título de enfermeiro especialista, para além da confirmação das competências expressas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, os enfermeiros devem partilhar um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados. São reconhecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) quatro domínios de competências comuns. A responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio contínuo da gestão da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a).

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional ética e legal, tive sempre presente os princípios éticos, valores e crenças, procurando a parceria nos cuidados e a aplicação constante do consentimento livre e esclarecido. Tentei ter sempre presente uma escuta ativa, o momento certo de comunicar, possibilitar a colocação de questões, com demonstração de honestidade, respeito e disponibilidade, centrando-me na pessoa em toda a sua individualidade.

Mobilizei evidência atual na prática de cuidados, articulando os conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares e realizando pesquisa bibliográfica sempre que surgia alguma dúvida, o que permitiu utilizar o pensamento crítico na análise e resolução de problemas, demonstrando capacidade de adaptabilidade na melhoria da qualidade.

A adoção de padrões e diretrizes de qualidade, promove uma cultura de segurança, desta forma, promovi um ambiente terapêutico seguro, mantendo a segurança de dados e registos, identificando e prevenindo também práticas de risco.

A elaboração de planos de cuidados individualizados, a comunicação eficaz e a colaboração tanto com a equipa como com os utentes é essencial para garantir a segurança, o bem estar e a recuperação do mesmos.

3. Desenvolvimento das competências específicas dos EEESMO

Neste capítulo descrevo o trajeto de aquisição das competências de EEESMO, através da descrição e reflexão sobre as experiências de cuidados de enfermagem especializados vivenciadas. As competências foram desenvolvidas, procurando sustentar a minha prática de cuidados na melhor evidência científica através da pesquisa bibliográfica contínua. Apoiei a minha aprendizagem no processo reflexivo, debatendo e analisando casos com as orientadoras clínicas, o que foi fundamental na identificação e resolução de problemas. Igualmente realizei trabalhos que promoveram o desenvolvimento destas competências e os projetos e relatórios reflexivos.

O EEESMO assume no exercício das suas funções, nas situações de baixo risco, as intervenções autónomas em que estão envolvidos processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. Nas situações de médio e alto risco assume ainda as intervenções autónomas e interdependentes em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019b).

A maioria dos ensinamentos clínicos decorreu no Hospital da Horta, EPER. O Hospital da Horta (HH) é a única unidade hospitalar da ilha do Faial, Açores. Tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados, diferenciados e de qualidade em todo o ciclo de vida da pessoa e de acordo com as suas necessidades, utilizando adequadamente os seus recursos humanos e materiais em obediência aos princípios da qualidade, de eficiência e efetividade. O HH integra o sistema hospitalar da região que é constituído pelos hospitais de Ponta Delgada, Angra do Heroísmo e Horta, relacionando-se assim com as referidas unidades de saúde e com os serviços homólogos dos hospitais afetos ao Serviço Nacional de Saúde, nos termos dos protocolos celebrados entre a Direção Geral dos Hospitais e a Direção Regional de Saúde que permitem assegurar o deslocamento de especialistas em valências carenciadas assim como o envio de doentes por forma a serem assistidos em hospitais especializados e também as transferências de doentes para apoio diferenciado, como é o caso de Neonatologia, pelo que em situação de prematuridade e de acordo com as situações em específico é efetuada a transferência para a Ilha Terceira, São Miguel ou Portugal Continental. Também se articula com os centros de saúde das respetivas áreas geográficas, designadamente com as Unidades de Saúde das Ilhas do Faial, Pico, São Jorge, Flores e Corvo e com a Unidade de Cuidados Continuados do Centro Geriátrico da Santa Casa da Misericórdia da Horta.

O serviço de Obstetrícia (Internamento Mulher), tem o formato de U, dividido entre internamento e bloco de partos. O internamento é constituído por 7 salas para utentes e 13 camas, e diversas salas de apoio aos cuidados médicos e de enfermagem. A área de bloco de partos contém duas salas de partos, sala de reanimação RN e cantinho de amamentação. No serviço ficam internadas todas as grávidas e puérperas, existem algumas salas específicas para a patologia materno-fetal, mas sendo no mesmo serviço por vezes é inevitável, por exemplo, que uma grávida que esteja em processo de aborto, ouça o choro de bebés acabados de nascer. Mas como a necessidade de cuidados especializados é indiscutível e tendo em conta a abrangência populacional é uma especificidade difícil de solucionar. No Hospital da Horta, por não existir serviço diferenciado de neonatologia, nem recursos humanos suficientes, todas as gravidezes com idade gestacional inferior a 36 semanas, em que haja necessidade de terminar a gravidez é sempre feito os possíveis para a grávida ser evacuada para outro hospital de referência. Quando tal não é possível e é urgente nascer o bebé, este é estabilizado e posteriormente evacuado para o serviço de neonatologia de referência.

A equipa é constituída neste momento por 15 enfermeiras, até ao momento 10 são EEESMO. A equipa dá resposta, ao internamento de patologia da gravidez, puerpério, sala de partos e consulta de obstetrícia e de ginecologia. O método de trabalho, no internamento e sala de partos, é o de equipa, pois normalmente por turno tem uma especialista e uma enfermeira de cuidados gerais.

O HH é certificado como “Hospital Amigo dos Bebés” pela United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF) desde 2015 e recertificado pela última vez em 2019, cumprindo com as 10 medidas nomeadas por este órgão para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

3.1 Desenvolvimento das competências específicas na área de Ginecologia

O ensino clínico da valência de Ginecologia, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final decorreu no serviço de consulta externa do Hospital da Horta, EPER no período de 20 de Fevereiro a 10 de Março de 2023, com duração de 72h. Segundo o plano de atividades, neste ensino clínico 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 contexto da Consulta Externa de especialidade de Ginecologia inclui diversas valências, nomeadamente Patologias ginecológicas, umas com necessidade de tratamento médico, outras cirúrgico e também a vertente oncológica, Consulta de Menopausa, Consultas de Infertilidade, Consultas de Planeamento Familiar e Consulta do Adolescente. A consulta de Ginecologia é realizada de forma conjunta, com o médico e a enfermeira especialista, no entanto são realizados alguns procedimentos de forma independente, como é o caso da colocação de pessários e em algumas situações também as senhoras são chamadas para registo de antecedentes pessoais. Apesar de considerar que terias as suas vantagens ter uma consulta separada também considero importante a consulta conjunta, pois desta forma, após por exemplo, um diagnóstico no momento da consulta médica dá a oportunidade de interagir de imediato com as clientes, de acordo com as suas necessidades imediatas, atuando na promoção do conforto, privacidade, esclarecimento sobre os procedimentos, dúvidas, na realização de educação para a saúde começando desde logo o processo de aceitação do estado de saúde/doença.

Tive a oportunidade de acompanhar a consulta médica de patologia do colo, na qual se realizam colposcopias, tratamentos de lesões do colo do útero com eletrocoagulação, criocoagulação e conização, sendo esta última realizada no bloco operatório. A maioria dos casos de cancro do colo do útero estão associados à infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) de elevado risco oncogénico, que causa lesões pré-malignas dando origem a cancro. Os tipos 16 e 18 são responsáveis por cerca de 75% destes casos (Direção Geral de Saúde (DGS), 2007). A sua prevenção e o seu tratamento são elementares através do cumprimento de protocolos de prevenção, incluindo o rastreio populacional, nomeadamente a realização do ROCCA, o diagnóstico, o tratamento e o seguimento de todas as lesões intra epiteliais com potencial evolutivo para cancro (Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG), 2014).

Nas consultas de patologia do colo colaborei nas citologias cervicais e tipagem do HPV a mulheres com seguimento em consulta hospitalar por resultados citológicos previamente alterados, colaborando no apoio à mulher, informando sobre todo o procedimento, assim como na desmistificação de dúvidas. Participei na colposcopia, e foime dada a oportunidade de visualizar microscopicamente a superfície do colo e vagina, compreendendo as possíveis alterações fisiológicas e patológicas da mucosa.

Perante a deteção de lesões no colo do útero, particularmente as lesões de alto grau e de pré-malignidade, as mulheres podem desenvolver ansiedade e medo, por isso

em conjunto com a enfermeira orientadora e o médico especialista, procurei desmistificar a informação referente às situações de anormalidade, apoiando na tomada de decisão livre e esclarecida perante o tratamento adequado a ser realizado. Procurei desenvolver competências educacionais, através da pesquisa da melhor evidência científica, referente a esta temática, de modo a transmitir informação correta junto da mulher, tranquilizando e esclarecendo dúvidas perante determinados procedimentos, assim como promover educação sobre os cuidados a ter e sinais de alerta. Procurei sensibilizar as mulheres para adoção de comportamentos saudáveis e seguros. As consultas permitem a redução da incidência e da mortalidade por cancro do colo do útero através da promoção de medidas de prevenção primária e secundária. A prevenção primária passa pela sensibilização da população sobre os fatores de risco associados ao cancro e a importância da vacinação profilática contra o HPV, quer no plano de vacinação quer fora dele. A vacinação de mulheres para além dos 26 anos tem uma relação custo/benefício em termos de saúde pública, conferindo uma proteção individual significativa, pelo que é aconselhável até aos 45 anos (SPG, 2014). Mas claro que muitas vezes as utentes que não são abrangidas pelo plano de vacinação não têm poder económico para a compra das três doses da vacina o que se torna uma lacuna no serviço nacional de saúde. Também nos rastreios é diagnosticada a presença de infeções sexualmente transmissíveis (IST), como candidíase vaginal, *ureaplasma* e condilomas, entre outros, cujo tratamento é por norma prescrito para o casal. Um tratamento adequado dessas infeções é uma importante medida de saúde pública e não consiste apenas na terapia antimicrobiana para curar e reduzir a infeção, mas também numa análise e tratamento global da saúde reprodutiva através da recolha do historial, exame clínico, diagnóstico correto, tratamento precoce e eficaz, aconselhamento sobre os comportamentos sexuais, promoção e/ou fornecimento de preservativos, notificação e tratamento do parceiro e seguimento clínico(Organização Mundial de Saúde, 2005).

Nas consultas de planeamento familiar, foram colocados/trocados dispositivos intrauterinos e implantes subcutâneos pelo médico especialista, tendo colaborado na técnica. Ao longo da consulta, contribuí para a partilha de informação e orientação no fornecimento dos métodos contraceptivos, na deteção da realização do rastreio do cancro do colo do útero, na prevenção e diagnóstico precoce de Infeções Sexualmente Transmissíveis, assim como na atuação perante a mulher com infeção ativa e o seu convivente significativo. Da mesma maneira orientei para a consulta pré-concepcional e reforcei ensinamentos, as utentes que foram remover os métodos contraceptivos com intenção de engravidar.

Na consulta de adolescente, dei predominância aos ensinamentos para adoção de comportamentos de sexo seguros, como a prevenção das infeções sexualmente

transmissíveis, e a ajuda da escolha de método contraceptivo adequado à escolha livre e esclarecida ajustados à particularidade da condição da fase de desenvolvimento em que a adolescente se encontra. O aconselhamento é crucial, principalmente para quem utiliza contraceção pela primeira vez, pelo que permitir a escolha informada sobre um método, mediante esclarecimento objetivo, correto e dirigido às expectativas específicas da pessoa, facilita a adesão e a continuidade consistente da utilização do método escolhido (DGS, 2008). Para um maior sucesso no aconselhamento devemos criar empatia, escutando e estabelecendo um clima de confiança e interação. Adequar a informação à utente e evitar informação excessiva. Fornecer o método que a utente escolhe. Assegurar que toda a informação transmitida foi compreendida e encorajar o contacto com o serviço, de forma a esclarecer qualquer dúvida junto do enfermeiro ou médico assistente (DGS, 2008).

Também tive a oportunidade de acompanhar a consulta médica ginecológica a mulheres com prolapso dos órgãos pélvicos. A colocação de pessários é uma intervenção da competência da enfermeira especialista da consulta e toda a sua gestão está a sua responsabilidade e neste âmbito tive oportunidade de retirar, observar possíveis alterações do canal vaginal e colo, como zonas de compressão e alterações do muco e colocar de novo alguns pessários, efetuando de seguida os respetivos ensinamentos, fornecendo folhetos informativos e registos adequados e individualizados. A utilização de um pessário permite impedir a progressão do grau de prolapso, diminuir a frequência ou gravidade dos sintomas do prolapso e evitar ou atrasar a necessidade de cirurgia (Bugge et al., 2013). Tive a oportunidade de observar os graus de prolapso, assim como colocar o pessário com o tamanho adequado a cada mulher. Previamente procurei, em parceria com o médico especialista e a enfermeira orientadora, fornecer a devida informação sobre o dispositivo, vigilância periódica, assim como cuidados a ter, sinais de alerta/complicações e impacto nas atividades de vida diárias e sexualidade. É efetuado um acompanhamento de cada cliente, com a devida referenciação para a substituição do pessário pelo enfermeiro especialista, em consulta, a cada 3 meses. Existem diversos tipos de pessários vaginais, no entanto o único utilizado no HH é o pessário em formato anel, sendo o modelo mais comumente utilizado para prolapso e incontinência urinária de esforço. É facilmente manipulado e não interfere na atividade sexual. As principais complicações resultantes do uso de pessários são as erosões e úlceras vaginais, sangramento vaginal, corrimento vaginal e sintomas irritativos (Hanson et al., 2006).

Às mulheres em processo de climatério que foram surgindo na consulta, em parceria com a enfermeira orientadora e o médico especialista, proporcionei apoio no processo de transição e adaptação à menopausa e promoção da saúde ginecológica, informando e orientando sobre possíveis alterações associadas. Uma assistência

individualizada, das mulheres em processo de climatério, pois este implica cerca de um terço da vida da mulher, que permita um apoio, orientação, educação em saúde, expressão de sentimentos, medos, ansiedades, com informações e utilização de estratégias, num melhor processo de envelhecimento, com a devida promoção do envolvimento da mulher será certamente uma mais valia para a sua saúde. Neste sentido desenvolvi, por sugestão da enfermeira orientadora e com a sua colaboração, um folheto informativo, sobre o climatério onde exemplifico de uma forma geral algumas medidas que podem ser adotadas pelas mulheres para tentar minimizar os desconfortos. O climatério corresponde à transferência entre a fase reprodutiva, com regular funcionamento do ciclo menstrual, para o seu término absoluto, já sem folículos funcionais. A menopausa é um biomarcador da transição da plena capacidade reprodutiva para a senescência ovárica, sendo a sua definição clínica e retrospectiva, após amenorreia de um ano. Uma vez que a sintomatologia se inicia na pré-menopausa e pode durar vários anos após a menopausa, esta não deve ser unicamente utilizada para determinar o estágio da menopausa em que a mulher se encontra (Sociedade Portuguesa Ginecologia (SPG), 2016). Uma vez que não é considerada uma doença ou disfunção, não exige necessariamente um determinado tipo de tratamento. No entanto, quando os efeitos corporais ou subjetivos se tornam severos e prejudiciais, é importante minimizá-los com tratamento dirigido às necessidades individuais da mulher, incluindo um adequado encaminhamento e acompanhamento psicológico (Aguiar et al., 2015). A sintomatologia do climatério está relacionada com a diminuição da reserva folicular ovárica e consequente o hipoestrogenismo. A curto prazo destaca-se a sintomatologia vasomotora, com a sensação súbita de calor durante cerca de dois a quatro minutos, associada frequentemente a sudorese profusa e ocasionalmente a palpitações, seguida por vezes de calafrios, tremores e sensação de ansiedade, também as alterações do sono e emocionais (SPG, 2016; Agiar et al., 2015). Como repercussões tardias, destacam-se as complicações cardiovasculares, a osteoporose e doenças neuro cognitivas, como a Doença de Alzheimer. As alterações do ciclo menstrual, podem iniciar-se quatro a oito anos antes da menopausa, existindo inicialmente encurtamento da periodicidade e a menstruação difere do padrão habitual no que respeita a duração e quantidade de fluxo. A ocorrência e intensidade da sintomatologia varia entre as mulheres, dependendo de fatores genéticos, ambientais, estilo de vida (sedentarismo e hábitos tabágicos) e antropométricos (SPG, 2016). A sexualidade no climatério, para algumas mulheres, é um período vivido sob grande sofrimento, sendo que a maioria se mostra renitente à própria atividade sexual. Existe uma percentagem de mulheres que apresenta um decréscimo na atividade sexual e evitamento sexual, com desenvolvimento de perturbações do orgasmo, da libido e mais tarde, dispareunia resultante da atrofia e menor lubrificação decorrente

do hipoestrogenismo (Lara et al., 2009; SPG, 2016). Deste modo, o enfermeiro especialista deve apoiar e capacitar a mulher de acordo com as suas necessidades.

Na pós-menopausa a hemorragia uterina anormal deverá ser considerada um sinal de alerta, uma vez que pode indicar patologia orgânica, nomeadamente um carcinoma do endométrio. No entanto, as causas mais frequentes são a atrofia endometrial e os pólipos endometriais (SPG, 2018). A ecografia pélvica assume especial relevância nas mulheres com hemorragia uterina anormal depois dos 40 anos, particularmente nas que apresentam fatores de risco de carcinoma do endométrio, sendo um exame indispensável na avaliação das mulheres pós-menopausa com hemorragia uterina (Martinho & Melo, 2009). No estudo destas situações é importante compreender minuciosamente a história clínica, uma vez que é um passo fundamental para o diagnóstico diferencial. Assim, é essencial caracterizar as perdas hemáticas, quanto ao seu início, fatores associados, como traumatismos genitais, dor pélvica abdominal, presença de corrimentos vaginais anormais sugestivos de infeção, entre outros e a identificação de antecedentes familiares de patologia da tiroideia e neoplasia endometrial. Posteriormente o exame ginecológico permite uma avaliação dos genitais externos e internos, de modo a despistar lesões cervicais, vaginais, miomas uterinos ou tumefações. Colaborei na realização de algumas biópsias do endométrio através de pipelle, que é um método rápido, com desconforto mínimo, para ajudar a esclarecer uma hemorragia uterina anormal ou um espessamento do endométrio. Tentei promover suporte adequado, desmistificando dúvidas, e utilizando mecanismos de distração durante a observação ginecológica e ecográfica para diminuição de desconforto.

Na consulta de fertilidade, pude perceber o processo inicial da realização de diversos exames que são necessários ao casal para depois serem encaminhados para as clínicas de procriação medicamente assistidas, não esquecendo o apoio emocional, as estratégias de controlo da ansiedade envolvente do processo e a mudança de alguns hábitos de vida. Nesta consulta houve uma situação que mexeu mais comigo pois uma utente que já vinha a ser seguida tinha como antecedentes pessoais artrite reumatóide e andava em estudos para possível doença de lúpus eritematoso. Na primeira consulta que vi a utente, ela tinha deixado sob orientação medica o medicamento para a artrite, mas apenas passados uns dias agudizou a doença e nem conseguia mexer a mão de tanta dor e sinais inflamatórios. Ela vinha para tratamento de condilomas vaginais, que, entretanto, tinham sido diagnosticados na consulta, mas a médica deu prioridade ao tratamento da sua condição agudizada de momento e começamos desde logo a tentar fazê-la aceitar o seu processo de doença e que para já a sua situação não era compatível com o seu maior desejo de ser mãe. Tentamos aconselhar e promover estratégias de

coping, promovemos escuta ativa das suas ansiedades e encaminhamos para os recursos existentes na comunidade.

Finalmente tive a oportunidade de assistir a três cirurgias. Uma cesariana, uma cesariana com laqueação tubar e remoção de um mioma suberoso da parede posterior com cerca de 1,5cm de diâmetro e uma histeroscopia com recetoscopia mecânica. Estive presente no acolhimento das utentes no bloco, na cirurgia e na transferência para o recobro. Na minha opinião é uma mais valia para as utentes conhecerem previamente a equipa que vai estar no BO, uma vez que lhes transmite mais confiança. Dei prioridade a estabelecer relação empática na tentativa de ajudar o desvanecer do receio e ansiedade inerentes às respetivas cirurgias.

3.2. Desenvolvimento de competências específicas na área de Puerpério

O presente estágio decorreu no serviço de Obstetrícia/Ginecologia – Puerpério, localizado no 6º piso, na ala A, do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE (CHTV, EPE), de 13 de Março a 21 de Abril de 2023, com uma duração total de 120 horas. O serviço é constituído por 26 camas, e diversas salas de apoio aos cuidados médicos e de enfermagem. Em frente ao mesmo, encontra-se a ala de Obstetrícia B que abrange as áreas da patologia da gravidez e da ginecologia, igualmente com 26 camas. O serviço de Obstetrícia A destina-se ao internamento de puérperas e dos respetivos recém-nascidos após partos eutócicos e distócicos. A equipa de enfermagem é constituída por 28 enfermeiras, das quais nove são EEESMO e uma é especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e as restantes são enfermeiras de cuidados gerais. É utilizado o método individual de trabalho, ou seja, cada enfermeira tem as suas puérperas, embora quando necessário haja colaboração na prestação de cuidados.

As puérperas e seus filhos, que tenham tido partos eutócicos ou distócicos por fórceps e/ou ventosa são transferidas da Sala de Partos até ao serviço de Obstetrícia acompanhadas por um enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica. Em situações de cesariana, após término da mesma e cumpridas as horas de recobro, o serviço de Obstetrícia é contactado para proceder ao transporte e admissão das puérperas, provenientes do Bloco Operatório. Relativamente ao recém-nascido, imediatamente após o seu nascimento por cesariana, o serviço recebe um contacto telefónico para o ir buscar

e admitir no serviço, onde se encontra já à espera o pai e se este o desejar iniciar o contacto pele-a-pele consigo. O recém-nascido nesta situação é imediatamente pesado, avaliado o seu perímetro cefálico e a sua estatura.

O acolhimento em enfermagem está ligado à relação estabelecida com a utente, que se inicia no momento da admissão no serviço e tem como principal objetivo a transmissão de confiança e parceria nos cuidados prestados. É fundamental adquirir competências de comunicação e relacionais para o estabelecimento de uma relação terapêutica, através de compreensão, interesse, empatia, aceitação, bondade, firmeza, apoio e estabelecimento de limites, o que permite a transferência de ideias e sentimentos (Silva, 2010). Procurei adotar, junto da puérpera/casal, uma postura de confiança, disponibilidade, com incentivo à expressão de sentimentos, desmistificação de dúvidas, comportamentos e atitudes, promovendo estratégias de coping para lidar com diversas situações, inerentes ao processo de transição, possibilitando desta forma o fortalecimento das linhas de orientação da mulher. São fornecidos panfletos sobre a amamentação e o aleitamento materno, síndrome de morte súbita do latente, cuidados de higiene pessoal no pós-parto e questionário de satisfação sobre o período de internamento, para que a mulher se possa ir familiarizando com esta nova etapa. Apesar de todo o suporte informativo que é oferecido e disponibilizado, é no momento da admissão que o enfermeiro deve estabelecer uma relação de empatia e de serenidade.

A dimensão psicológica e emocional deve ser um foco de atenção por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, a fim de despistar situações de risco. Durante a prestação de cuidados presenciei situações de insegurança nas mulheres no seu papel como mães, em especial na amamentação, pelo que procurei promover suporte e empoderamento perante as situações identificadas, assim como informar sobre os fatores de risco e sinais de alarme relativamente às alterações psicológicas no pós-parto. O puerpério envolve alterações psicológicas exacerbadas por sentimentos e emoções que o enfermeiro deve prestar especial atenção. Aspetos como aceitação da nova imagem corporal, identidade, sexualidade, adoção de um novo papel e mudanças a nível familiar e social, aliados a uma vulnerabilidade pessoal tornam-se alvo de grande alerta, devendo o enfermeiro dar oportunidade à mulher de se expressar emocionalmente, estando atento a possíveis situações de risco para que possa requisitar apoio diferenciado se assim o entender (Nené et al., 2016).

Uma das situações que me marcou foi a admissão de um recém-nascido com uma agenesia da mão esquerda e encurtamento do antebraço. A situação foi descoberta pelas 32 semanas de gravidez, mas aparentemente sem diagnóstico definitivo, e no momento do nascimento as primeiras palavras da mãe foi para verem a mão da bebé (informação

fornecida da sala de partos). No internamento o discurso da mãe era essencialmente sobre a aceitação da irmã mais velha, discurso comunicado a todas os profissionais de saúde que com ela contatavam. Tentei criar uma relação empática com a utente, promovi uma escuta ativa, desmistificando a situação como sendo apenas uma variação da normalidade e que a sua bebé desconhece a situação e viverá normalmente com a sua condição se assim for preparada para isso. Sem dúvida que esta utente vai precisar de muito apoio de continuidade nos cuidados de saúde primários e de toda uma equipa multidisciplinar. A importância de uma relação de empatia, de ajuda e de apoio torna-se um foco, uma vez que é através dessa ligação que conseguimos contextualizar a mulher na sua história de vida.

No caso de cesarianas, no hospital, não existe condições para a mãe realizar pele a pele, então, se o pai o desejar, no serviço inicia-se o contacto pele a pele entre o pai e o seu filho numa sala onde existe um cadeirão e um aquecedor e é respeitada a privacidade. Assim ficam, normalmente até à vinda da mãe do recobro, posteriormente também o recém-nascido faz pele a pele com a mãe para a vinculação e o início da primeira mamada. Comprovados todos estes benefícios imunológicos, nutricionais e psicossociais do pele a pele, tanto para a mulher como para o recém-nascido, torna-se competência do enfermeiro especialista adotar uma postura que apoie e permita este contacto pele a pele precoce, promovendo a interação, o envolvimento emocional e uma vinculação saudável (Matos et al., 2010).

No planeamento da prestação de cuidados, tinha como base a idade gestacional na altura do parto, o dia de puerpério em que a puérpera se encontrava, o tipo de parto, o índice obstétrico, complicações no parto e/ou pós-parto e estado de saúde do recém-nascido. Quanto aos cuidados à puérpera, tive situações em que as mulheres necessitavam de uma ajuda parcial no seu autocuidado, uma vez que se encontravam fragilizadas/cansadas do trabalho de parto e parto ou cesariana, e porque ainda não podiam realizar levante. Tentei sempre proceder a uma avaliação cuidada da puérpera de acordo com o tipo de parto e antecedentes/situação de saúde/doença. Tive oportunidade de realizar a avaliação dos sinais vitais nas puérperas de parto vaginal, a observação e avaliação das mamas e mamilos, a avaliação da involução uterina e a localização do fundo do útero através da palpação na linha média do abdómen, a observação do períneo, nomeadamente da correção de lacerações e episiorrafias, despistando possíveis sinais inflamatórios e a avaliação dos lóquios atendendo a sua quantidade, cor e odor. Realizei a mobilização precoce das utentes sempre que a situação o permitia e realizei primeiros levantamentos pós-parto, estando desperta para sinais de alerta, nomeadamente a presença de globo vesical ou a incapacidade da puérpera apresentar a

primeira micção espontânea e atuei de acordo. Em situações de partos distócicos por cesariana tive oportunidade de proceder à monitorização dos sinais vitais segundo o protocolo ou quando necessário, otimização do cateter epidural bem como do cateter venoso, vigilância e realização do penso da ferida cirúrgica e do penso do local da inserção do cateter epidural, monitorização da eliminação urinária e otimização e remoção da sonda vesical. Ainda em relação aos cuidados com o cateter epidural, tive oportunidade de proceder à sua remoção tendo em conta aspetos como, a integridade da ponta do cateter, presença de sinais inflamatórios no local de inserção do mesmo, bem como se a puérpera tinha medicação anticoagulante prescrita e se a administração da última toma tinha mais de 12 horas de intervalo. Também era importante estar atenta à primeira micção da utente após desalgaliação pois a administração de morfina por cateter epidural podia influenciar, sendo necessário por vezes fazer esvaziamento vesical.

O exame da mama no período da lactação, o recurso à observação, inspeção e palpação, é importante, uma vez que permite o despiste precoce de complicações e uma atuação diferenciada por parte da equipa de enfermagem. A avaliação das mamas foi efetuada no decurso do apoio à amamentação em que observei, com o consentimento da puérpera, o tamanho, sensibilidade e dor à pressão, avalei os mamilos quanto à integridade da pele, sensibilidade, dor, coloração e lesões (Sequeira et al., 2020). Durante a observação orientei sobre a prevenção e a identificação de complicações das mamas. Para além da observação obstétrica, que realizei no decurso dos cuidados à puérpera, assim como a identificação, esclarecimento de dúvidas e promoção de educação para a saúde à mesma, promovi o empoderamento nos cuidados ao recém-nascido, apoiando e incentivando o aleitamento materno, reforçando os cuidados a ter no domicílio para manter o aleitamento materno e prevenir complicações. O Hospital (CHTV, EPE) é certificado como Hospital Amigo dos Bebés, iniciativa que foi criada pela World Health Organization (WHO) e pela United Nations Children's Fund (UNICEF) e tem como objetivo, através da implementação nas instituições de dez medidas específicas, a promoção, proteção e suporte ao aleitamento materno (World Health Organization (WHO), 2018). Experiências menos positivas levam a que muitas mulheres abandonem precocemente a amamentação, algo que podia ser prevenido se as mulheres fossem orientadas e apoiadas quanto a técnica da amamentação, sendo a pega correta a base essencial para o sucesso da mesma (Sequeira et al, 2020). De um modo geral, senti que as puérperas se sentiam inseguras e preocupadas com a amamentação. Neste sentido observei, avalei e orientei a técnica de amamentação, capacitando a díade para um adequado estabelecimento e manutenção da prática. Auxiliei e apoiei na aprendizagem da técnica de amamentação, ensinando sobre diversas formas de estimular o recém-

nascido durante as mamadas, os sinais de boa pega, os posicionamentos que mesma pode adotar para amamentar, a duração média, o tempo que deve existir entre cada mamada e a prevenção de complicações das mamas, com o objetivo de promover uma experiência enriquecedora e empoderadora. Tive oportunidade de cuidar uma puérpera que teve gêmeos prematuros de 36 semanas, mas que eram bem ativos principalmente para mamar, mas a mãe necessitava de ajuda e tive o privilégio de a poder ajudar a colocar na mama ao mesmo tempo, aproveitando para reforçar os ensinamentos e valorizar o momento.

A avaliação do tônus uterino é essencial, pois possibilita a identificação precoce de atonia uterina, a principal causa de hemorragia pós-parto, (Nené et al., 2016). A palpação abdominal do útero no pós-parto envolve a identificação da sua localização, a avaliação do estado de contração uterina e a detecção da presença de dor, permitindo desde modo determinar se a involução está a progredir dentro do padrão de normalidade. Na avaliação da involução uterina procurei informar a puérpera sobre a importância da contração uterina, sendo um processo que pode provocar dor, tipo cólica menstrual e que aliado à amamentação melhora a eficácia da contração uterina, promovendo a involução e reduzindo o risco de hemorragia, pela libertação da ocitocina estimulada pela sucção do recém-nascido. A avaliação dos lóquios também permite um despiste de hemorragia vaginal, neste sentido, o enfermeiro especialista, tem um papel crucial na identificação de desvios da normalidade, sendo que durante a observação procurei informar a puérpera sobre o procedimento e solicitar o seu consentimento, procedi à monitorização dos lóquios, as suas características e questioneei sobre a quantidade de pensos trocados. Neste seguimento, promovi informação sobre a importância de uma higiene adequada com incentivo à mudança de penso de acordo com a quantidade de lóquios, assim como os sinais de normalidade e de alerta. Acompanhei algumas puérperas que após ecografia apresentavam endométrio espessado com restos placentares e tiveram de ser submetidas a terapêutica como misoprostol e oxitocina a fim de evitar uma curetagem. Alertei as puérperas para os efeitos esperados e secundários da medicação e apoiei emocionalmente aquelas que necessitavam de mais dias de internamento.

O estado do períneo deve ser avaliado para despistar a ocorrência de complicações como edema, hematomas ou sinais de infeção (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2015). Na observação do períneo, a presença de edema, coloração azulada e dor perineal intensa está normalmente associada ao aparecimento de hematomas pélvicos ou vulvares (Sequeira et al., 2020). Deste modo realizei a observação ao períneo, informando sempre a puérpera do procedimento e solicitando o seu consentimento, avaliando posteriormente a ferida cirúrgica perineal, nomeadamente

a episiorrafia ou correção de laceração perineal, avaliando a presença de sinais inflamatórios, equimoses, hematomas, as características da dor perineal e a presença de hemorroidas. Para além da terapêutica farmacológica prescrita, podem ser instituídas medidas não farmacológicas de alívio da dor, como a crioterapia, em que se coloca gelo no local da sutura para diminuir a dor perineal e o desconforto, pelo que promovi e incentivei a aplicação de gelo de acordo com as queixas das puérperas e a presença de edema na região da sutura perineal, sendo uma medida habitualmente aplicada e bem aceite pelas puérperas, com referência à melhoria do desconforto. Acompanhei uma puérpera que na observação do períneo apresentava edema, rubor, e tumefação na região circundante da perineorrafia, procedi ao reforço dos ensinamentos de alívio não farmacológico e informei a equipa multidisciplinar que observou e medicou a puérpera de acordo com a situação. Também muitas puérperas que acompanhei apresentavam desconforto anal causado pela presença de hemorroidas, informei de igual modo a equipa multidisciplinar e procedi à aplicação de medidas não farmacológicas como gelo e compressas com glicose para ajudar na escleroterapia.

Uma situação que também marcou o meu percurso foi o acompanhamento a uma puérpera de cesariana que chegou ao serviço com suspeita de corioamniotite, motivo pelo qual o seu recém-nascido foi transferido para a neonatologia (risco infeccioso). A puérpera já tinha tido febre intraparto e veio para o serviço já com antibioterapia instituída e durante o internamento as febres inicialmente mais baixas, foram-se mantendo. Fez vários exames complementares de diagnóstico, como TAC abdominal, Rx tórax, análises por diversas vezes com hemocultura e urocultura, despiste de doenças respiratórias virais e fez mudança de antibioterapia algumas vezes. De dia para dia a puérpera mostrava-se mais desanimada sem poder ver a “luz ao fundo do túnel” (expressão usada pela própria) sobre a sua condição de saúde. Puncionada vezes sem conta, ora para análises, ora para perfusão da medicação. Ainda assim, teve sempre forças para acompanhar o seu bebé na neonatologia. O seu bebé melhorou e veio ao sexto dia acompanhar a mãe para o internamento pois ela encontrava-se a amamentar. Tentei sempre promover uma escuta ativa, ajudar nas estratégias de coping, uma comunicação eficaz e terapêutica, gerindo o atender às suas necessidades e vontades, promovendo sempre o reforço positivo no seu autocuidado e no cuidado ao seu bebé. Reforcei a importância da alimentação e hidratação como adjuvante no processo de cura. Finalmente ao oitavo dia de internamento o corpo mostrou o que não estava bem e começou com sinais de infeção no local da ferida cirúrgica e zona abdominal circundante que até então estava com bom aspeto cicatricial. A puérpera mostrou-se aliviada por finalmente poder ver um processo de cura em resolução.

Procurei avaliar os conhecimentos e as capacidades parentais para a realização dos cuidados ao recém-nascido, como os cuidados de higiene e conforto, os cuidados ao coto umbilical, no que diz respeito aos cuidados ao coto umbilical, está preconizado e estudado que em países desenvolvidos deve-se utilizar a técnica *dry care*, que consiste em manter o coto umbilical limpo e seco, o que irá prevenir a infecção e promover a queda adequada do coto umbilical (Correia, 2016), a mudança da fralda, prevenção de acidentes, entre outros. Durante o estágio, tive oportunidade de realizar a pesagem do recém-nascido, com avaliação da perda ponderal, tendo presente que nos primeiros dias de vida podem perder até 10% do peso inicial, avaliar medições antropométricas, detetar icterícia neonatal, recorrer ao bilicheck e informar a equipa médica e aplicar fototerapia em bilibed com os respetivos ensinamentos. Realizei colheitas de sangue, quer para análise laboratorial, quer para realização do teste de diagnóstico precoce caso o recém-nascido ainda se encontre internado e ter em atenção que deve ser realizado entre o 3^a dia de vida e o 6^o, realização do rastreio auditivo transporte seguro do recém-nascido em sistema de retenção homologado. Estes cuidados eram treinados pela puérpera durante todo o internamento, com esclarecimento de dúvidas para uma adequada capacitação dos mesmos.

A vigilância da glicémia capilar em recém-nascidos prematuros, macrossómicos ou filhos de mulheres com diabetes gestacional, também foi uma atividade desenvolvida, como forma de prevenção de hipoglicémia neonatal. Por norma, esta avaliação era realizada nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido e se apresentasse sempre valores de glicemia normais antes de cada mamada, já não era necessário manter essa avaliação, só se existisse algum motivo que o justificasse. Os reflexos presentes, o tipo de choro, a capacidade de interação e uso dos órgãos dos sentidos eram avaliados a cada interação. Estes momentos eram oportunos para realizar educação para a saúde à mãe, alertando para sintomas de alarme no recém-nascido. Um dos aspetos que considero fundamental e que o enfermeiro obstetra tem um papel preponderante é na transmissão de conhecimentos e no desenvolvimento de competências parentais. Os cuidados ao recém-nascido são um elo de ligação direta para fortalecer a díade mãe/bebé ou tríade mãe/bebé/pai quando este está presente, uma vez que podem ser transformados em momentos de educação para a saúde através da realização de ensinamentos sobre temáticas que não tenham conhecimento, promovendo de igual forma o processo de transição e adaptação à parentalidade.

No momento da alta orientei a puérpera/casal para a Unidade de Cuidados de Saúde Primários, onde se devem dirigir no sentido de dar continuidade aos cuidados. Temas como a sexualidade, contraceção, alimentação, exercício físico, bem como

consultas periódicas do recém-nascido no centro de saúde, realização do diagnóstico precoce, sinais de alerta e centros de apoio diferenciados com profissionais qualificados foram alvo de referência e esclarecimento da minha parte. A preparação para a alta foi realizada junto da puérpera/casal, de forma individualizada e de acordo com as necessidades da própria e da família, clarificando dúvidas e fortalecendo alguns aspetos a ter em consideração no domicílio. Um aspeto que privilegiei ao longo do internamento e conseqüentemente na alta foi a promoção de uma sexualidade saudável, informando sobre as possíveis alterações no período puerperal.

Realizei durante o ensino clínico uma pesquisa para a elaboração de um trabalho sobre as “Novas recomendações do Protocolo sobre o espectro da Mastite” que deixei no serviço para consulta por parte dos profissionais para atualização sobre as novas evidências.

3.3 Desenvolvimento de competências na área de enfermagem em Patologia Materno-Fetal

O presente estágio decorreu no serviço de Obstetrícia, do Hospital da Horta, EPER, de 24 de Abril a 28 de Maio de 2023, com uma duração total de 120 horas. O estágio de Enfermagem em Patologia Materno-Fetal foi realizado no Hospital da Horta, EPER, no serviço de Obstetrícia.

O período pré-natal é um período de alterações físicas e psicológicas, que exige aos progenitores uma preparação para o nascimento e parentalidade, no entanto, durante este processo e os nove meses de gravidez, por vezes, podem ocorrer desvios da normalidade, o que exige aos profissionais de saúde, em específico aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) uma maior intervenção na monitorização e vigilância da gravidez, intervindo na promoção da saúde e prevenção de complicações. Assim, a gravidez pode tornar-se de alto risco e nesse sentido o enfermeiro especialista, deve ser capaz de cuidar *“a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”* através do diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde durante o período pré-natal e em situação de abortamento (Regulamento n.º 391/2019, p.13562).

O papel do enfermeiro especialista deve iniciar-se na comunidade, identificando precocemente fatores de risco e sinais de alarme, com objetivo de prevenir complicações

e minimizar os riscos. A educação para a saúde deve ser utilizada, despertando a grávida para sinais e sintomas de alerta, alteração de comportamentos e adoção de medidas para minimizar os fatores de risco. Enquanto futura especialista procurei agir de acordo com as necessidades da grávida, conhecendo-a, através de uma adequada anamnese e estabelecendo com a mesma uma relação empática, de forma a promover o seu bem-estar e do feto, através de um planeamento de cuidados adequado e individualizado, que promova a vigilância da saúde de ambos. Assim, neste sentido, deverá realizar ensinamentos durante o internamento, que visem a resposta aos descritores dos padrões de qualidade dos cuidados especializados, a fim de preparar a alta desde o primeiro dia, esclarecendo dúvidas, assegurando a continuidade dos cuidados e prevenindo complicações (Barradas et al., 2015).

Um dos grandes dilemas desta área são os sentimentos de incerteza, ansiedade e inquietação que a grávida apresenta perante as complicações materno-fetais. De facto, quando se pensa em gravidez, imagina-se um período de felicidade extrema para a grávida e família, uma altura em que o casal realiza o seu sonho e a mulher vive um dos melhores momentos da sua vida. No entanto, todos estes sentimentos são abalados quando a grávida se depara com uma patologia materno-fetal e a necessidade de internamento. Pela especificidade das situações clínicas que estão inerentes a este contexto, o enfermeiro especialista tem um papel fundamental na adaptação da grávida/casal e família em situações de risco durante o período pré-natal. Um acolhimento personalizado de acordo com as necessidades da grávida/casal, assim como a criação de uma relação de confiança e compromisso entre os mesmos, envolvendo-os no plano de cuidados de modo a se criar uma parceria com a finalidade de se atingir tomadas de decisão clínicas que à grávida/casal dizem respeito, colabora para uma melhoria da qualidade dos cuidados, assim como para uma experiência empoderadora para a mesma. Perspetivar a alta desde o primeiro dia de internamento, permite a realização de ensinamentos para a capacitação da grávida na identificação de fatores de risco, bem como esclarecer dúvidas acerca de determinados sinais de alerta, o que minimiza complicações, promovendo o seu bem-estar e do feto. É determinante, que a intervenção do enfermeiro especialista vise a promoção da autonomia para a tomada de decisão esclarecida da grávida, capacitando-a para o autocuidado e autovigilância. Uma grávida empoderada, adota intervenções promotoras de saúde, identifica riscos e procura os cuidados de saúde diferenciados de forma atempada, contribuindo para a diminuição da morbilidade e mortalidade materno-fetal.

O estágio de Patologia Materno-fetal é muito abrangente, envolvendo diversas patologias associadas à gravidez e não só, tendo, por isso, sentido necessidade de

realizar uma extensa pesquisa bibliográfica antes e durante o período de estágio para poder intervir assertivamente e sustentar a minha prática. Tive esta percepção quando contactei com grávidas com diabetes gestacional ou hipertensão na gravidez, que se confrontam com doenças desconhecidas e não sabem quais os comportamentos a adotar. Muitas vezes são internadas por descontrolo glicémico ou tensional e necessitam da ajuda de um profissional que realize os ensinamentos adequados. Como futura enfermeira especialista procurei realizar ensinamentos sobre a alimentação e exercício físico adequados, abstinência tabágica e alcoólica e promoção da autonomia da grávida perante a patologia em causa.

Ao longo do estágio a patologia com que mais me deparei foi a diabetes gestacional, sendo que a diabetes gestacional é definida por uma anomalia da tolerância aos hidratos de carbono diagnosticada ou detetada pela primeira vez durante a gravidez, resultando em graus variáveis de hiperglicemia materna. É uma das complicações médicas mais frequentes da gravidez, tendo a sua prevalência vindo a aumentar nos últimos anos e tem um risco acrescido de complicações maternas e neonatais (Araújo, Paiva & Paiva, 2022). É imperativo alertar e arranjar estratégias para levar a grávida à adoção de estilos de vida saudáveis, que passam por um adequado plano alimentar e de exercício físico com vista à normalização ponderal e controlo de todos os fatores de risco. Perante isto, decidi realizar um poster para colocar na sala de espera do serviço que é a mesma da consulta de obstetria, numa tentativa de alertar para a importância da prevenção e tratamento adequado desta patologia que tanto afeta a normal evolução da gravidez.

A hipertensão gestacional define-se como uma elevação significativa da pressão arterial após as 20 semanas de gestação em grávidas previamente normotensas, atingindo valores superiores a 140/90 mmHg. As síndromes hipertensivas da gravidez encontram-se entre as principais causas de morbimortalidade materno-fetal. A hipertensão gestacional poderá ser definida pela obtenção da pressão arterial sistólica igual ou superior a 140mm Hg e/ou pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mm Hg, em duas ou mais ocasiões, após a vigésima semana de gestação em mulheres previamente normotensas (Barra et al., 2012). A presença de proteinúria e edemas faz a diferenciação para a existência de pré-eclâmpsia. Foram algumas as grávidas com necessidade de internamento para diagnóstico correto de hipertensão na gravidez, no entanto a indicação médica passa por fazer “tira de tensão” que consiste em avaliar a tensão de 5 em 5 min durante um período de tempo, no entanto, as avaliações tensionais usadas para o estabelecimento do diagnóstico deverão distanciar-se um mínimo de 4 a 6

horas (Barra et al., 2012), perante isto, não realizei a tira de tensão e avaliei a tensão com distancia de 4h entre cada avaliação, com aprovação e concordância da minha tutora. Uma das grávidas, de 23 anos, com 37 semanas e 6 dias de gestação, que já se encontrava medicada, apresentava edema generalizado, mas mais acentuado nos membros inferiores e na realização de teste tira de urina apresentava proteinúria, perante este cenário a equipa medica decidiu proceder ao desencadeamento do parto para evitar agravamento dos sintomas da pré-eclâmpsia e possível eclâmpsia.

Durante o período de estágio também contactei com situações de grávidas que recorreram ao serviço para iniciar o protocolo de Interrupção Voluntária da Gravidez. Independentemente do motivo que as levou a tomar tal decisão, e sempre respeitando a livre decisão esclarecida da mulher, procurei realizar-lhes uma correta integração e acolhimento ao serviço, demonstrando sempre disponibilidade para as escutar e ajudar a esclarecer dúvidas, explicando o procedimento a ser realizado. De igual modo prestei cuidados a uma grávida que foi à consulta para a realização da ecografia do primeiro trimestre, no qual se detetou um aborto retido, sem qualquer tipo de perda sanguínea até ao momento. Ficou então internada para os devidos procedimentos. A morte de um filho constitui uma grande perda na vida de numa mulher, acompanhada de sentimentos de tristeza e melancolia. Muitas vezes as grávidas desenvolvem sentimentos de culpabilidade e revolta e cabe à enfermeira especialista estar atenta e procurar apoiá-la, dando-lhe suporte emocional e confortando a grávida e conviventes significativos e encaminhar para os recursos na comunidade. Devemos demonstrar disponibilidade para compreender os sentimentos da família e trabalhar, em conjunto com esta, para a compreensão e aceitação da situação específica. A perda de um filho leva a uma rutura de expectativas e a uma adaptação a uma realidade inesperada. O sonho de um filho perfeito e desejado transforma-se na desilusão e cabe, à equipa interdisciplinar ajudar os pais a desenvolverem estratégias de *coping* adaptativas a esta nova situação de vida. Esta situação levou-me a refletir sobre as contradições encontradas num Serviço de Patologia Materno-fetal. Por um lado, uma grávida que recusa evoluir com a sua gravidez, por outro, uma mãe que sofre por ter perdido um filho tão desejado. Mas no fundo todos temos os nossos motivos e nós profissionais temos de ser isentos de julgamentos, por exemplo uma utente que decidiu proceder a uma interrupção voluntária da gravidez, tinha acabado de se separar do seu companheiro e encontrava-se numa situação económica difícil e no meio disto descobriu que estava grávida.

Durante o ensino clínico houve necessidade de proceder à evacuação de avião para outra ilha, para outro hospital de referência, de uma grávida de 31 anos, com 34 semanas e 5 dias de gestação. A grávida tenha um índice obstétrico de 0030 e deu

entrada com suspeita de rotura prematura de membranas pré-termo, que se confirmou e um corrimento amarelo/esverdeado com mau cheiro. A grávida já tinha 3 abortos anteriores, o último com necessidade de curetagem, posteriormente fez histerossalpingografia e cariotipo, com resultados normais. Na atual gravidez esteve internada a primeira vez com 9 semanas de gravidez por hemorragia do primeiro trimestre. Ficou de repouso e fez aplicação de progesterona e a gravidez evoluiu para grande alegria da utente que achava que seria mais um aborto, tendo em conta o seu historial. Pelas 29 semanas e 4 dias recorreu ao serviço de urgência por apresentar corrimento vaginal amarelo e cheiro fétido, foi medicada e alertada para os riscos e necessidade de vigilância. Pelas 31 semanas e 4 dias esteve novamente internada para vigilância da tensão arterial, nessa altura sem outras queixas e não se confirmou o diagnóstico da hipertensão na gravidez. Teve alta novamente ao fim de dois dias com os ensinamentos para os sinais de alerta. No atual internamento e após a confirmação da rotura de membranas, colo fechado, mas com sinais de apagamento, risco infeccioso e realização de cardiocotografia com presença de contrações uterinas, foi alertada a equipa médica que iniciou o processo de evacuação. Foi iniciada maturação pulmonar, antibioterapia e soroterapia. A utente foi informada sempre de todos os procedimentos e teve sempre consigo o acompanhante, foram prestados cuidados de conforto no leito até vir os bombeiros e fomos na ambulância até ao aeroporto onde se encontrava uma equipa especializada (à qual informei da atual situação da utente) pronta para a receber e transportar no avião até ao hospital de referência. A conduta de atuação deve incluir a correção dos fatores causais identificados verificando-se a necessidade de internamento, a instituição do protocolo de maturação pulmonar fetal e contacto com unidade de neonatologia, com possibilidade de transferência para unidade hospitalar diferenciada (Torres et al., 2011). A grávida apresentava-se ansiosa e com labilidade emocional, com receios sobre a situação inesperada, neste dia consegui prestar apoio emocional à mesma, tranquilizando, prestando escuta ativa e suporte o que a fez sentir-se mais segura e confiante na nossa prestação de cuidados e na possível evolução positiva da situação. O impacto da ameaça de parto pré-termo sobre a dinâmica familiar e pessoal da grávida, principalmente nas ilhas pela necessidade de evacuação para outro hospital, pode ser grande, levando por vezes a revolta por parte da grávida. O estabelecimento de uma relação de confiança entre profissionais de saúde pode otimizar tratamentos e torná-los mais eficazes e menos agressivos da dinâmica pessoal e individual ao promover a participação do indivíduo no grupo, fomentamos o desenvolvimento de competências pessoais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis. Denomina-se parto pré-termo (PPT) a um parto espontâneo ou iatrogénico ocorrido antes das 37 semanas, tendo um predomínio de 8% em Portugal. O PPT é classificado de precoce quando acontece

antes das 28 semanas de IG; intermédio entre as 28 e as 32 semanas, e tardio depois das 32 semanas (Coelho et al., 2017). Para um correto diagnóstico de APPT/PPT é necessário ter em conta três fatores: Identificar grávidas de risco após recolha detalhada da história clínica, nomeadamente antecedentes de PPT; verificar sinais premonitórios como algias pélvicas, lombalgias, pressão pélvica, algias abdominais, alteração de fluxo vaginal (modificação/aumento) e/ou contrações uterinas dolorosas ou não; diagnosticar PPT em curso, avaliando a grávida através do exame pélvico, observação com espéculo e de ecografia transvaginal do colo uterino (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). Também prestei cuidados a grávida com ameaça de parto pré-termo, com necessidade de internamento, mas sem critérios para evacuação. O aparecimento de contratilidade uterina regular, resultando em alterações no colo uterino antes das 37 semanas de gestação, particularmente afunilamento, apagamento e/ou dilatação do colo define-se como Ameaça de Parto Pré-Termo (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). Foram realizados ensinamentos sobre sinais e sintomas de alerta, importância do repouso absoluto no leito com alternância de decúbitos, maioritariamente em decúbito lateral esquerdo, pelo facto de diminuir a frequência e a intensidade das contrações, melhorar o fluxo uteroplacentário e aliviar a pressão da apresentação sobre o colo, promoção de um ambiente calmo e confortável, através de almofadas para um melhor apoio nos posicionamentos no leito. Também foi incentivada a realizar, explorar atividades de distração que pudesse executar no leito de modo a diminuir a ansiedade, como ouvir música relaxante, ver televisão, leitura de revistas ou livros e entrar em contacto com familiares através de vídeo chamada. Também é importante compreender alguns fenómenos que impactam individual, familiar e socialmente as grávidas que se vêm confinadas ao internamento, e mais especificamente, à diminuição da atividade. Revelou-se promotora a cimentação da relação com a grávida e seus familiares, e conseqüentemente, a qualidade dos cuidados que foram planeados e prestados, pois como futura enfermeira especialista, acredito numa prática de enfermagem centrada no utente.

A promoção do aleitamento materno esteve quase sempre presente na transmissão de conhecimentos às grávidas com quem fui contactando. Foi muito interessante o facto de posteriormente contactar com determinadas utentes, já como puérperas na maternidade, em funções como enfermeira de cuidados gerais. Nessas situações pude validar os conhecimentos que tentei transmitir e se realmente os ensinamentos que realizei foram efetivamente eficazes. Na maioria das situações o aleitamento materno foi um sucesso e foi notória a vinculação estabelecida entre a mãe e o bebé, no entanto, com outras puérperas constatei que a amamentação em vez de constituir um momento de serenidade e tranquilidade gerava um quadro de angústia. Esta situação levou-me a

refletir sobre o facto de, apesar de existir um projeto instituído na maternidade para o aleitamento materno, devemos saber respeitar a vontade da mãe. É nossa função informar sobre as vantagens do aleitamento materno e os benefícios que este traz para a saúde do recém-nascido e da própria mulher, no entanto, sempre respeitando a vontade da utente e prestando os cuidados necessários para a sua autonomia no cuidado ao bebé.

Na consulta de obstetria do hospital, são realizadas amniocenteses, normalmente à terça-feira ao início da tarde e o protocolo de seguida é a utente ficar em vigilância e repouso no serviço de obstetria, no caso de ser residente na ilha a utente fica cerca de cinco horas, no caso de ser residente em outra ilha, só no dia seguinte tem alta. As utentes não necessitam de grandes cuidados no momento da parte da enfermeira especialista, mas é uma excelente oportunidade para reforçar os ensinamentos adequados à sua condição, como cuidados com alimentação, atividade física, vestuário adequado, repouso e qualidade do sono, higiene do trabalho e alívio de possíveis desconfortos sentidos, sem nunca esquecer a promoção da saúde mental que cada vez mais tem vindo a trazer consequências na vivência de uma gravidez plena.

O internamento da grávida em situação de risco materno-fetal é um momento de stress, pelo que, a prestação direta de cuidado à grávida, foi fundamental para o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, e para a compreensão da importância da intervenção do EESMO na adaptação da grávida/casal a estas situações de risco em que se encontram mais vulneráveis e com consequente internamento. Tenho consciência que devo saber gerir os meus próprios sentimentos para estar apta a dar resposta às mais diversas situações. Em Obstetria contemplamos nascimentos e lidamos com situações de extrema felicidade e magia, mas também convivemos com uma série de patologias muitas vezes indutoras de finais menos felizes, sendo por vezes, essas as situações que exigem mais de nós, o que leva à necessidade de uma reflexão constante sobre os cuidados prestados e o que cada cuidado poderá trazer à mulher a quem cuidamos.

3.4 Desenvolvimento de competências na área de enfermagem em Vigilância da Saúde da Mulher

O presente estágio decorreu no serviço de Consulta Externa de Obstetria, do Hospital da Horta, EPER, de 29 de Maio a 30 de Junho de 2023, com uma duração total

de 120 horas. O serviço é constituído por 2 gabinetes de consulta médica, um gabinete de consulta de enfermagem, 2 salas para realização de cardiocografia e apoio e wc dos utentes e dos profissionais. O Hospital da Horta é o hospital de referência para as grávidas da ilha do Faial, Pico, São Jorge, Flores e Corvo, podem, no entanto, vir grávidas das restantes ilhas se for da sua vontade. As grávidas são referenciadas para o hospital pelo centro de saúde de referência e numa gravidez de baixo risco realizam consulta para as 3 ecografias principais, primeiro, segundo e terceiro trimestre, depois às 35 semanas para realização da pesquisa de Streptococcus do Grupo B e normalmente a partir das 36 semanas passam a vir semanalmente para realização de cardiocografia até ao nascimento. Ao longo do ensino clínico tive oportunidade de realizar um total de 110 consultas de vigilância da gravidez, o que fez com que tivesse a necessidade de aprender a gerir bem o meu tempo em cada consulta, dando sempre prioridade às necessidades da grávida.

O período pré-natal é um período de alterações físicas e psicológicas, que exige aos progenitores uma preparação para o nascimento e parentalidade, no entanto, durante este processo e os nove meses de gravidez, por vezes, podem ocorrer desvios da normalidade, o que exige aos profissionais de saúde, em específico aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica uma maior intervenção na monitorização e vigilância da gravidez, intervindo na promoção da saúde e prevenção de complicações. A Ciência médica oferece à mulher oportunidades sem precedentes para viver mais e melhor. Mas para que isso aconteça, a mulher tem de tomar decisões certas no sentido de uma boa saúde. O enfermeiro especialista deve ajudar a mulher em idade fértil a compreender os fatores de risco a que está exposta e motivar a adoção de estilos de vida saudáveis que previnam a doença e sobre os quais ela pode ter controlo. A gravidez é um momento adequado de promoção de saúde da mulher e do seu filho enquanto futuro adulto saudável.

Toda a ação de enfermagem assenta nas relações interpessoais, este espírito de escuta, respeito, compreensão e ajuda são essenciais na vigilância de saúde da grávida/casal, com o intuito de promovermos o bem-estar materno-fetal, pois a morbidade e mortalidade materna e perinatal dependem especialmente da vigilância de saúde pré-natal. A consulta de Vigilância pré-natal utiliza como instrumentos a promoção, a sensibilização, a informação e o esclarecimento da grávida/casal para todos os aspetos relevantes da gravidez. As intervenções de enfermagem na consulta de vigilância pré-natal, permitem estabelecer um plano personalizado á grávida/casal, estabelecer uma relação de ajuda e o reforço da educação para a saúde permitindo ainda a sua participação ativa.

Na vigilância de saúde pré-natal são múltiplas as áreas em que podemos e devemos atuar e as quais irão interferir no modo como a mulher/casal vivência a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o puerpério através de uma relação interdependente e recíproca, propiciando condições de crescimento, amadurecimento e aprendizagem. A vigilância de saúde pré-natal irá contribuir para a consolidação da vivência da gravidez como uma experiência única, independentemente do número de gravidezes, pois cada gravidez é inigualável, enriquecendo assim a capacidade da grávida cuidar de si e do filho que irá nascer. Neste contexto não devemos esquecer que a grávida não está sozinha, também o futuro pai e restantes elementos que compõem a estrutura familiar, todos eles estão a atravessar um processo de mudança, necessitando de apoio e encaminhamento para que a família se consiga adaptar, reorganizar e estabelecer novos padrões de comportamento, de forma a conseguir ultrapassar esta etapa de forma saudável.

Para facilitar a minha aprendizagem e organização mental dos ensinamentos mais adequados de acordo com as semanas de gestação, recorri ao livro de bolso elaborado pela Ordem dos Enfermeiros, ao Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, elaborado pela Direção Geral da Saúde, aos demais conteúdos lecionados nas aulas teóricas e às minhas tutoras de ensino clínico. Considero que a sensibilização e motivação da grávida/casal para conhecer toda a informação respeitante à sua gravidez, realçando a importância da sua participação ativa nos cuidados de saúde pré-natais, delineando conjuntamente planos de atuação com vista a obter ganhos em saúde, são estratégias fundamentais para incutir na grávida/casal confiança na equipa de saúde. O registo de todos os procedimentos no processo de consulta pré-natal e no Boletim de Saúde da Grávida, é essencial para que a informação possa ser utilizada por todos os técnicos de saúde em benefício da grávida, nas diferentes situações e instituições de saúde a que se dirige, permitindo igualmente uma avaliação dos cuidados planeados. No Hospital da Horta são elaborados os processos de consulta no programa SClinico e todas as intervenções/ações que não se encontram no programa são descritas em notas gerais o que permitem avaliar se as intervenções programadas foram de encontro às necessidades, solucionando ou minorando o problema.

Nem sempre é fácil fazer passar a mensagem e desenraizar hábitos que muitas das vezes foram adquiridos ainda em crianças ou adolescentes, no início do ensino clínico sentia-me por vezes pouco à vontade e um pouco insegura no modo como abordar alguns dos assuntos, contudo com a orientação da tutora fui procurando desenvolver estratégias para ultrapassar essas situações. A primeira consulta normalmente realizada no hospital é entre as 11 semanas e as 13 semanas para realização da 1ª ecografia (final do 1º trimestre), mas já tinham tido a primeira consulta em contexto de cuidados de saúde

primários. Nesta primeira consulta pude realizar a colheita de informação referente à história pessoal e obstétrica da grávida, informação relacionada com sinais e sintomas próprios da gravidez (nomeadamente a existência de edemas, náuseas, dores abdominais, disúria, entre outros), bem como informação referente à adoção de estilos de vida saudáveis da grávida/casal e família, higiene do sono, higiene do trabalho e também validar os conhecimentos já adquiridos através dos cuidados de saúde primários. Em relação aos estilos de vida e hábitos nocivos, por vezes tive a sensação de que respondiam o que pensam ser melhor aceite e não a realidade. Penso que os utentes têm muitas vezes a tendência a camuflar a verdade, esquecendo que o que está em jogo é a sua saúde, e em situação de gravidez, a saúde da mãe e do bebé, e não o juízo de valor que os técnicos de saúde possam fazer da situação. Considero por isso fundamental colocarmo-nos preferencialmente numa posição de escuta, não fazendo uma colheita de dados sistematizada, mas sim através de uma conversa informal, fluida e de algum modo direccionada para as necessidades individuais de cada grávida/casal. Nas grávidas com hábitos nocivos, procurei sensibilizar para os seus malefícios tanto para a saúde da grávida como as repercussões no bebé, ainda existe um grande número de grávidas fumadoras, contudo a grande maioria demonstra interesse em reduzir o consumo ou mesmo cessar, estando recetivas aos ensinamentos e conjuntamente delinear estratégias. Penso que aqui também é fundamental não pressionar a grávida, pois poderá ser uma fonte de ansiedade, o que não trará benefícios para a vivência plena da gravidez, no entanto, é importante que a grávida tenha noção que consumo de tabaco na gravidez provoca alterações a nível da placenta e da circulação materno-fetal, resultando num aumento da resistência à perfusão e oxigenação do feto e à eliminação de metabolitos tóxicos. Da mesma forma, muitos dos constituintes do fumo do tabaco atravessam a barreira placentária, alcançando a circulação e tecidos do feto. Há um risco aumentado de parto pré-termo, restrição de crescimento, baixo peso ao nascer, descolamento da placenta, rotura prematura das membranas, aborto espontâneo, anomalias congénitas e alterações no desenvolvimento cerebral do feto. Amamentar e fumar ao mesmo tempo é considerado um fator de risco major para o Síndrome da Morte Súbita (Sustelo, 2017).

Tentei ter atenção às necessidades socioeconómicas da grávida, condições de emprego/ocupação e habitação, encaminhando cada situação de acordo com as necessidades detetadas e o procedimento específico. Em conjunto com a grávida/casal procurei estabelecer um padrão de dieta que fosse de encontro às suas necessidades nutricionais, explicando os benefícios de tal alteração, tentando motivá-los para a sua concretização, pois as concretizações das intervenções planeadas dependem essencialmente do seu empenho. Por vezes deparei-me com situações complexas de

restrições alimentares ao qual tive alguma dificuldade em solucionar, como por exemplo uma utente que era intolerante a alérgica a uma série de alimentos, no entanto na consulta podemos fazer um pedido de acompanhamento nutricional e entrei de imediato em contacto com a nutricionista responsável que marcou uma consulta para realizar um plano alimentar adequado. Também tinha sempre em atenção o reforço de ensinamentos alimentares quando a grávida não era imune à toxoplasmose. Realizei consulta a uma grávida que tinha descoberto estar infetada com toxoplasmose nas análises do 1º trimestre e se encontrava a fazer antibioterapia profilática. A toxoplasmose é uma doença infecciosa causada pelo parasita *Toxoplasma gondii*, que pode ser transmitida para a gestante através do contacto com o solo contaminado, do consumo de carnes mal cozidas ou mal higienizadas de animais contaminados pelo parasita ou através do contacto desprotegido com fezes de gatos infetados. É importante que a toxoplasmose na gravidez seja diagnosticada para que o tratamento seja logo iniciado e sejam prevenidas complicações para o bebê. A toxoplasmose na gravidez é grave principalmente quando a mulher é infetada no terceiro trimestre de gravidez, já que há maior probabilidade de contaminação do bebê e, conseqüentemente, complicações. No entanto, quando a infeção acontece no primeiro trimestre de gestação, apesar de haver menor probabilidade de atingir o bebê, pode representar maiores riscos, já que este ainda se encontra em desenvolvimento (Graça, 2017).

Era calculada a data provável da gravidez através da data do primeiro dia da última menstruação, eram calculadas as semanas de gravidez em que a grávida se encontrava após a datação da primeira ecografia. Eram verificadas as análises (hemograma, bioquímica e serologias) em todas as consultas. Verificada a tipagem de sangue e fator Rh, as aglutininas irregulares, a glicémia em jejum para o despiste de Diabetes Gestacional, a possibilidade de hemoglobinopatias, a realização de urocultura em cada trimestre. Era explicado a existência do rastreio pré-natal do 1º trimestre e após consulta/ecografia médica voltavam à consulta de enfermagem para a realização do rastreio caso assim consentissem. Eram alertadas para a necessidade de realização da PTOG (prova de tolerância oral à glicose) entre as 24 e 28 semanas. Caso o fator Rh fosse negativo, proceder à marcação pelas 28 semanas da administração da Imunoglobulina Anti-D. Era explicado a necessidade da colheita de espécime vaginal e retal para rastreio do Streptococcus do Grupo B entre as 35- 37 semanas e executado o procedimento quando requisitado pelo médico responsável. O teste rápido de urina era realizado em todas as consultas e muitas vezes as utentes mesmo sem queixas apresentavam leucócitos na urina, era informado o médico responsável que procedia ao pedido de urocultura e muitas das vezes existia infeções urinárias assintomáticas que na

gravidez pode ser prejudicial podendo causar um parto prematuro. Uma das grávidas assintomáticas tinha uma infecção urinária multirresistente e teve necessidade de internamento para antibioterapia endovenosa. Todos estes alertas e ensinamentos eram adequados nas consultas o mais próximo possível das semanas de gestação para a sua realização. As grávidas eram informadas e orientadas sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez e para prevenção desses mesmos desconfortos.

Tentei sempre que a componente psicológica da gravidez fosse valorizada. Procurei ao longo deste ensino clínico ter sempre presente que a gravidez sendo considerada como crise de desenvolvimento, ao surgir, provoca uma alteração ou desequilíbrio no ciclo de vida do indivíduo, que poderá ser maior ou menor consoante a forma pela qual será posteriormente ultrapassada. Durante este período devemos preparar o casal para a parentalidade, pois a maternidade é um processo que ultrapassa a gravidez. É um processo a longo prazo, sujeito a sucessivas mudanças e tarefas de adaptação que se deseja sadio e harmonioso (Conde & Figueiredo, 2003). Considero fundamental o esclarecimento de todas as dúvidas num acompanhamento de vigilância pré-natal especializado, proporcionando a tranquilidade desejada e ajudando a compreender as emoções que irá enfrentar ao longo dos meses de gravidez. Importante também é a procura da diminuição dos níveis de ansiedade, medos e angústia associados à gravidez, parto e parentalidade de forma a adquirir o equilíbrio físico e psíquico. Procurei esclarecer dúvidas e encontrar resposta numa reflexão conjunta com a grávida/casal sobre receios e medos que eventualmente manifestaram, de forma direta ou indiretamente, com o intuito de conjuntamente estabelecer estratégias para reduzir a ansiedade. Notei que são muitas as grávidas que manifestam abertamente o medo de não reconhecerem os primeiros sinais de parto bem como o momento em que deve recorrer à maternidade, desta forma procurei explicar os possíveis sinais de trabalho de parto e os sinais de alerta para eventual necessidade de recorrer ao serviço de urgência. Sinais de trabalho de parto: contrações rítmicas com intervalo de 10 min, com aumento da intensidade, rutura prematura de membranas e a saída do rolhão mucoso que pode ter início dias a semanas antes do trabalho de parto. Sinais de alerta: Sintomas como febre, perda de sangue vaginal, perda de líquido pela vagina, dores intensas na região abdominal ou pélvica, dores fortes e persistentes no estômago, dor ou ardor ao urinar, corrimento vaginal anormal com prurido e cheiro, dores de cabeça intensas com ou sem alteração da visão, diminuição ou ausência dos movimentos fetais, vômitos intensos e persistentes, edema assimétrico dos membros inferiores, cansaço extremo e dor tipo contração (que vai e vem) regular, antes das 37 semanas que não cedem com o descanso (Graça, 2017).

Verifiquei que grande número de grávidas têm um aumento exagerado de peso, quer pré-concepcional quer ao longo da gravidez, independentemente das diferentes realidades socioeconómicas. A obesidade materna e o ganho de peso excessivo na gravidez estão associados ao aumento de complicações durante a gravidez, intraparto, pós-parto e complicações neonatais, elevando os riscos de diabetes gestacional, hipertensão, pré-eclâmpsia, os riscos de indução do trabalho de parto, de cesarianas, de hemorragia puerperal, atraso de crescimento intrauterino, recém-nascidos grandes ou pequenos para a idade gestacional, além de expor a criança a maior risco de complicações a curto e longo prazo (Graça, 2017). Tentei de uma forma descontraída explicar estes riscos, pois muitas vezes as utentes ficam muito ansiosas quando têm de subir para a balança, e explicar a progressão ponderal consoante cada índice de massa corporal e perguntava sempre à utente se estava interessada num acompanhamento nutricional especializado.

Ao longo do estágio a patologia com que mais me deparei foi a diabetes gestacional, sendo que a diabetes gestacional é definida por uma anomalia da tolerância aos hidratos de carbono diagnosticada ou detetada pela primeira vez durante a gravidez, resultando em graus variáveis de hiperglicemia materna. É uma das complicações médicas mais frequentes da gravidez, tendo a sua prevalência vindo a aumentar nos últimos anos e tem um risco acrescido de complicações maternas e neonatais (Araújo, Paiva & Paiva, 2022). É imperativo alertar e arranjar estratégias para levar a grávida à adoção de estilos de vida saudáveis, que passam por um adequado plano alimentar e de exercício físico com vista à normalização ponderal e controlo de todos os fatores de risco. Quando uma grávida era diagnosticada com diabetes gestacional era colocada pelo médico numa plataforma própria para pedido de consulta e às terças-feiras de manhã a grávida tinha a primeira consulta específica de diabetes gestacional de enfermagem e posteriormente com a médica de medicina interna, onde eram feitos todos os ensinamentos de vigilância da glicémia e explicadas todas as dúvidas existentes. Tentei alertar as grávidas que para uma futura gravidez um dos fatores que pode prevenir a diabetes gestacional é engravidar com um adequado índice de massa corporal, reforçando a importância da consulta pré-concepcional.

A grávida com mais idade que observei na consulta tinha 48 anos e mais nova tinha 15 anos. A gravidez nos extremos da vida reprodutiva acarreta sempre mais riscos e necessidade de vigilância mais apertada. A grávida mais velha tinha engravidado em processo particular de infertilidade e tinha recorrido à doação de óvulos. Era uma pessoa bastante saudável e com estilos de vida que permitiram que a gravidez decorresse sem intercorrências de maior. Ao longo das consultas contatei com outra grávida que também

tinha recorrido à doação de óvulos no seu processo de infertilidade. À grávida adolescente realizei a primeira consulta hospitalar, a gravidez foi um percalço, mas agora estava bem aceite, com apoio dos familiares, nomeadamente a mãe. No entanto como se encontra numa fase de desenvolvimento com umas características muito próprias, a adolescente, aquando da realização do rastreio do 1º trimestre, após tudo ser explicado e o seu consentimento validado, apresentava-se bastante ansiosa e com receio e após a realização do rastreio teve necessidade de vomitar e de ficar um pouco a acalmar-se.

Realizei consulta a uma grávida de 22 anos, com 23 semanas e 6 dias de gestação, que tinha descoberto nas serologias do primeiro trimestre que estava infetada com o vírus da imunodeficiência humana. Já se encontrava a fazer retrovirais e já era seguida na consulta de infeciologia do hospital. O companheiro também desconhecia que tinha o vírus. Esta situação leva-me a refletir sobre a verdadeira importância da necessidade da consulta pré-concepcional e das consultas de planeamento familiar. A grávida referiu que os familiares ainda desconheciam a condição o que também me leva a pensar no tabu ainda existente à volta desta condição. Nas crianças infetadas, a transmissão vertical é responsável por 90% dos casos e ainda é uma das 10 principais causas de morte nas crianças nos primeiros anos de vida. Motivo este pelo qual a prevenção da transmissão vertical é tão importante na fase da gravidez. Parto por cesariana eletiva por volta das 38 semanas, uso de medicação específica antes do procedimento até ao clampar o cordão e a não possibilidade de amamentar são utilizados no sentido de diminuir o risco de transmissão vertical (Graça, 2017).

A promoção do aleitamento materno esteve quase sempre presente na transmissão de conhecimentos às grávidas com quem fui contactando. É nossa função informar sobre as vantagens do aleitamento materno e os benefícios que este traz para a saúde do recém-nascido e vinculação deste com a mãe, no entanto, sempre respeitando a vontade da utente e prestando os cuidados necessários para a sua autonomia no cuidado ao bebé. Tive oportunidade de promover o aleitamento materno, procurando saber qual a opinião da grávida e do companheiro (pois este poderá ser um ótimo aliado para o aleitamento materno caso apoie a mulher e a incentive), esclarecendo sobre a anatomia e fisiologia da lactação; vantagens do aleitamento materno; cuidados a ter com as mamas e mamilos; duração e horário das mamadas, bem como das complicações que podem surgir, de modo a que se sintam seguros e a amamentação seja na realidade um sucesso e um momento de prazer tanto para a mãe como para o bebé. Considero que a ação do enfermeiro é de grande importância para o sucesso do aleitamento materno e por conseguinte de grande responsabilidade, exigindo um grande número de conhecimentos técnicos e científicos, mas acima de tudo, uma atenção, sensibilidade e

disponibilidade muito especiais, pois das suas atitudes e forma de atuar, poderá depender o bom sucesso desta fase tão importante na vida da mãe e do filho.

Não existe na instituição uma consulta própria de plano de nascimento, mas a partir das 35 semanas, caso a grávida não o solicitasse antes, era entregue um documento com umas questões orientadoras sobre o plano de nascimento, a grávida levava para casa e nas consultas seguintes era revisto e conversado entre a grávida e a enfermeira. Muitas vezes as grávidas ficavam preocupadas sobre o que escrever no papel, ao qual nos esclarecíamos que este documento não era um documento estanque e independentemente do que tivesse escrito o que imperava sempre era a vontade da utente no momento.

No Hospital da Horta, não existe um programa completo de preparação para o parto, apenas existem 3 sessões, com os temas trabalho de parto, amamentação e os cuidados de higiene ao recém-nascido. Infelizmente por falta de recursos humanos, no centro de saúde da ilha também não existe o programa de preparação. A minha orientadora sugeriu que fizesse a sessão de cuidados ao recém-nascido, abordando algumas noções sobre a pele, sensibilizando para a importância da sua higiene, conselhos práticos para o banho, cuidados com o coto umbilical, como vestir o bebé e a muda da fralda. Recebi por parte das grávidas e seus acompanhantes um feedback bastante positivo.

3.5 Desenvolvimento de competências de enfermagem em Sala de Partos

O presente estágio decorreu no serviço de Obstetrícia, do Hospital da Horta, EPER, de 11 de setembro a 26 de janeiro de 2024, com uma duração total de 432 horas. Tive de prolongar o estágio até dia 20 de fevereiro para dar cumprimento às experiências mínimas obrigatórias de realizar 40 partos eutócicos.

A gravidez e o parto são talvez a experiência mais emocionante e dramática na vida de um casal, causando um grande impacto em toda a família. Se a gravidez pode ser considerada como um período de grande vulnerabilidade, o parto pode ser também encarado como um momento crítico que marca o início de uma série de mudanças significativas. O momento do trabalho de parto e parto permite que a mãe tenha uma experiência/vivência única e nesta fase o papel da enfermeira especialista em saúde materna assume grande relevância.

Na última fase da gravidez, mãe e feto preparam-se para o parto. A mãe ao longo da gravidez sofreu várias adaptações físicas e psicológicas que a prepararam para o parto e para a maternidade. O trabalho de parto e o nascimento representam o término da gravidez e o início da vida extrauterina para o recém-nascido. O parto é um momento com grande poder de mobilização de níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa, pelo que uma prevenção primária através de um bom acolhimento e assistência com suporte contínuo, pelo enfermeiro especialista, na desmistificação desses sentimentos que possam destabilizar o normal percurso do trabalho de parto e parto, são elementares, ocorrendo assim um fortalecimento da linha de defesa flexível que contribui para o bem-estar da grávida e a vivência positiva. O desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, principalmente neste contexto, são essenciais por ser um momento de grande vulnerabilidade, completo de medos e inseguranças que podem proporcionar uma vivência angustiante para a grávida/casal, sendo que uma relação terapêutica, de parceria e de suporte, contribui para minimizar essa vivência, com promoção de confiança e tranquilidade. É determinante, que a intervenção do enfermeiro especialista vise a promoção da autonomia para a tomada de decisão esclarecida da grávida.

A grávida de termo quando recorre à urgência no Hospital da Horta, é encaminhada para o serviço de obstetria, é observada pela enfermeira especialista que faz a sua história clínica, obstétrica e avaliação do bem-estar materno-fetal, através do registo cardiotocográfico, sinais vitais, estado emocional, toque vaginal e procede ao encaminhamento da grávida consoante a sua situação clínica. Com o toque vaginal procurei avaliar as características do colo, quanto à posição, consistência, apagamento e dilatação e a estática fetal, nomeadamente a atitude, situação, apresentação e variedade, assim como posição de acordo com os planos de Hodge; também tentava avaliar as características da pelve óssea materna e assoalho pélvico e ainda o estado das membranas amnióticas. Numa fase inicial apresentei alguma dificuldade na avaliação do toque vaginal, mais concretamente na avaliação das características da bacia e a variedade fetal, porém ao longo do ensino clínico adquiri e desenvolvi competências que me tornaram mais experiente nessa avaliação. Enquanto futura especialista procurei agir de acordo com as necessidades da grávida, conhecendo-a, através de uma adequada anamnese e estabelecendo com a mesma uma relação empática, de forma a promover o seu bem-estar e do feto, através de um planeamento de cuidados adequado e individualizado, que promova a vigilância da saúde de ambos. Aquando da admissão no internamento, a elaboração de um correto processo de enfermagem torna-se essencial e surge avaliação do estado de saúde da grávida/família, conhecendo-os, percebendo as suas necessidades, crenças e cultura, de forma a identificar os principais

problemas/necessidade de cuidado. Durante a colheita de dados procurei conhecer aspetos relevantes como os antecedentes pessoais, vigilância pré-natal e exames pré-natais efetuados, a história ginecológica e obstétrica, como o índice obstétrico, grupo de sangue (se fator *Rhesus* negativo investigava os resultados do teste *Coombs* indireto e conferia a administração da Imunoglobulina Anti-D e respetiva data), serologias do terceiro trimestre e outros valores analíticos atualizados, resultado da pesquisa de *Streptococcus β Hemolítico* do grupo B, última ecografia realizada e patologias associadas. No decurso da admissão à grávida, realizava a cardiotocografia e interpretava através da avaliação da linha basal da frequência cardíaca fetal, da variabilidade, da presença de acelerações e desacelerações, da existência de contratilidade uterina e a resposta cardíaca do feto à mesma. No início recorria muitas vezes aos meus apontamentos e às minhas tutoras para discutir a avaliação correta da cardiotocografia, pois é sempre uma situação que me desperta alguma insegurança e o facto de não termos médico de presença física ainda contribui mais para esse desconforto, no entanto ao longo do percurso fui ganhando mais segurança.

Procurei sempre que possível fazer uma avaliação de conhecimentos da parturiente sobre trabalho de parto e parto que poderiam de algum modo interferir, por exemplo terem frequentado um programa de preparação para o parto, as experiências anteriores vividas, as crenças, efetuando ensinamentos/orientações oportunos. Pude verificar que a maioria das mulheres não faz qualquer tipo de preparação para o parto. Infelizmente nem no Hospital da Horta, nem na unidade de saúde da ilha existe um programa de preparação para o parto, o Hospital da Horta tem algumas sessões para grávidas, como amamentação, cuidados ao recém-nascido e trabalho de parto, mas nem sempre estão disponíveis para todas as grávidas devido à atual grande falta de recursos humanos. Algumas grávidas fazem em outras ilhas também algumas sessões, mas a grande maioria das parturientes não tem qualquer tipo de preparação para o parto, então procurei ajudar dando orientação da técnica de respiração e postura a adotar durante o trabalho de parto, pondo assim em prática os conhecimentos obtidos durante a disciplina teórico-prática de Preparação para o Parto, o que se revelou ser de extrema importância prática. As aulas de preparação para o parto, têm como principal objetivo capacitar os pais para a aquisição de competências que os ajudem a preparar e a viver esta fase da vida de forma segura e mais tranquila. Promovem ainda a educação para a saúde da mãe, do bebé e da nova família.

Procurei saber de antemão se tinham plano de parto e inteirar-me quais as suas vontades para o decorrer daquele momento. O plano de parto é um documento feito pela grávida/casal, que demonstra as suas vontades e preferências, que nos dá consentimento

ou recusa relativamente a procedimentos mais comuns. É uma expressão de liberdade e autodeterminação da parturiente e a instituição deveria facultar a consulta de plano de parto ou então ter estruturado no seguimento das consultas de vigilância esse momento, pois, é essencial que se possa discutir com o enfermeiro especialista o que realmente a instituição tem para oferecer e as vontades da grávida/casal e como tudo se pode adaptar para uma melhor vivência. Devem ser acolhidas as preferências da grávida e acomodá-las tanto quanto seja possível, não esquecendo que é importante fazer compreender as limitações da instituição, mas também compreender que no momento do trabalho de parto e parto a parturiente pode revogar qualquer escolha do plano de parto e o enfermeiro especialista tem o dever de respeitar.

Quando não existia contraindicações, proporcionei e incentivei as parturientes a deambularem pelo serviço, a tomarem um duche quente, a utilizarem a bola de nascimento para redução do desconforto e permitir momentos de relaxamento, assim como acederem a música do seu gosto ou até mesmo momentos de dança com o seu acompanhante. Além da deambulação, a bola de nascimento é uma estratégia para o movimento ativo durante o trabalho de parto (TP), ou seja, a bola é um recurso que estimula a posição vertical, permite liberdade de movimento e adoção de diferentes posições, permite o exercício e balanço pélvico, sendo também um objeto lúdico que distrai a parturiente, promovendo um trabalho de parto tranquilo. Como no serviço os cardiocógrafos têm autonomia de bateria, as parturientes que necessitam de monitorização contínua também podem ter maior liberdade de movimentos. As posições verticais melhoram o fluxo uteroplacentário; promovem maior eficiência das contrações uterinas durante o TP e parto; favorecem o encaixe e a descida da apresentação fetal devido à força da gravidade; alinhamento do feto na bacia materna; aumentam os diâmetros da bacia; os esforços expulsivos são mais eficientes; o TP é vivenciado de forma menos dolorosa e com menos desconforto e diminui o risco de parto instrumentalizado, uma vez que melhora a estática fetal, com diminuição da percentagem de posições anómalas da cabeça fetal. Uma vez que a bacia se move e se deforma no seu interior, os movimentos e a alternância de posições devem ser encorajados e otimizados, quer em descanso quer em movimento, ao longo do trabalho de parto, de forma a facilitar a progressão da apresentação fetal ao longo da bacia materna (OMS, 2017)

A analgesia epidural é bastante requerida pelas parturientes. No Hospital da Horta, neste momento existe a possibilidade de recorrer a analgesia epidural durante 24h por dia. Constatei que a maioria das mulheres não possui conhecimento exato da técnica, mas depois de devidamente informadas, a maioria opta por realizar epidural. Assim, tive

oportunidade de colaborar com o anestesista na colocação de cateter epidural e vigiar sinais de complicações da analgesia epidural, bem como a avaliação de sinais/sintomas de modo a despistar precocemente potenciais complicações durante o trabalho de parto e parto. Considerei a minha presença importante durante o procedimento, não apenas pelo apoio necessário ao anestesista, mas no sentido que sendo uma técnica invasiva, permitiu-me dar apoio à parturiente, não só pela presença, mas também, através do toque terapêutico e diálogo. Senti que a minha presença foi útil para a parturiente, por diversas vezes observei que era a própria que procurava o toque da minha mão para seu conforto. Procurei promover alternâncias de decúbitos no leito, com avaliação materno-fetal permanente (CTG e parâmetros vitais maternos). A analgesia é realizada em bólus, o que permitia que passado algum tempo da administração a utente pudesse voltar às posições verticais se fosse essa a sua vontade. Nestas situações por vezes realizei o esvaziamento vesical, quando a utente após ida ao wc não conseguia urinar espontaneamente, já que uma bexiga distendida pode dificultar a descida da apresentação (Lowdermilk, & Perry, 2008). Finda a técnica de analgesia, de acordo com o que tinha para lhes oferecer, como a minha presença em silêncio, luminosidade diminuída, privacidade, presença do convivente significativo, observei algumas parturientes relaxarem, alcançarem o conforto e adormecerem, o que promovia a dilatação cervical de forma mais natural e menos dolorosa. Para além da gestão da dor como uma necessidade básica ligada à assistência obstétrica é igualmente importante a nutrição da parturiente durante o TP. Diversas orientações recomendam a ingestão de líquidos e alimentos durante o TP (OMS, 2018). No acompanhamento contínuo à parturiente encorajei a ingestão de líquidos, de acordo com o desejo da mesma e o protocolo do serviço.

Realizei um total de 40 partos eutócicos e assisti 71 mulheres em TP. Apesar dos conhecimentos teóricos e da observação, no momento da ação, o parto em si, é diferente. A perspetiva e a sensibilidade são uma novidade. Inicialmente estava tão concentrada na técnica, que me esquecia de incentivar a parturiente, de a orientar. Sentia alguma insegurança, se realmente devia ou não realizar episiotomia, na realização das manobras inerentes ao período expulsivo e na realização de episiorrafia. Com a continuação, a autorreflexão e o incentivo e observações da tutora, fui progressivamente adquirindo níveis mais elevados de segurança, quer na minha postura quer na realização das técnicas. O segundo estágio (período expulsivo) principia na dilatação cervical completa e termina com a expulsão do feto, durante o qual a mulher sente a necessidade involuntária de efetuar esforços expulsivos. Neste período, a parturiente deve ficar concentrada nos esforços expulsivos e, com o apoio do enfermeiro especialista, encontrar

a posição mais adequada para efetuar os esforços expulsivos eficazes. O encorajamento dos esforços expulsivos espontâneos conduz a parturiente a utilizar o gemido, a vocalização e a respiração entre os mesmos, que estimulam a abertura da glote e consequentemente o recrutamento da musculatura abdominal, sendo desta forma mais eficaz o aumento da pressão com influência no comprimento do diafragma. Muitas parturientes quando entendiam esta técnica e a efetuavam, era visível a eficácia da força na região perineal. A mobilidade e a adoção das diversas posições devem ser uma escolha da mulher, decisão para a qual deve ser capacitada quando assistida por profissionais motivados e devidamente qualificados. Após a expulsão do feto coloquei o recém-nascido sobre o abdômen da mãe, enquanto avaliei e auxiliei na adaptação à vida extrauterina, com resposta positiva. Mantive o contacto-pele a pele e quando o cordão umbilical deixou de pulsar, questionei e encorajei o convivente significativo a cortar o cordão ou mesmo tive situações em que foi a própria mãe. A clampagem do cordão umbilical que deve ser efetuada a uma distância de dois a três cm da parede abdominal e o mais tardiamente possível, no caso de haver colheita sangue do cordão para células estaminais, a clampagem do cordão era realizado após o primeiro minuto, segundo indicações da Crioestaminal. Após a clampagem do cordão, caso a mãe fosse Rh negativo era colhido sangue do cordão para determinação do grupo de sangue do recém-nascido. De acordo com Graça (2017) a evidência mostra um aumento dos riscos para o RN quando o cordão é laqueado antes da saída dos ombros, pelo que é recomendado a manobra de *Somersault*, deixando assim o cordão intato. Em nenhuma situação cortei o cordão após a saída da cabeça, tendo realizado sempre a manobra, uma vez que possui imensos benefícios a clampagem tardia do cordão umbilical.

Os sinais de dequitação caracterizam-se pela contração uterina, saída súbita de sangue à vulva, descida do cordão ou aumento aparente do cordão, à medida que a placenta desce para o introito vaginal e o aumento do volume vaginal observável. É fundamental que o EEESMO respeite o tempo fisiológico da dequitação, com uma atitude expectante, podendo aguardar até 45 minutos a uma hora, caso ocorra demora da expulsão, se as perdas hemáticas não forem excessivas (Graça, 2017). Pela experiência partilhada pelas minhas tutoras, colocar o RN a mamar ainda antes da dequitação ajuda fisiologicamente nesse processo. Uma situação que me causou alguma ansiedade foi uma parturiente, primigesta, 41 semanas mais um dia, que após verificar os sinais de descolamento da placenta, fui tracionar de forma controlada o cordão para ajuda na saída e houve rutura do mesmo. De imediato e com cuidado procedi à dequitação manual com a colaboração da utente, e a placenta saiu sem intercorrências. Após a dequitação verificava o globo de segurança de Pinard, as perdas de sangue e, finalmente, examinar

a placenta e as membranas, de modo a perceber se ocorreu fragmentação das mesmas, procedi à observação: mecanismos de descolamento (Schultze ou Duncan); integridade da mesma; inserção do cordão e presença de anomalias da placenta e cordão umbilical. Posteriormente deve administrar profilaticamente ocitocina, de acordo com protocolo da instituição e observar o períneo e canal de parto para identificação de possíveis lacerações.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou recomendações relativas aos cuidados no intraparto para uma experiência de parto positiva, apontando as melhores evidências científicas. Nessas recomendações refere que o uso rotineiro de episiotomia não é recomendado para mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo. Afirmando que não existem evidências fiáveis tenha um efeito benéfico, mas há evidências claras de que pode causar danos. É apontada como fator de risco para o desenvolvimento de traumatismo, infeções, hematomas, dor e hemorragia aumentada (WHO, 2018). Em todo o estágio apenas efetuei uma episiotomia, logo nos inícios e foi por sugestão do médico responsável que se encontrava a assistir ao parto.

Os recém-nascidos imediatamente após o nascimento e sempre com o conhecimento e vontade da mãe eram colocados no contacto pele a pele. Esta é uma prática que deve ser realizada, pelo menos, durante a primeira hora de vida, uma vez que influencia de forma positiva a interação entre a mãe e o RN, assim como possui vantagens tanto para a mãe como para o RN, nomeadamente a redução do risco de hemorragia, diminuição dos níveis de stress, termorregulação do RN e maior sucesso da amamentação (OMS, 2018). Na instituição os RN são colocados durante pelo menos duas horas após o nascimento e os cuidados imediatos são todos realizados no contacto pele e pele com a mãe, como a administração da vitamina K intramuscular. Avaliava o Índice de Apgar ao 1º /5º e 10º minuto. Dos partos eutócicos que realizei apenas um tive necessidade de levar à mesa de reanimação, pois nasceu hipotónico, cianótico das extremidades e gasping e após secar e estimular no pele a pele com o cordão umbilical a pulsar, ao primeiro minuto ainda não tinha recuperado, tive necessidade de aplicarambu manual, que reverteu a situação ao fim da terceira insuflação inicial. No hospital, existe todos os anos formação em reanimação neonatal que a meu ver é crucial, pois a realidade de muitos poucos terem necessidade de reanimação vai-nos sempre deixando inseguros e pelo menos uma vez por ano relembrar os princípios e praticar vai dando maior destreza aquando da real necessidade. Como durante o estágio houve oportunidade de participar nessa formação, senti que foi uma mais valia para a segurança dos meus cuidados. Um outro parto eutócico que assisti, foi uma grávida de 33 anos, primigesta com 28 semanas mais dois dias, que veio evacuada de outra ilha, com queixas de trabalho de parto, devido

à extrema prematuridade foi de imediato reunida uma equipa médica para reanimação neonatal e o médico obstetra decidiu realizar o parto. O RN nasceu, com um Índice de Apgar de 6/8/10, foi estabilizado e evacuado via aérea para outra ilha, mas infelizmente, antes de chegar aos cuidados intensivos neonatais do hospital de referência, entrou em paragem cardiorrespiratória que não foi possível reverter. Após estudo analítico da utente, que para além de ser fumadora também estava com uma infeção urinária não tratada que possivelmente levou a trabalho de parto prematuro. A morte de um filho constitui uma grande perda na vida de uma mulher, acompanhada de sentimentos de tristeza e melancolia. Muitas vezes as utentes desenvolvem sentimentos de culpabilidade e revolta e cabe à enfermeira especialista estar atenta e procurar apoiá-la, dando-lhe suporte emocional e confortando a grávida e conviventes significativos e encaminhar para os recursos na comunidade. Devemos demonstrar disponibilidade para compreender os sentimentos da família e trabalhar, em conjunto com esta, para a compreensão e aceitação da situação específica. A perda de um filho leva a uma rutura de expectativas e a uma adaptação a uma realidade inesperada. O sonho de um filho perfeito e desejado transforma-se na desilusão e cabe, à equipa de enfermagem ajudar os pais a desenvolverem estratégias de *coping* adaptativas a esta nova situação de vida.

Durante os meus turnos de estágio não tive a oportunidade de assistir a partos de apresentação pélvica, nem partos gemelares, pois na instituição são cesarianas programadas. Colaborei com a equipa médica em 4 partos instrumentados por ventosa e fórceps, alguns deles eram só ajuda na descida do canal de parto e a extração do feto e tudo o resto era por mim realizado. Também acompanhei 10 parturientes durante todo o trabalho de parto que por diversas complicações, como, pré-eclâmpsia, incompatibilidade feto-pélvica, trabalho de parto estacionário ou, maioritariamente, por sofrimento fetal evoluíram para parto por cesariana, o que me permitiu prestar cuidados em situações de complicações materno-fetais, algumas urgentes outras não, durante o TP e assim desenvolver e fortalecer a minha prática de pedir colaboração quando as situações estão para além da minha área de atuação.

No pós-parto imediato há necessidade de uma maior vigilância do bem-estar materno, devido a um maior risco de ocorrência de complicações como a hemorragia pós-parto. Esta pode ocorrer devido a atonia uterina, lacerações cervicais, vaginais ou perineais, por tecidos retidos ou mesmo uma coagulopatia. Estas primeiras duas horas após o nascimento constituem um tempo crucial para a mãe e o RN. É um período de vinculação, mãe e filho estão a estabelecer relações entre eles e com o convivente significativo. É um período privilegiado para iniciar a amamentação porque o bebé está em estado de alerta e pronto a ser amamentado e desta forma fui realizando ensinamentos

sobre amamentação. Neste período procurei sempre realizar uma avaliação da puérpera e do RN, efetuei a palpação abdominal, assegurando se o útero se encontrava bem contraído, os sinais vitais e valorizei possíveis queixas maternas. Por outro lado, amamentar neste período também ajuda a contrair o útero e a evitar uma hemorragia uterina (Lowdermilk, & Perry, 2008). Obedecidas as duas horas pós-parto, monitorizam-se os sinais vitais da puérpera novamente, são prestados os cuidados vulvoperineais, dando continuação à educação para a saúde, agora acerca dos cuidados de higiene perineal em cada ida à casa de banho e a importância de promover uma correta cicatrização dos tecidos afetados. Remove-se o cateter epidural com técnica asséptica, caso tenha sido submetida a analgesia epidural, e é fornecida uma refeição à puérpera.

Todos os procedimentos e notas de evolução eram registados no processo da utente nos diferentes programas existentes, no boletim de saúde da grávida e no boletim de saúde infantil e juvenil. Para além dos processos de registo sobre a parturiente, parto e pós-parto imediato, também criava o processo de puerpério e o processo do recém nascido.

Ainda antes do estágio de sala de partos se iniciar, com o estímulo dado pela Exma. Professora Doutora Manuela Ferreira, iniciei a organização, juntamente com três colegas, de um Seminário intitulado “Seminário de Saúde Materna e Obstetrícia: Novos desafios no cuidar”. O seminário decorreu de oito a dez de novembro, já no decorrer do estágio, no polivalente do Hospital da Horta e abordou temas como aleitamento materno, posições maternas durante trabalho de parto e parto e curso suporte básico de vida em obstetrícia, este último acreditado pela ordem dos enfermeiros. Foram temas pertinentemente pensados para todos os enfermeiros especialistas e também a título pessoal para me dar uma maior bagagem e preparação para o meu melhor desempenho em estágio de sala de partos. Podemos contar com palestrantes que trabalham na pesquisa da melhor e mais atual evidência científica. No aleitamento materno, falou-se da atuação do novo protocolo da mastite, da hipogaláxia que tantos desafios nos traz na luta pelo aleitamento exclusivo e dos novos indicadores de registo a nível mundial. Nas posições maternas de trabalho de parto e parto, deu toda a adequação do corpo da mulher para uma melhor conduta no acompanhamento do trabalho de parto e parto. Por último o curso de suporte básico de vida em obstetrícia, mais do que nos preparar fez-nos refletir sobre as condições de trabalho que temos na nossa instituição e de como antever situações de urgência obstétrica. Foi um projeto muito trabalhoso, com muitos momentos de stress, mas no fim sentimo-nos muito gratificadas com o resultado.

Considerações finais

As Enfermeiras responsáveis pela minha orientação tiveram um papel crucial em todo o processo, desde a paciência, o bom ambiente e a sua preocupação em justificar e me fazer compreender a lógica de toda a dinâmica. A integração na equipa multidisciplinar também decorreu de uma forma positiva, ressaltando o notável interesse na explicação de cada procedimento e das respetivas situações que iam surgindo e a disponibilidade no esclarecimento de dúvidas.

Prestei cuidados de enfermagem especializados e culturalmente sensíveis à mulher/ família, congruentes com as suas necessidades, promovendo a sua saúde. Procurei junto da mulher eliminar mitos e superstições que dificultam a vivência da sexualidade na sua vertente cultural e biológica, estabelecendo uma relação terapêutica e mobilizando recursos adequados com as necessidades identificadas, com vista à promoção da continuidade dos cuidados.

O período pré e pós-natal é um período de alterações físicas e psicológicas, que exige à família uma preparação para o nascimento e parentalidade, no entanto, durante este processo e os nove meses de gravidez, por vezes, podem ocorrer desvios da normalidade, o que exige aos profissionais de saúde, em específico aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica uma maior intervenção na monitorização e vigilância da gravidez, intervindo na promoção da saúde e prevenção de complicações. A ciência médica oferece à mulher oportunidades sem precedentes para viver mais e melhor. Mas para que isso aconteça, a mulher tem de tomar decisões certas no sentido de uma boa saúde. O enfermeiro especialista deve ajudar a mulher em idade fértil a compreender os fatores de risco a que está exposta e motivar a adoção de estilos de vida saudáveis que previnam a doença e sobre os quais ela pode ter controlo. A gravidez é um momento adequado de promoção de saúde da mulher e do seu filho enquanto futuro adulto saudável.

Da experiência que obtive durante estes ensinamentos clínicos, percebi que as grávidas estão sempre desejosas de informação e com muitas dúvidas sobre a gravidez. Considero que a sensibilização e motivação da grávida/casal para conhecer toda a informação respeitante à sua gravidez, realçando a importância da sua participação ativa nos cuidados de saúde pré-natais, delineando conjuntamente planos de atuação com vista a

obter ganhos em saúde, são estratégias fundamentais para incutir na grávida/casal confiança na equipa de saúde.

O internamento é um momento privilegiado para a intervenção do EEESMO, é um momento onde é possível ter tempo para dedicar à grávida, estando com ela, esclarecendo dúvidas, validando conhecimentos. Perspetivar a alta desde o primeiro dia de internamento, permite a realização de ensinamentos para a capacitação da mulher na identificação de fatores de risco, bem como esclarecer dúvidas acerca de determinados sinais de alerta, o que minimiza complicações, promovendo o seu bem-estar e da sua família. É determinante, que a intervenção do enfermeiro especialista vise a promoção da autonomia para a tomada de decisão esclarecida da mulher, capacitando-a para o autocuidado e autovigilância.

Durante estes ensinamentos clínicos procurei desenvolver não só as atividades que tinha planeado nos meus projetos, mas também todas as que surgissem e que representassem uma oportunidade de aprendizagem. O meu propósito não foi apenas concretizar os objetivos a que me tinha proposto, mas principalmente, aproveitar todas as oportunidades de modo a adquirir competências para prestar cuidados de enfermagem globais e individualizados à grávida/casal/família, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de saúde obstétrica e ginecológica. Segue-se um quadro com o número das experiências realizadas nas diferentes áreas de intervenção, que cada estudante deve dar cumprimento face ao exposto na diretiva nº 2005/36/CE do Parlamento Europeu do Conselho, transposta para o direito interno português pela Lei 9/2009 de quatro de março.

Quadro 1 Número das experiências realizadas nas diferentes áreas de intervenção.

		Nº de experiências
Partos		
	Colaborados eutócicos	1
	Distócicos colaborados	4
	Efetuados com episiotomia	1
	Efetuados sem episiotomia	39
Parturientes em Trabalho de Parto		
	Normais	39
	Risco	32

Puérperas		115
Recém-Nascidos		
	Normais	69
	Risco	46
Vigilância de saúde materna e fetal		
	Consultas de vigilância da gravidez	110
	Grávidas em Trabalho de Parto	71
	Vigilância de grávidas em internamento de patologia materno fetal	28

II CAPÍTULO - Relatório final da componente de investigação

Resumo

Enquadramento: O aleitamento materno associa-se intrinsecamente a muitos benefícios para a saúde das crianças e das mães, tendo levado a Organização Mundial de Saúde a recomendar insistentemente a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida. É normalmente durante o internamento hospitalar que existe o primeiro contacto físico com o seu filho e atuar na prevenção de complicações, promover conforto físico e emocional, realizar educação para a saúde levam a que a puérpera consiga atingir um estado de autonomia esclarecida e um equilíbrio necessário no processo da maternidade. Prestar também atenção ao processo de amamentação é determinante, pois é durante o internamento de puerpério que se inicia, e a puérpera que quer amamentar, mesmo que tenha recebido formação durante a gravidez, necessita de aprender a técnica correta e ter apoio na resolução das adversidades que forem surgindo e o apoio especializado do EEESMO é essencial para otimizar os ganhos em saúde.

Objetivos: Identificar a melhor evidência científica sobre as atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação.

Analisar de que forma as variáveis sociodemográficas e a história clínica obstétrica têm relação com a avaliação pelas puérperas das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação.

Determinar se a qualidade da informação transmitida pelos enfermeiros tem influência sobre como são identificadas as atitudes dos mesmos na promoção da amamentação.

Métodos: Foi desenvolvida na componente de investigação, primeiro com uma revisão scoping, na procura da melhor evidência científica e depois com um estudo quantitativo desenvolvido sobre o impacto das atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto, com amostra não probabilística por conveniência constituída por 119 puérperas com intenção em amamentar, internadas numa unidade hospitalar Amiga dos bebés, da região Autónoma dos Açores.

Resultados: Das puérperas com intenção em amamentar, 85% encontra-se a amamentar exclusivamente na alta. Encontram-se diferenças significativas entre o nº de filhos e o AME e a Qualidade da Informação e o AME. Com parto eutócico, 62,4% fez AME, com parto distócico, 61,1% não fez AME. Realizaram contacto pele a pele 93,3%. Das puérperas inquiridas, 90,8% avaliam as atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação como muito elevadas face à nota global. O estado civil, o AME e a Qualidade da Informação, apresentam relação estatística significativa com a avaliação pelas puérperas das Atitudes do Enfermeiros na Promoção da Amamentação. As puérperas que frequentaram um PPPP avaliaram melhor as atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação, no fator Decisão de Amamentar, sendo as diferenças significativas.

Conclusões: A melhoria do AME é claramente dependente de uma estratégia clínica diferenciada para os diferentes tipos de parto. Proporcionar a todas as grávidas um PPPP pode influenciar a decisão de amamentar. A capacitação de todos os profissionais de saúde sobre as práticas mais atuais e baseadas em evidências para o aleitamento materno é crucial para um apoio efetivo a todas as mães que tencionam amamentar. Os cuidados especializados em aleitamento materno durante o internamento de puerpério são essenciais para o aconselhamento, apoio e conseqüente capacitação da puérpera, promovendo a sua adaptação às especificidades deste período e contribuindo para a melhoria das taxas de amamentação exclusiva.

Palavras-chave: Amamentação; Enfermagem; Hospitalização; Pós-parto.

1. Justificação do estudo

O puerpério é uma das fases mais importantes da vida da mulher, e, é normalmente durante o internamento hospitalar que existe o primeiro contacto físico com o seu filho. É considerado uma fase crítica pois tem um risco acrescido de existirem alterações fisiológicas e psicológicas e desta forma os cuidados especializados por parte dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica tornam-se essenciais. Atuar na prevenção de complicações, promover conforto físico e emocional, realizar educação para a saúde levam a que a puérpera consiga atingir um estado de autonomia esclarecida e um equilíbrio necessário no processo da maternidade (Correia & Pereira, 2015).

O aleitamento materno inexistente ou insuficiente continua a ser uma ameaça para a saúde e sobrevivência das crianças em todo o mundo. A melhoria desta prática poderia salvar milhares de vidas todos os dias (UNICEF, 2005).

Estima-se que a desnutrição esteja associada a 2,7 milhões de mortes infantis anualmente ou 45% de todas as mortes infantis. A alimentação de bebés e crianças pequenas é uma área fundamental para melhorar a sobrevivência infantil e promover o crescimento e o desenvolvimento saudáveis. Os primeiros dois anos de vida de uma criança são particularmente importantes, pois a nutrição ideal durante esse período reduz a morbidade e a mortalidade, reduz o risco de doenças crónicas e promove um melhor desenvolvimento geral. A amamentação exclusiva por 6 meses tem muitos benefícios para o bebê e para a mãe. A principal delas é a proteção contra infeções gastrointestinais, que é observada não apenas nos países em desenvolvimento, mas também nos países industrializados. O início precoce da amamentação, dentro de 1 hora após o nascimento, protege o recém-nascido da aquisição de infeções e reduz a mortalidade neonatal. O leite materno também é uma importante fonte de energia e nutrientes em crianças de 6 a 23 meses. Pode fornecer metade ou mais das necessidades de energia de uma criança entre as idades de 6 e 12 meses, e um terço das necessidades de energia entre 12 e 24 meses. O leite materno também é uma fonte crítica de energia e nutrientes durante a doença, e reduz a mortalidade entre as crianças desnutridas (WHO, 2023).

O leite materno é considerado um alimento completo, com efeitos positivos para a saúde do recém-nascido em todos os níveis. Também a mãe beneficia de diversas vantagens para a sua saúde (Ragusa et al, 2020).

Prestar atenção ao processo de amamentação é crucial, pois é durante o internamento de puerpério que se inicia, e a puérpera que quer amamentar, mesmo que tenha recebido formação durante a gravidez, necessita de aprender a técnica correta e ter apoio na resolução das adversidades que forem surgindo. Usando as boas práticas hospitalares no momento certo, estas vão-se traduzir em múltiplos benefícios para a puérpera e o recém-nascido, pois a puérpera amplia os seus conhecimentos e por consequência eleva-se a prevalência e duração da amamentação (Correia & Pereira, 2015).

Apesar de todos os benefícios demonstrados, e de terem sido nestes anos todos obtidos progressos notáveis, apenas cerca de 48% dos bebés entre os 0 e os 5 meses de vida foram amamentados exclusivamente em todo o mundo no ano de 2021 e cerca de 67% era amamentado exclusivamente durante os primeiros dois dias após o nascimento (UNICEF, 2022).

É necessário reconhecer que o aleitamento materno e a alimentação complementar adequada, são essenciais para garantir a saúde física, intelectual e emocional a longo prazo em todas as populações (UNICEF, 2005). Assegurar que todas as mães tenham conhecimento dos seus direitos e recebam apoio, informação e aconselhamento sobre aleitamento materno é um dos pontos essenciais de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Estruturalmente este estudo está organizado em quatro capítulos principais: Enquadramento teórico, metodologia, sendo delineadas as linhas metodológicas a seguir ao longo do estudo empírico, com especial atenção à operacionalização das variáveis, apresentação e análise descritiva e inferencial dos resultados obtidos, discussão dos resultados tendo em conta as conjeturas teóricas, pessoais e profissionais, discutindo-os com os resultados de outros estudos. O trabalho finaliza com uma conclusão, com realce para os resultados que se julgam mais relevantes e com a apresentação de sugestões e implicações para a prática clínica pertinentes.

2. Enquadramento teórico

O conceito de amamentação corresponde ao ato da mãe dar a mama diretamente ao seu bebê. Já por aleitamento materno entende-se todas as formas de dar o leite materno ao bebê. Usa-se o termo aleitamento materno também para definir as políticas, campanhas, apoio, incentivos a essa prática. Independente da definição, o mais importante é que as duas formas de oferecer o leite materno são exclusivos (Levy & Bértolo, 2012). Estes conceitos surgem, frequentemente como sinónimos, “revestindo-se da mesma conotação funcional do aleitar ou criar o filho com o leite que produz” (Azevedo et al., 2015, pág.440). Ambos os conceitos ultrapassam, atualmente, o aspeto puramente biológico da ação, envolvendo o relacionamento da mãe com o seu filho, a família e o mundo que os rodeia (Azevedo et al., 2015). Apesar de todos os benefícios demonstrados, e de terem sido nestes anos todos obtidos progressos notáveis, apenas cerca de 48% dos bebés entre os 0 e os 5 meses de vida foram amamentados exclusivamente em todo o mundo no ano de 2021 e cerca de 67% era amamentado exclusivamente durante os primeiros dois dias após o nascimento (UNICEF, 2022).

O pós-parto, também conhecido como puerpério, é o período que se segue ao nascimento do bebê, onde o corpo da mulher passa por uma série de mudanças físicas e emocionais enquanto se ajusta à ausência da gravidez e ao novo papel de mãe. Esse período é crucial para a recuperação da mãe e para o estabelecimento do vínculo com o recém-nascido. O útero retorna gradualmente ao seu tamanho e posição normais, um processo que pode levar de seis a oito semanas. Existe Sangramento vaginal semelhante à menstruação, que ocorre nas primeiras semanas após o parto, à medida que o útero expulsa restos de tecido e sangue. Se houve uma cesariana ou episiotomia essas áreas precisarão de tempo para cicatrizar. Os níveis de hormonas como estrogênio e progesterona caem drasticamente, o que pode influenciar o humor e o bem-estar geral. Podem surgir sentimentos de tristeza, ansiedade e cansaço que são comuns nos primeiros dias após o parto, afetando cerca de 70-80% das novas mães. Esses sentimentos geralmente desaparecem em duas semanas e são chamados de Baby Blues. Já a depressão pós-parto, uma condição mais séria que o baby blues, afeta aproximadamente 10-20% das mães. Caracteriza-se por tristeza profunda, falta de

interesse em atividades, dificuldades para cuidar do bebê e até pensamentos de autolesão e requer atenção médica e tratamento adequado. É o ajustar ao Novo Papel, à maternidade e pode ser muito desafiador. As novas responsabilidades, a privação de sono e as mudanças na dinâmica familiar podem ser stressantes (OMS, 2023). Nesta fase inicia-se também a amamentação para as mães que assim o decidam. Nos mamíferos não-humanos, a amamentação é principalmente um comportamento instintivo. As fêmeas destes animais têm um instinto natural de amamentar seus filhotes, e os filhotes, por sua vez, têm um instinto de mamar. Embora existam componentes instintivos na amamentação humana, como o reflexo de procura e sucção do recém-nascido, a prática bem-sucedida da amamentação muitas vezes exige aprendizagem e apoio. As mães humanas frequentemente precisam aprender técnicas adequadas de posicionamento e pega, além de enfrentar desafios como dor, problemas de produção de leite e questões emocionais. Em muitas sociedades, as práticas e atitudes em relação à amamentação são moldadas por normas culturais e sociais. Essas normas podem influenciar quando, onde e por quanto tempo as mulheres amamentam. (Carneiro et al, 2014; Guedes et al., 2015; OMS, 2017).

Para que a amamentação tenha mais sucesso é necessário que a mulher tome a decisão de o fazer o mais precocemente possível, preferencialmente durante a gravidez, e se sinta motivada para o fazer. Muitos estudos descrevem diferentes fatores que influenciam positivamente o sucesso da amamentação e sua duração. Saliem-se a motivação, intenção e atitude da mulher na decisão de amamentar (Sardo, 2016). A decisão apresenta-se como um pré-requisito fundamental, associada aos hábitos sociais e cultura, fatores económicos e pessoais como a personalidade, mecanismos psicofisiológicos, conhecimento, crenças, atitudes, confiança e habilidades na amamentação (Sardo, 2016). Pode dizer-se que o primeiro passo na decisão de amamentar passa por saber se o desejo da mãe em amamentar é voluntário. Na verdade, o Comité Português para a UNICEF (2004, pág. 28) recomenda que “as mães que, tendo recebido informação completa, correta e atualizada acerca da alimentação da criança, decidam alimentar artificialmente as suas crianças, devem ser respeitadas na sua decisão e devem ter todo o apoio necessário para o fazerem eficazmente”. Daí o presente estudo incidir apenas nas mães com intenção de amamentar.

Os programas de preparação para o parto e parentalidade são essenciais para apoiar os futuros pais durante a gravidez, o parto e o início da vida com um recém-nascido. Estes programas têm como objetivo educar, preparar emocionalmente e fornecer competências práticas aos pais. Em Portugal, vários serviços de saúde e organizações oferecem esses programas, com diferentes abordagens e conteúdos. Fornecer

conhecimentos sobre as etapas da gravidez, o trabalho de parto e o parto em si. Inclui informações sobre o desenvolvimento fetal, sinais de trabalho de parto, opções de parto, intervenções médicas e cuidados pós-parto. Preparar os pais emocionalmente para as mudanças que acompanham a gravidez e a paternidade. Grupos de apoio e sessões de discussão são comuns para permitir que os pais compartilhem experiências e preocupações. Ensinar técnicas práticas, como exercícios de respiração e relaxamento, posições para o trabalho de parto, cuidados com o recém-nascido e primeiros socorros. Incentivar a participação ativa do pai ou parceiro durante a gravidez, o parto e os cuidados com o recém-nascido, reforçando a importância do apoio emocional e físico. Estes cursos são conduzidos por enfermeiros obstetras, médicos e outros profissionais de saúde. Informação sobre os benefícios do leite materno para o bebê e a mãe, ensinar as diferentes posições para amamentar, como fazer a pega correta e como saber se o bebê está mamando adequadamente, orientação sobre como lidar com problemas comuns como mamilos doloridos, ingurgitamento mamário e mastite e informações sobre como extrair e armazenar leite materno corretamente, são alguns dos temas abordados. Trabalham também o encorajamento para participar de grupos de apoio à amamentação, onde as mães podem compartilhar experiências e receber apoio contínuo e divulgam o acesso a conselheiras de lactação que podem oferecer suporte individualizado (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

“Os enfermeiros são um recurso imprescindível na amamentação e a formação especializada contribui positivamente na aceitação das puérperas na opção de amamentar, sendo assim um recurso reconhecido, devendo a intervenção ocorrer ao longo do ciclo gestacional, parto e pós-parto” (Miranda, Zangão & Riso, 2017, pág. 856). Da mesma forma, para o sucesso do aleitamento materno deve-se ter em conta que é no período de internamento pós-parto que se devem instruir os pais, no entanto este período tem vindo cada vez mais a ser encurtado, condicionando assim a intervenção dos profissionais de enfermagem. No momento da alta hospitalar, muitos pais apresentam sentimentos de insegurança, porque as orientações são inúmeras, o que leva também a que estes pais tenham dificuldade na sua aprendizagem (Miranda, Zangão & Riso, 2017).

Apesar de todas as vantagens do leite materno sobre o artificial em termos de alimentação, necessidades imunológicas e psicológicas, a prevalência de amamentação também tem sido incerta ao longo dos séculos. No século 20, vários fatores contribuíram para essa incerteza, especialmente antes e depois da Segunda Guerra Mundial. A Segunda Guerra Mundial 1939-1945 afetou muitos aspetos da existência humana e a amamentação não foi exceção. Durante a guerra, muitas mulheres precisavam entrar no

mercado de trabalho para realizar tarefas que os homens deixavam para lutar. Isso fez com que menos e menos mulheres tivessem a oportunidade de amamentar exclusivamente seus filhos a longo prazo. Depois que a guerra acabou, tantas mulheres continuaram a trabalhar em seus empregos, levando a mudanças nos padrões de alimentação infantil. A necessidade de equilibrar a vida profissional e familiar também pode ter contribuído para a desestabilização. Portanto, as fórmulas eram vistas como uma invenção moderna e científica, como resultado da promoção excessiva e da demanda. Além disso, a emancipação e subsequente reorganização associada a isso das famílias também teve seu impacto. As mudanças sociais e culturais, incluindo a busca por igualdade de gênero e independência financeira, levaram a um declínio nas práticas tradicionais de amamentação. Com o advento e a popularização da fórmula infantil, especialmente nas décadas de 1950 e 1960, muitas mães foram levadas a acreditar que a fórmula era uma alternativa segura e conveniente ao leite materno. A intensa publicidade e a influência dos profissionais de saúde que apoiavam a fórmula contribuíram para essa percepção. A fórmula infantil foi promovida como uma solução moderna que permitia às mulheres alimentar seus bebês enquanto continuavam a trabalhar e a desempenhar outras funções. Esses fatores históricos e sociais resultaram em flutuações na prevalência do aleitamento materno ao longo do século XX. Enquanto a taxa de amamentação caiu dramaticamente durante a metade do século, movimentos de volta ao aleitamento materno começaram a surgir nas décadas seguintes, impulsionados por uma crescente conscientização sobre os benefícios do leite materno (WHO, 2023). No auge do declínio da prática da amamentação verificou-se um agravamento nas condições de saúde materno infantil, pelo que, desde então, têm vindo a ser desenvolvidas algumas iniciativas no âmbito da Saúde Pública com o objetivo de proteção, promoção e apoio do aleitamento materno (Antunes et al., 2008). Desde a década de 70 que um maior número de mulheres adere à prática da amamentação, porém a prevalência do aleitamento materno está longe da meta recomendada pela OMS, de amamentação exclusiva até ao sexto mês de vida e continuidade do aleitamento materno até ao segundo ano de vida ou mais (Dias et al., 2013; Antunes et al., 2008).

O aleitamento materno é, desde há muito, considerado a melhor forma de alimentar os bebés e as crianças pequenas. Inicialmente, o aleitamento materno foi escolhido apenas pelo facto de estar em harmonia com as leis da natureza. Com o desenvolvimento da investigação científica sobre as propriedades do leite humano, foram comprovados os benefícios a longo prazo da amamentação para a saúde do bebé e da mãe (Bosi et al., 2016; Gutierrez & Perrin, 2022). Como já referido, a OMS (2022) tem vindo a encorajar as futuras mães a amamentar, desde 1974, como a forma mais saudável de alimentar os

bebés durante os primeiros 6 meses de vida. Após os 6 meses de idade, a OMS recomenda a introdução de outros alimentos, mantendo a amamentação até a criança atingir os 2 anos de idade, ou mesmo por mais tempo. A OMS também aconselha que os recém-nascidos sejam amamentados na primeira hora após o nascimento e depois alimentados “a pedido”, ou seja, quando demonstrarem necessidade se alimentar. A OMS (2022) desaconselha vivamente a alimentação dos bebés com biberão e chupeta.

A Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica também assume que o principal objetivo a atingir é a amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida da criança. Os especialistas acreditam que o aleitamento materno é a melhor forma de assegurar um desenvolvimento ótimo e adequado da criança e concluem que o aleitamento materno é o padrão no que diz respeito à alimentação infantil (UNICEF & OMS, 2022).

Lactogénese é o processo pelo qual as glândulas mamárias produzem leite. Esse processo ocorre em várias etapas, abrangendo o período antes do parto e continuando após o nascimento. Pode ser dividido em duas fases principais: lactogénese I e lactogénese II e ainda a lactogénese III que se dá pelo nono dia e corresponde à fase da manutenção da produção de leite. Na Lactogénese I o início ocorre durante a gravidez, geralmente no segundo trimestre. As células mamárias começam a diferenciar-se e a desenvolver a capacidade de produzir leite, sofrem influência da progesterona, do estrogénio, da prolactina, da hormona lactogénica placentária e outras hormonas da gravidez. Embora em pequena quantidade, o colostro começa a ser produzido. É rico em anticorpos e nutrientes essenciais para o recém-nascido. Na lactogénese II, a ativação secretora dá-se o início da produção abundante de leite, ocorre logo após o parto, geralmente entre dois a quatro dias após o nascimento, mais precisamente entre 30 a 40h após o parto, dando-se o pico pelas 85h-120h. Há uma queda abrupta nos níveis de progesterona e um aumento na produção de prolactina. Isso desencadeia a produção abundante de leite. As mamas aumentam de volume e ficam mais firmes devido ao aumento na produção de leite. O colostro é gradualmente substituído pelo leite maduro. A sucção do bebé estimula as terminações nervosas na mama, que enviam sinais ao cérebro para libertar prolactina (que ajuda a produzir leite) e ocitocina (que ajuda na ejeção do leite). Fatores que influenciam na Lactogénese além de prolactina e ocitocina são outras hormonas como insulina, cortisol e hormonas da tiroide também desempenham papéis importantes na lactogénese. A dieta da mãe pode afetar a quantidade e a qualidade do leite produzido. As mamadas do bebé afetam diretamente a produção de leite. Mais sucção estimula maior produção, mas fatores como stresse, cansaço e problemas de saúde podem influenciar negativamente. O suporte emocional e

prático à mãe durante a amamentação pode facilitar o processo de lactogênese e a continuidade da amamentação. Condições como diabetes, síndrome dos ovários poliquísticos e distúrbios da tireoide podem afetar a produção de leite. Certos tipos de cirurgias mamárias podem também afetar a capacidade de produção de leite. O stresse e ansiedade podem inibir a produção e a ejeção do leite. Compreender o processo de lactogênese é fundamental para apoiar e promover a amamentação eficaz, garantindo que tanto a mãe quanto o bebê desfrutem dos benefícios dessa prática essencial para a saúde (Lawrence & Lawrence, 2015).

O leite materno tem uma composição quantitativa e qualitativa ideal para as necessidades do organismo do bebê em desenvolvimento. O teor de vários nutrientes varia consoante a duração da lactação, a hora do dia e a alimentação da mãe que amamenta (Senghore et al., 2018). O leite inicial, ou seja, o colostro, é produzido durante cerca de quatro dias após o nascimento, depois é produzido o leite de transição, que se transforma em leite maduro após 2-3 semanas. O leite materno contém substâncias anti-inflamatórias e anti-infecciosas, tais como anticorpos IgA, linfócitos B, prostaglandinas, lisozima e interferão, que protegem o trato digestivo do bebê contra infeções e fortalecem o seu sistema imunitário (Senghore et al., 2018). O colostro protege-o, desde a primeira mamada, contra toxinas, alergénios e estirpes patogénicas da bactéria *Escherichia coli*. O colostro também estimula as bactérias *Lactobacillus bifidus*, benéficas para o sistema digestivo, que constituem a flora bacteriana normal (a denominada microbiota) (Lis-Kuberka et al., 2021). O leite materno é uma fonte de poliaminas, necessárias para a maturação do intestino do recém-nascido. As hormonas polipeptídicas (resistina, lectina, grelina e adiponectina) presentes no leite são responsáveis pela regulação do equilíbrio energético (Senghore et al., 2018; Lis-Kuberka et al., 2021).

A lactose, que constitui 80% de todos os hidratos de carbono do leite materno, apoia o crescimento de bactérias benéficas no trato digestivo e facilita a absorção de ferro e de cálcio e magnésio. Um hidrato de carbono igualmente importante é a galactose, que apoia o desenvolvimento do cérebro e do sistema nervoso. As gorduras são um componente essencial do leite materno (Donda & Maheshwari, 2022). O colesterol, cujo teor no leite maduro é de 10-22mg/dL, é insubstituível no que respeita à mielinização do sistema nervoso central de uma criança e protege os adultos contra a sua elevada concentração (Donda & Maheshwari, 2022). Os nutrientes essenciais para o bebê incluem também os ácidos gordos LC-PUFAs (ácido araquidónico e ácido docosahexaenóico) (Lyons et al., 2020). Estes são responsáveis pelo desenvolvimento correto do sistema nervoso, dos pulmões e da estrutura do olho. O leite materno contém oligoelementos e vitaminas solúveis em gorduras e água, que contribuem para um aumento de peso muito

rápido e desempenham um papel importante na maturação dos sistemas e órgãos do bebê. A proporção de cálcio e fósforo, favorece uma melhor absorção do cálcio e um desenvolvimento ósseo correto. As exceções são as vitaminas D e K, que devem ser suplementadas durante a amamentação. (Lyons et al., 2020; Donda & Maheshwari, 2022).

A literatura científica indica claramente muitos benefícios do aleitamento materno, tanto para a saúde da criança como para a saúde da mãe. O aleitamento materno apoia o desenvolvimento do sistema imunitário dos recém-nascidos e bebês, reduz a frequência e a gravidade das infecções respiratórias nas crianças e o risco de meningite bacteriana, otite média e enterocolite necrosante (Koletzko et al., 2020). O efeito benéfico do aleitamento materno na prevenção da síndrome da morte súbita do lactente foi também confirmado (Koletzko et al., 2020). Além disso, também tem um efeito positivo no desenvolvimento cognitivo e neuro comportamental dos bebês, ou seja, os bebês amamentados obtêm melhores resultados nos testes de inteligência (Cato et al., 2020). Nas pessoas que foram amamentadas, observa-se um risco reduzido de doenças crônicas como a obesidade, diabetes tipo um e tipo dois, alergias, leucemia, hipercolesterolemia e doenças cardíacas nos últimos anos de vida (Koletzko et al., 2020). Os benefícios do aleitamento materno para as mães incluem a redução do risco de hemorragia pós-parto e a redução do risco de cancro da mama, cancro do ovário e osteoporose. As mulheres que amamentam também tendem a voltar ao seu peso anterior à gravidez mais rapidamente do que as que optam por não amamentar (Cato et al., 2020; Han et al., 2023).

É uma das medidas preventivas comprovadas para reduzir a mortalidade infantil e é o principal indicador-chave da sobrevivência da criança. Calcula-se que, se as crianças com menos de dois anos fossem amamentadas de forma ótima, poder-se-iam salvar a vida de mais de 800.000 crianças com menos de 5 anos de idade por ano (OMS, 2016, 2022).

A Iniciativa Hospital Amigo dos Bebês, lançada pela OMS e pela UNICEF, em 1991, foi implementada a nível mundial em mais de 150 países e é um pilar da Estratégia Global da OMS/UNICEF para a Alimentação de Lactentes e Crianças na 1ª Infância (OMS, 2003). Um dos nove objetivos operacionais da Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças na 1ª Infância é garantir que todas as maternidades praticam os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebês. Os hospitais ou maternidades podem ser designados “Amigos dos Bebês” se passarem num exame externo que verifique que cumprem os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e o 'Código Internacional de Comercialização de

Substitutos do Leite Materno' e subsequentes resoluções relevantes da Assembleia Mundial de Saúde. O Quadro um apresenta em pormenor os Dez Passos, que foram atualizados e revistos em 2018, dando maior ênfase à expansão para uma cobertura universal, garantindo a sustentabilidade e integrando o programa de forma mais completa nos sistemas de cuidados de saúde (OMS, 2018).

Quadro 2 Dez passos para Hospital Amigo dos Bebés

Procedimentos críticos de gestão	
1a	Cumprir integralmente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções pertinentes da Assembleia Mundial de Saúde
1b	Ter uma política de alimentação infantil escrita que seja regularmente comunicada ao pessoal e aos pais
1c	Estabelecer sistemas contínuos de monitorização e gestão de dados
2	Assegurar que o pessoal possui conhecimentos, competências e aptidões suficientes para apoiar o aleitamento materno
Principais práticas clínicas	
3	Discutir a importância e a gestão do aleitamento materno com as mulheres grávidas e as suas famílias
4	Facilitar o contacto pele-a-pele imediato e ininterrupto e apoiar as mães para que iniciem o aleitamento materno o mais rapidamente possível após o nascimento
5	Apoiar as mães a iniciar e manter o aleitamento materno e a gerir as dificuldades comuns
6	Não fornecer aos recém-nascidos amamentados quaisquer alimentos ou líquidos para além do leite materno, exceto em caso de indicação médica
7	Permitir que as mães e os seus bebés permaneçam juntos e que pratiquem o alojamento conjunto 24 horas por dia
8	Ajudar as mães a reconhecer e a responder às sugestões de alimentação dos seus bebés
9	Aconselhar as mães sobre a utilização e os riscos dos biberões, tetinas e chupetas
10	Coordenar a alta para que os pais e o seu bebé tenham acesso atempado a apoio e cuidados contínuos

Fonte: Adaptado de OMS (2018)

Uma das medidas acima referidas, nomeadamente, o contacto pele a pele precoce e ininterrupto tem sido fortemente associado ao sucesso na amamentação. O contacto pele a pele é uma prática amplamente recomendada tanto para bebés a termo quanto para prematuros. Este método envolve colocar o recém-nascido diretamente sobre o peito nu da mãe ou do pai, de modo que haja contacto direto da pele do bebé com a pele dos pais. O contacto pele a pele deve ser iniciado assim que possível após o nascimento, geralmente na sala de partos, mesmo antes do corte do cordão umbilical. Esta prática simples tem implicações profundas e benéficas para a saúde física e emocional do bebé e dos pais. Os recém-nascidos, têm dificuldade em regular a temperatura corporal, logo, o contacto pele a pele ajuda a manter uma temperatura estável, crucial para o metabolismo e a prevenção da hipotermia. A proximidade com o corpo dos pais também ajuda na regulação dos níveis de oxigénio no sangue, diminuindo a incidência de apneia e bradicardia. O contacto pele a pele estimula o reflexo de busca do bebé e facilita a pega correta no seio, promovendo um início precoce e prolongado da amamentação. Isso, por

sua vez, aumenta a produção de leite materno e prolonga a duração da amamentação exclusiva, que é vital para o crescimento e desenvolvimento saudáveis do bebê. Bebês que são colocados em contacto pele a pele tendem a chorar menos e mostram sinais reduzidos de stress. Isso pode ser atribuído à sensação de segurança e conforto proporcionada pela proximidade com os pais, o que promove um ambiente emocionalmente estável para o desenvolvimento neurológico. A exposição ao contacto pele a pele tem sido associada a melhor desenvolvimento neurológico e cognitivo. Estudos sugerem que esses bebês apresentam melhor desempenho em testes de desenvolvimento motor e cognitivo, possivelmente devido à estimulação sensorial e à redução do stress fisiológico. A transferência de anticorpos através do contacto pele a pele pode ajudar também a fortalecer o sistema imunológico, reduzindo o risco de infeções. Para os pais, o contacto pele a pele promove um vínculo emocional forte. Este vínculo é crucial para o desenvolvimento de um relacionamento seguro e afetuoso, essencial para o bem-estar emocional do bebê. Pais que participam ativamente no contacto pele a pele relatam níveis mais baixos de ansiedade e depressão pós-parto. O envolvimento direto no cuidado do bebê proporciona uma sensação de competência e satisfação, melhorando o bem-estar emocional dos pais. O contacto pele a pele facilita o início e a continuidade da amamentação, o que é benéfico tanto para a mãe quanto para o bebê. Mães que praticam o contacto pele a pele frequentemente relatam uma experiência de amamentação mais positiva e prolongada (WHO, 2022).

A promoção do aleitamento materno, que tem vindo a ser feita há anos a nível global, está a um nível cada vez mais elevado, não sendo Portugal exceção. São criados programas educativos e documentos resultantes da política nacional de saúde. Os EEESMO que têm contacto profissional com uma mulher que se prepara para a maternidade promovem o aleitamento materno, fornecendo informações fiáveis a este respeito. Também é apropriado dizer às mulheres que a amamentação é uma parte da vida que também tem um lugar na vida social e pública. Uma educação para a lactação bem conduzida afeta a qualidade dos cuidados prestados à mãe e à criança e alivia o stresse da comunicação (Han et al., 2023). No seu estudo correlacional e de acompanhamento numa amostra de conveniência de 215 mulheres e 215 pais recrutados num hospital universitário regional no centro de Taiwan, de julho de 2020 a dezembro de 2020, Han et al. (2023), constaram que os scores da atitude materna em relação ao aleitamento materno variaram de 42 a 79, com um score médio de $59,78 \pm 6,68$. As pontuações das atitudes dos cônjuges em relação ao aleitamento materno variaram de 46 a 81, com uma pontuação média de $59,60 \pm 6,93$. Em ambos os pais (pai/mãe), as pontuações estavam significativamente associadas à duração da amamentação, a

probabilidade de amamentar durante as primeiras 8 semanas aumentou 6% e 10%, respetivamente.

O aleitamento materno é a coisa mais valiosa que a mãe pode oferecer ao seu filho, pois fornece-lhe todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento geral. As mães podem continuar a alimentar os seus bebés com leite materno extraído, mesmo que tenham de se separar da criança por qualquer motivo. Face a esta realidade, Varghese et al. (2023) avaliaram o conhecimento e a atitude relativamente amamentação expressa entre 80 mulheres no período pós-natal, tendo verificado que a maioria das puérperas (73,8%) estava na faixa etária de 21 a 30 anos, prevalecendo as primíparas, a maioria delas (81,3%) era dona de casa e 66,3% não praticavam o aleitamento materno. O nível satisfatório de conhecimento sobre o aleitamento materno expresso foi encontrado entre 41,3% das participantes, enquanto 40% tinham conhecimento médio. A atitude expressa em relação ao aleitamento materno foi desfavorável entre 55 (68,75%) das puérperas, com apenas 25 (31,25%) a revelar uma atitude favorável, com uma correlação significativa entre o conhecimento e a pontuação da atitude (Varghese et al., 2023).

Como se tem vindo a expor, o aleitamento materno associa-se intrinsecamente a muitos benefícios para a saúde das crianças e das mães, tendo levado a UNICEF e a OMS a recomendar insistentemente a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida. Todavia, só uma parte diminuta de mulheres consegue amamentar em exclusivo até aos seis meses. Como tal, uma percentagem significativa de crianças e mães não desfruta dos benefícios do aleitamento materno, sendo fulcral o EEESMO identificar as mulheres em risco de abandono precoce do aleitamento materno exclusivo e apoiá-las através de estratégias eficazes de promoção do aleitamento materno.

OS EEESMO desempenham um papel crucial no apoio ao aleitamento materno e as suas atitudes em relação ao aleitamento materno afetam a forma como o apoiam. Num estudo, Semenik et al. (2012) verificaram que, quando os EEESMO tinham atitudes neutras ou negativas em relação ao aleitamento materno, muitas vezes sugeriam desnecessariamente o uso de fórmulas infantis, levando a um atraso no início e à interrupção prematura do aleitamento materno. Por outro lado, as mães tinham mais probabilidades de iniciar e continuar a amamentar quando cuidadas por EEESMO com atitudes positivas em relação ao aleitamento materno (McFadden et al., 2017). Assim, as atitudes positivas destes profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno são essenciais para a sua promoção.

O sucesso do aleitamento materno está intimamente ligado não apenas ao conhecimento e às práticas adquiridas pelas mães, mas também às atitudes e abordagens dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros. Esses profissionais desempenham um papel crucial no apoio à amamentação, e suas atitudes, experiências pessoais e a consistência das informações fornecidas podem influenciar significativamente as decisões das mães sobre amamentar. Fornecer informações consistentes e positivas sobre a amamentação é essencial. Informações contraditórias ou negativas podem levar as mães a sentirem-se inseguras e propensas a abandonar a amamentação. Sugerir a suplementação com fórmula infantil sem uma razão médica clara pode minar a confiança da mãe na sua capacidade de amamentar, levando ao desmame precoce. A experiência pessoal dos enfermeiros com a amamentação pode influenciar suas atitudes e o tipo de suporte que oferecem. Profissionais que tiveram experiências positivas com a amamentação tendem a ser mais encorajadores e empáticos. Enfermeiros muitas vezes usam suas próprias experiências para orientar e apoiar as mães, o que pode ser útil se a experiência for positiva e bem-sucedida (OMS, 2017). Estudos, como o de Anstey (2013), destacam que as mães valorizam a empatia, o toque e a clareza nas informações fornecidas pelos profissionais de saúde. Uma presença autêntica, que inclui compreensão e encorajamento, é crucial para o sucesso da amamentação. A assistência prática, juntamente com um encorajamento sincero, ajuda as mães a superar os desafios iniciais da amamentação. A inconsistência no aconselhamento pode gerar frustração e confusão, especialmente para mães que estão enfrentando dificuldades para iniciar ou estabilizar a amamentação. Isso pode levar ao abandono da prática. Demonstrar técnicas de amamentação, ajudar com o posicionamento e a pega, e estar disponível para responder a perguntas e preocupações das mães. Oferecer encorajamento genuíno e mostrar empatia pelas dificuldades que as mães podem enfrentar (Riordan & Wambach, 2015). A abordagem clínica da amamentação é entendida como os cuidados prestados sobre aleitamento materno, produção láctea, tratamento e prevenção de complicações e resulta de uma abordagem com recurso a habilidades técnicas dos profissionais. Pressupõe o conhecimento atualizado e fundamentado dos benefícios da amamentação, o conhecimento técnico e científico sobre a anatomia e fisiologia da lactação, da sucção, dos fatores emocionais e psicológicos que possam interferir, técnicas de comunicação e conhecimento do posicionamento e pega adequada, extração de leite materno e formas alternativas de oferta de leite materno (Azevedo et al, 2015). Vários estudos destacam o enfermeiro como agente disseminador da promoção, do incentivo e apoio ao aleitamento materno, salientando-se o acolhimento, a comunicação e o processo educativo em saúde, como ferramentas utilizadas na intenção de promover o estímulo e a adesão das mães à

amamentação (Marinho, Andrade & Abraão, 2015). O domínio de técnicas de comunicação no relacionamento com a puérpera torna-se indispensável, sendo uma das estratégias utilizadas pelo enfermeiro na abordagem da amamentação. Desta forma, a escuta ativa, o olhar atento, o tom de voz e a empatia favorecem uma troca na comunicação, levando a um aconselhamento mais detalhado e eficaz para a prática do aleitamento materno. Durante o aconselhamento, o enfermeiro age como um elo entre o conteúdo teórico-científico e a prática que vai ser vivenciada pela mãe, esclarecendo a importância, os benefícios da amamentação, desmistificando crenças e preconceitos (Azevedo et al, 2015). Estas técnicas exigem do profissional saber ouvir, ajudar na tomada de decisão de forma empática, promover o desenvolvimento de confiança e apoiar a mulher.

Os profissionais de saúde carecem de capacitação técnica, baseada nas mais recentes evidências de modo permanente, pois a maioria após algum tempo ficam desatualizados. Portanto, os enfermeiros que estiverem preparados, atualizados e bem informados terão melhores condições de exercer o seu papel de multiplicadores da prática da amamentação a fim de promover o seu sucesso. Neste sentido os enfermeiros podem incentivar a amamentação e apoiar as mães, ajudando-as no início precoce da amamentação a obterem autoconfiança para amamentar. Estudos evidenciaram que a capacitação dos enfermeiros envolvidos na promoção, no incentivo e no apoio ao aleitamento materno foi fundamental e teve resultados positivos, pois a atualização contínua e permanente é um caminho para a promoção de assistência de qualidade e segurança às gestantes. Assim, verificou-se que a capacitação dos profissionais facilita e favorece o acolhimento, o estabelecimento de vínculo com as puérperas e a aproximação dessas mulheres com as suas unidades de saúde de referência, devido a adoção de ações mais efetivas dos enfermeiros (Marinho, Andrade & Abrão, 2015).

Embora os benefícios do aleitamento materno sejam frequentemente destacados na educação para a saúde, alguns especialistas em saúde criticaram a apresentação do aleitamento materno como a intervenção e a alimentação com fórmula como a comparação (Toda et al., 2023). Uma revisão sistemática da apresentação de estudos sobre alimentação infantil revelou que apenas 11% dos resumos mencionavam a alimentação com fórmula como uma exposição a riscos para a saúde (Toda et al., 2023). Os mesmos autores argumentam que a distorção na comunicação dos resultados da investigação pode reduzir o conhecimento e o apoio ao aleitamento materno entre os profissionais de saúde. Argumentam que a apresentação do uso de fórmulas infantis como prática de controlo ao comunicar os benefícios do aleitamento materno definia implicitamente a alimentação com fórmula como um padrão normativo (Toda et al., 2023).

Neste âmbito, realizaram um estudo quase experimental *online* no Japão entre 174 Enfermeiras Obstetras com experiência profissional. As participantes foram distribuídas por três grupos para receberem diferentes mensagens de texto como intervenção (o benefício da amamentação para o Grupo 1; o risco da alimentação com fórmula para o Grupo 2; a importância dos cuidados infantis para o Grupo 3 como comparação). A versão japonesa da *Iowa Infant Feeding Attitude Scale* (IIFAS-J) foi utilizada para avaliar as atitudes em relação ao aleitamento materno antes e depois da leitura dos textos. Além disso, as reações das participantes ao texto foram avaliadas através das suas respostas a três afirmações. A pontuação do IIFAS-J no pós-teste foi significativamente maior do que a pontuação do pré-teste apenas para o Grupo 1 ($p < 0,01$). A percentagem de participantes que concordaram com o conteúdo do texto foi de 70,7% no Grupo 1 e 48,3% no Grupo 2; a percentagem de participantes que relataram desconforto com o texto foi de 34,5% no Grupo 1 e 55,2% no Grupo 2. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação ao interesse pelo texto. Nos três grupos, os participantes que concordaram com o texto tiveram um score IIFAS-J pós-teste maior do que os que discordaram do texto (6,85 pontos a mais, $p < 0,01$ no Grupo 1; 7,19 pontos a mais, $p < 0,01$ no Grupo 2; 8,00 pontos a mais, $p < 0,02$ no Grupo 3). O desconforto com o texto e o interesse pelo texto foram associados a uma pontuação IIFAS-J significativamente maior no pós-teste nos Grupos 1 e 2, mas não no Grupo 3. A linguagem “benefícios do aleitamento materno”, que transmite a informação de forma positiva, parece ser mais adequada do que a linguagem “riscos da fórmula infantil” para criar uma atitude positiva em relação ao aleitamento materno na educação/formação em enfermagem (Toda et al., 2023).

Nas últimas duas décadas, como refere Brandão (2020), a crescente integração da tecnologia na vida quotidiana afetou a forma como comunicamos uns com os outros. A utilização de e-tecnologias, ou seja, tecnologia digital e eletrónica que utilizam dispositivos móveis ou a Internet, tem aumentado significativamente, em particular como fonte de educação e apoio à promoção da saúde em muitos países diferentes em todo o mundo. Os telemóveis oferecem uma forma direta de interagir com as mães, fornecendo apoio personalizado ao aleitamento materno e já foram testados para abordar as práticas de amamentação com resultados promissores. No entanto, em Portugal, e tanto quanto se conhece, não existe um programa sistemático de apoio telefónico móvel ao aleitamento materno, utilizado para promover o aleitamento materno (Brandão, 2020). No seu estudo de revisão sistemática da literatura, a mesma autora sintetizou os resultados de estudos que utilizaram intervenções baseadas em tecnologias eletrónicas para o aleitamento materno, considerando a sua eficácia no aumento das taxas e/ou duração do aleitamento materno exclusivo e não exclusivo, tendo constatado que tais intervenções foram eficazes

para melhorar os resultados do aleitamento materno, ou seja, um aumento das taxas e da duração do aleitamento materno. Esta revisão destaca a eficácia da utilização de tecnologias para melhorar as taxas de aleitamento materno e/ou a duração do aleitamento materno exclusivo e não exclusivo (Brandão, 2020).

O apoio ao aleitamento materno constitui uma importante prática do enfermeiro e favorece a confiança da puérpera quanto às suas ações e orientação em prol do aleitamento. Nesse sentido, quando o enfermeiro esclarece as dúvidas e dificuldades, quando observa a pega, num ambiente tranquilo e confortável, quando verbaliza a importância das vantagens de amamentar, ele adquire a sua confiança e contribui para a autoestima relativamente à amamentação.

Tendo por base o exposto, o principal objetivo deste estudo consiste em avaliar os contributos dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto. Mais especificamente pretende-se averiguar de que forma as variáveis sociodemográficas e a história clínica obstétrica têm relação com a avaliação pelas puérperas das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação e determinar se a qualidade da informação transmitida pelos enfermeiros tem influência sobre como são identificadas as atitudes dos mesmos na promoção da amamentação.

3. Metodologia

Partindo da suposição que a seleção do instrumental metodológico se deve ajustar ao problema a ser estudado, à natureza dos fenômenos, ao objeto da pesquisa, aos objetivos delineados e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação (Hill & Hill, 2005), este capítulo constitui assim, uma etapa de precisão e planeamento. Esta fase serve, fundamentalmente, para descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da nossa pesquisa. Neste sentido, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objetivos.

Neste estudo, foi delimitado um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objetivos. Para os atingir, foi elaborada uma revisão scoping a qual permitiu sustentar teoricamente a problemática, sendo esta conduzida tendo por base o método proposto pela *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020) 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) e foi conceptualizado um estudo quantitativo, analítico, descritivo-correlacional e transversal, procedendo a uma pesquisa que segue a orientação de um desenho característico de um *estudo não experimental* e não probabilístico por conveniência.

3.1. Atitudes/intervenções dos enfermeiros promotoras da amamentação-Revisão Scoping

Inicialmente realizou-se uma revisão naturalista do tema para compreender as ideias principais, de seguida efetuou-se a pesquisa científica. De forma a procurar a melhor evidência foram escolhidos os descritores, com base nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs), que mais se adaptaram à questão de investigação e formularam-se várias associações de descritores através dos operadores booleanos. Assim, a pesquisa tomou um rumo mais específico, excluindo informação desnecessária e obtendo artigos que tivessem presentes os descritores breastfeeding, hospitalization e nurs*, unidos pelo operador booleano AND, sendo a

mesma ajustada tendo por base os léxicos e especificidades de cada uma das bases de dados.

De acordo com o método PCC da formulação da questão de investigação, temos na população (P) as puérperas com intenção em amamentar, no conceito (C), as atitudes/ intervenções dos enfermeiros promotoras da amamentação, centrando-se no contexto (C) hospitalar.

A pesquisa foi efetuada nas bases PubMed, B-on, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina, com o objetivo de encontrar todos os estudos possíveis que sejam relevantes para a questão de investigação, da forma mais diversa possível. Ainda durante a pesquisa bibliográfica definimos critérios de exclusão e inclusão, no sentido de limitar os resultados. Como critério de inclusão foram incluídos artigos que incluíssem puérperas maiores de 18 anos com intenção de amamentar; artigos que referissem intervenções dos Enfermeiros promotoras da amamentação em meio hospitalar; artigos disponíveis on-line com texto integral e artigos em inglês, português, francês e espanhol, devido às limitações linguísticas da equipa de revisores. Como critérios de exclusão foram excluídos artigos em outros idiomas que não especificados nos critérios de inclusão, artigos sem texto integral disponível, Artigos que não sejam relevantes para responder à questão de pesquisa e estudos que não abordem a temática descrita no título e/ou resumo. Não foram estabelecidos limites temporais aplicáveis à pesquisa por se pretender ter uma visão integrada de toda a evidência científica disponível sobre o tema em apreço.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a três de novembro de 2022 e a cinco de fevereiro de 2024, para procura de dados o mais atual possível, nas bases de dados mencionadas anteriormente. Os títulos e resumos foram revistos por dois revisores independentes para avaliar a elegibilidade dos estudos em relação aos critérios de inclusão definidos. Os resultados da análise foram comparados e discutidos, permitindo ao mesmo tempo alterações aos critérios de elegibilidade para assegurar que ambos os revisores concordam. Na ausência de consenso foi incluído um terceiro revisor como critério de desempate.

Após iniciar a pesquisa bibliográfica restam 224 artigos (8 da base de dados B-On, 18 da base de dados Pub-Med, 120 da base de dados Medline Complete, 65 da base de dados CINAHL Complete, 3 da base de dados MedicLatina e 10 da base de dados Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive) (Apêndice I). Seguidamente foram excluídos os artigos duplicados ficando com 201 artigos.

Depois, procedeu-se à análise dos títulos e resumos dos artigos, concluindo que apenas 25 artigos abordavam o tema em análise. 11 artigos não foram possíveis de recuperar por não terem texto integral disponível, restando 14 artigos recuperados. Em seguida, foram lidos na íntegra os artigos sendo que apenas 6 artigos respondiam à questão em análise. Para finalizar, foi avaliada a elegibilidade através da avaliação preconizada no Joanna Briggs Institute (JBI) (Apêndice II). O processo de seleção dos artigos desta Scoping Review está descrito no fluxograma seguinte (figura 1), tendo por base o diagrama de PRISMA (2020) (Page *et al.* 2021).

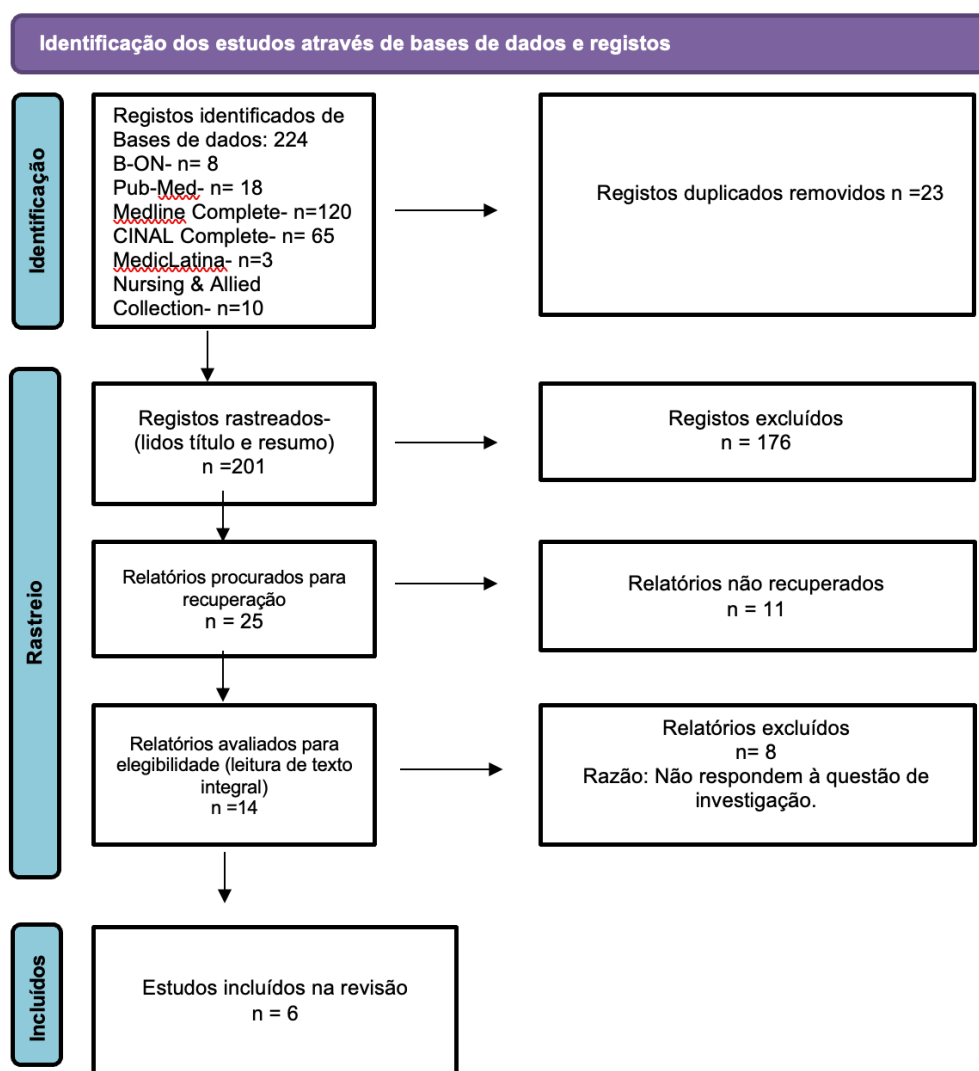


Figura 1- Fluxograma de investigação

Fonte: Adaptado do PRISMA Flow Diagram (2020).

Foi utilizado um instrumento de colheita de dados construído para minimizar o risco de viés e que incluía as características do estudo, dos participantes, dos achados e

respetivos resultados. Os resultados foram agrupados numa tabela e objeto de síntese narrativa (Apêndice III).

3.2. Método

Tal como é descrito por Barradas et al. (2015), a filosofia de cuidados pelo EEESMO está enraizada num modelo de assistência em que existe um trabalho de parceria com a mulher, colocando-a no centro dos cuidados e garantindo a sua continuidade ao longo do ciclo reprodutivo. Conhecendo os resultados da evidência científica alcançados na *revisão scoping* segue-se a sua aplicação em contexto de prática clínica.

Neste sentido, foi conceptualizado um estudo quantitativo, analítico, descritivo-correlacional e transversal, procedendo a uma pesquisa que segue a orientação de um desenho característico de um *estudo não experimental*. De uma forma sintética pode afirmar-se que o tipo de pesquisa equacionada para esta investigação engloba as seguintes características: Segue métodos do estudo de análise quantitativa – pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. Trata-se de estudo transversal, pois caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo (Sampieri *et al*, 2003). Possui as características de um estudo *descritivo e correlacional* - pois se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Sampieri *et al*, 2003), ou como refere Fortin, (2009) assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar estas variáveis.

Equacionaram-se as seguintes questões de investigações:

- Como avaliam as puérperas as atitudes dos enfermeiros face à amamentação?
- Qual a importância do papel dos enfermeiros na promoção da amamentação identificado pelas puérperas?
- Quais os fatores que influenciam na adesão da amamentação pelas puérperas?

O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação, é um enunciado declarativo precisando as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação. O principal objetivo deste estudo consiste, em avaliar os *contributos dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto*.

Na procura de respostas para as questões anteriores formulámos os seguintes objetivos:

- Analisar de que forma as variáveis sociodemográficas e a história clínica obstétrica têm relação com a avaliação pelas puérperas das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação;
- Determinar se a qualidade da informação transmitida pelos enfermeiros tem influência sobre como são identificadas as atitudes dos mesmos na promoção da amamentação.

Face aos objetivos descritos, equacionaram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas das puérperas têm efeito sobre como estas avaliam as atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto.

Hipótese 2 – Existe relação entre variáveis relativas à história clínica obstétrica das puérperas e como estas identificam as atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto.

Hipótese 3 – A forma como as puérperas referem as atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto sofrem influência da qualidade da informação transmitida pelos mesmos.

Após a apresentação das hipóteses foi possível construir esta representação do nosso desenho de investigação (Figura 2).

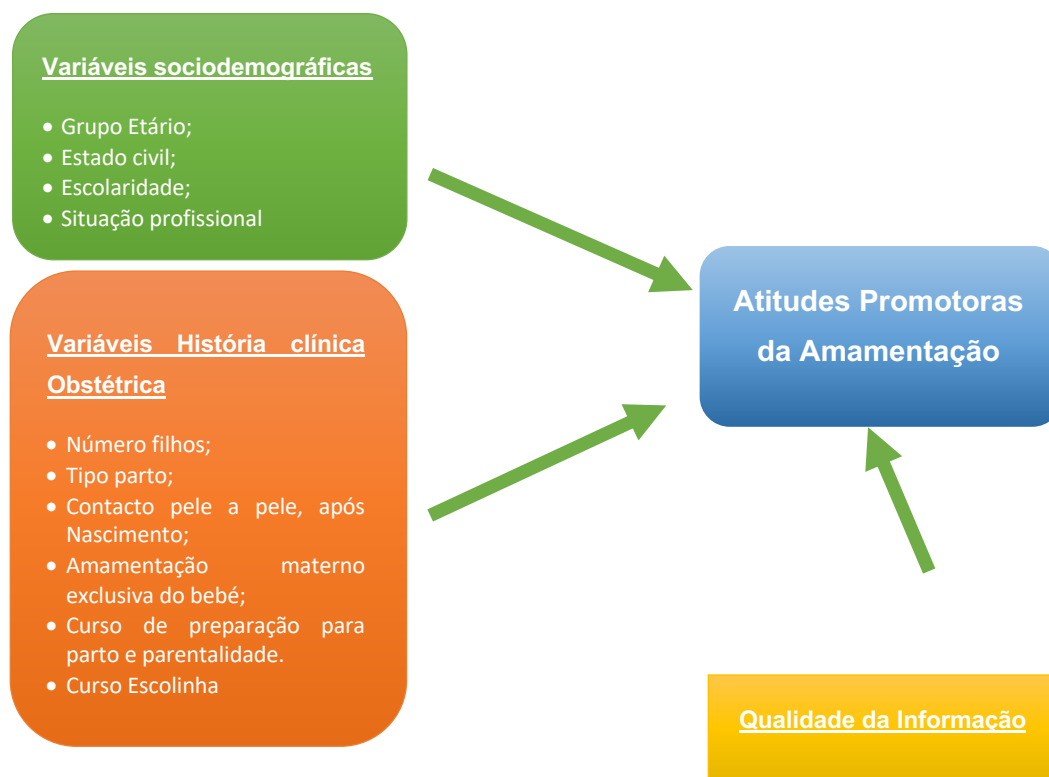


Figura 2- Desenho de Investigação

3.2.1. Participantes

A amostragem efetuada é do tipo não probabilística, intencional por conveniência. Os dados foram colhidos no serviço de Obstetrícia de um hospital Amigo dos Bebés, da região Autónoma dos Açores, no período compreendido entre 27 de abril e 31 de dezembro de 2023.

Definiram-se como critérios de inclusão puérperas internadas no serviço de Obstetrícia do respetivo hospital, com intenção de amamentar, compreender a língua portuguesa, saber ler e escrever e aceitar participar no estudo. Tendo como critério de exclusão puérperas com idade inferior a 18 anos de idade e puérperas sem intenção em

amamentar. Obteve-se um total de 120 questionários preenchidos, no entanto, 1 foi excluído por não estar totalmente preenchido. Assim, a amostra final ficou constituída por 119 puérperas.

3.2.2. Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados em investigação, são equipamentos concebidos para a obtenção de informação pertinente e necessária. Assim, a seleção do instrumento de colheita de dados deve estar diretamente relacionada com o problema em estudo, de maneira a permitir a avaliação das variáveis em causa (Lakatos & Marconi, 2001).

Foi elaborado um questionário para o efeito da presente investigação, que permitiu recolher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação. O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo foi um questionário constituído por quatro partes (Apêndice 3) e foi aplicado no dia da alta da puérpera.

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

Os dados biográficos visam a caracterização das puérperas em termos de idade, estado civil, escolaridade e situação profissional.

Parte II – Caracterização da História Clínica e Obstétrica

Os dados que foram avaliados visaram a caracterização da história obstétrica da puérpera, quanto ao número de filhos, experiência anterior com amamentação materna exclusiva, tipo de parto, se realizou pele a pele com o seu filho imediatamente após o nascimento e sem interromper até pelo menos duas horas, alimentação do bebé, frequentou curso de preparação para parto e parentalidade, e se participou nas Sessões da “Escolinha” do Hospital da Horta, EPER sobre Amamentação.

Parte III – Escala de Qualidade da Informação (Coutinho, Nelas & Chaves, 2022)

Segundo os autores a presente escala pode ser utilizada como instrumento de pesquisa para avaliar a qualidade de informação transmitida durante a gravidez, parto e pós-parto, na medida em que esta escala unifatorial apresenta muito bons resultados em termos de validade e de confiabilidade, representando adequadamente os constructos em questão. Emerge do estudo de validação da mesma que a informação transmitida pelo enfermeiro em contexto de maternidade deve ser clara, compreensível, completa, apropriada, agradável, correta e útil; e que o enfermeiro deve ter em atenção à sua comunicação com as clientes alvo dos seus cuidados nomeadamente à forma como comunica, o que comunica, e em que contexto o faz, motivo pelo qual se recomenda que na sua comunicação se abstenha de transmitir informação confusa, complicada, incompleta, inapropriada, desagradável, incorreta e inútil.

A escala constituída por sete itens que pretende classificar se a informação, onde em cada afirmação, a magnitude de resposta situa-se num intervalo de 10 pontos (1 a 10), sendo que, quanto menor a cotação maior a qualidade de informação.

Exemplo: Como considera a informação sobre amamentação que lhe foi transmitida durante o internamento? (assinale com uma cruz, mais próximo de um ou de outro termo consoante a sua opinião).

Ex: suficiente ___ x _____insuficiente (Anexo I).

Parte IV – Escala de Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação (AEPA) (escala cedida e autorizado o seu uso pela Professora Doutora Emília Coutinho)

O apoio ao aleitamento materno constitui uma importante prática do enfermeiro e favorece a confiança da puérpera quanto às suas ações e orientação em prol do aleitamento. Nesse sentido, quando o enfermeiro desfaz as dúvidas e dificuldades, quando observa a pega, num ambiente tranquilo e confortável, quando verbaliza a importância das vantagens de amamentar, ele adquire a sua confiança e contribui para a autoestima relativamente à amamentação. As orientações e informações fornecida à mulher são fundamentais para que se sinta autoconfiante e segura na decisão em amamentar e superar as dificuldades que porventura puderem surgir. A falta de experiência com a amamentação, traumas mamilares, ansiedade, são apenas alguns dentre os fatores biológicos e culturais evidenciados em diversos estudos que podem levar à desistência do aleitamento materno por parte da mãe (Carneiro et al., 2014).

A inconsistência do aconselhamento na amamentação gera frustração e confusão nas mulheres que estão a experimentar desafios em iniciar ou estabilizar a amamentação.

A Escala é constituída por 22 itens, organizado em escala ordinal tipo Likert onde as possibilidades de resposta oscilam num contínuo de 0 a 5 sendo que a cotação zero (0) corresponde a não se aplica, um (1) nunca, dois (2) raramente; três (3) às vezes; quatro (4) frequentemente; cinco (5) sempre. O score pode variar de um mínimo de 0 pontos a um máximo de 110 pontos, sendo que quanto mais alta for a pontuação melhor é a atitude do enfermeiro.

Por outro lado, a mesma escala, nos seus 22 itens, avalia três fatores distintos: o fator 1 denomina-se de estabelecimento da amamentação (constituído pelos itens 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10); o fator 2 é designado de decisão de amamentar (composto pelos itens 2, 11, 12, 14, 19, 20, 21) e o fator 3 que recebe a denominação de continuidade da amamentação (inclui os itens os itens 3, 13, 15, 16, 17, 18). O score pode variar de um mínimo de 0 pontos a um máximo de 110 pontos, sendo que quanto mais alta for a pontuação melhor é a atitude do enfermeiro. Desta forma, as atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação foram classificadas como pouco adequadas, adequadas e muito adequadas, em função do score obtido (Vicente, 2018).

3.2.3. Procedimentos ético-legais

Foram cumpridos os procedimentos ético-legais necessários à realização do estudo, o estudo obteve parecer ético favorável pela Comissão de Ética do Hospital em questão onde foram aplicados os questionários (Anexo II). Contudo, foi essencial manter presente a informação de que qualquer pessoa tem o poder de decisão face à sua participação. Desta forma, o consentimento informado e esclarecido do procedimento do estudo bem como os objetivos do mesmo foi devidamente assinado por cada participante, cumprindo, assim, os princípios éticos em todas as investigações, assegurando o anonimato dos participantes (Apêndice V).

3.2.4. Procedimentos estatísticos

Após a colheita de dados, foi efetuada uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos

ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado a sua codificação e tabulação de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinou-se frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como o coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo. Na análise estatística utilizou-se os seguintes valores de significância:

*$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa*

*$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa*

*$p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa*

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Para a caracterização, descrição e análise inferencial dos dados utilizou-se o programa Statistical Package Social Science 21 para o Windows e Word Microsoft.

4. Resultados

Neste capítulo, inerente à apresentação de resultados, procurou-se caracterizar não apenas os *scores* obtidos, pelos sujeitos da nossa amostra, para a variável dependente e independentes em estudo, mas também analisar como estas variáveis se associam entre si, tendo como referência os objetivos que orientaram a presente investigação. A apresentação dos resultados é feita através de tabelas e gráficos, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

4.1. Análise descritiva

A análise da estatística descritiva consiste na delineação das características da amostra em estudo, da qual provêm os dados colhidos. Permite ainda descrever os valores obtidos através da medida das variáveis (Fortin, 2009).

A apresentação dos resultados surge esquematizada em tabelas, acompanhados pelas análises correspondentes.

Caraterização Sociodemográfica

Obtivemos um total de 119 puérperas, com idade media de 30 anos ($dp=5,8$), com os valores da idade a oscilarem entre os 19 e os 48 anos. A análise do quadro 1, permite identificar que a maioria das puérperas é casada ou vive em união de facto (72.3%), são ativas profissionalmente (82.4%) e quanto a escolaridade 31.2% possui ensino profissional, 22.7% licenciatura ou o ensino secundário (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização das variáveis socioeconómicas das puérperas

Variáveis	Total	
	N (119)	% (100,0)
Grupo etário		
Dos 19 aos 30 anos	60	50.4
Dos 31 aos 48 anos	59	49.9

Estado Civil		
Solteira/ Divorciada/ Viúva	33	27.7
Casada/ União de facto	86	72.3
Escolaridade		
3º ciclo	14	11.7
Secundário	27	22.7
Ensino Profissional	37	31.2
Licenciatura	27	22.7
Mestrado\Doutoramento	14	11.7
Situação Profissional		
Ativos	98	82.4
Não Ativos	21	17.6

Caraterização Obstétrica

Quanto ao número de filhos que as puérperas referem ter contado com o atual, verificamos 53.8% este é o primeiro filho, as restantes já tiveram outros filhos (46.2%), sendo que uma mãe já tem 4 filhos e outra, 5 filhos, pelo que decidimos agrupar os dados relativos ao número de filhos em dois grupos: primeiro filho e segundo grupo denominado de segundo filho ou mais.

Das puérperas que já tiveram outros filhos (55) a maioria 77.8% amamentou exclusivamente os seus outros filhos com leite materno, e 22.2% refere que não conseguiu fazer.

Relativamente ao tipo de parto, observamos que 58.8% teve parto eutócico, 29.4% um parto distócico através de cesariana e 11.8% um parto com ajuda de ventosas ou fórceps. Quando comparamos esta variável com o número de filhos, verificamos que as puérperas que têm dois ou mais filhos têm maior representatividade no tipo parto eutócico face às que têm agora primeiro filho (70.9% vs 48.4%), assim como as mães pela primeira vez têm maior representação no parto por cesariana (32.8% vs 25.5), sendo as diferenças significativas (*Teste Qui-Quadrado: $X=8.827$; $p=0.012^*$*).

Quanto à variável “*Realizou contacto pele a pele imediatamente após nascimento do filho e sem interromper até pelo menos 2 horas*”, 93.3% das puérperas respondeu que sim. Das oito puérperas que responderam que não os motivos foram em metade delas foi pelo facto de ser “*cesariana*”, os outros motivos apresentados foram, “*foram vestir bebé antes das 2 horas*”, “*foi internada na pediatria para observação logo após parto*”, “*bebé estava sujo e foram lavá-lo e vestiram-no logo*” e “*não houve iniciativa por parte da equipa do parto*”.

Observamos pelos valores do quadro dois que 85% das puérperas ainda se mantém a amamentar de forma exclusiva o seu bebé e 15% refere que não amamenta

de forma exclusiva com leite materno. Ao comparar os dois grupos em estudo, constatamos que as puérperas que têm agora o primeiro filho têm menor representação na amamentação exclusiva face às outras (76.6% vs 94.5%), sendo estas diferenças encontradas entre os grupos significativas ($X=7.451$; $p=0.006^*$), ou seja, existe relação entre o número de filhos e a amamentação em exclusivo.

Quando questionadas as puérperas do porque de não ser em exclusivo a amamentação materna os motivos que apresentam são: “a bebé não pega no peito”, “o bebé adormece a mamar”, “o bebé não aumentava de peso”, “o bebé não ficava satisfeito”, “dificuldade na pega do mamilo” “mamilos gretados e insegurança que a mama não seja suficiente para necessidade do bebé” e “por indicação pediatra”.

Tabela 2- Relação entre números de filhos em variáveis obstétricas

Variáveis	Primeiro Filho		Segundo filho ou mais		Total	
	N (64)	% (53.8)	n (55)	% (46.2)	N (119)	% (100,0)
Tipo parto						
Eutócico	31	48.4	39	70.9	70	58.8
Distócico (forceps\ventosas)	12	18.8	2	3.6	14	11.8
Distócico (cesariana)	21	32.8	14	25.5	35	29.4
<i>Teste Qui-Quadrado: $X=8.827$; $p=0.012^*$</i>						
Realizou contacto pele a pele imediatamente após nascimento do filho e sem interromper até pelo menos 2 horas						
Sim	58	90.6	53	96.4	111	93.3
Não	6	9.4	2	3.6	8	6.7
<i>Teste Qui-Quadrado: $X=1.553$; $p=0.213$</i>						
Até ao momento encontra-se a amamentar em exclusivo						
Sim	49	76.6	52	94.5	101	85.0
Não	15	23.4	3	5.5	18	15.0
<i>Teste Qui-Quadrado: $X=7.451$; $p=0.006^*$</i>						

Ainda na caracterização das variáveis obstétricas podemos constatar que apenas 22.5% das puérperas participaram Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade, sendo a participação nas Sessões da “Escolinha” do Hospital da Horta, EPER sobre Amamentação ainda mais baixa onde só 7.5% responderam afirmativamente. Os resultados entre os dois grupos que anteriormente agrupamos são semelhantes não existindo diferenças significativas entre eles nestas duas variáveis.

Pele a pele vs. amamentar exclusivo

O estudo entre a variável “contacto pele a pele imediatamente após nascimento do filho e sem interromper até pelo menos 2 horas” e a amamentação em exclusivo evidencia que não existe qualquer relação significativa entre ambos (Teste Qui-Quadrado: $X=1.528$; $p=0.216$).

Tipo de parto vs. amamentar exclusivo

Verificamos que as puérperas com parto eutócico estão mais representadas no grupo que faz amamentação exclusiva (62.4%), por sua vez no grupo das puérperas que foi submetida a parto distócico tem maior representatividade no grupo que não faz amamentar exclusivo (61.1%). O valor do teste Qui-Quadrado evidencia, contudo, que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($X=3.479$; $p=0.062$).

Número de filhos vs. amamentação exclusiva

O estudo entre as variáveis presentes no quadro três evidencia que as puérperas que têm agora o primeiro filho têm maior representatividade na amamentação não exclusiva materna face as que já tiveram outro filho (83.3% vs 16.7%), ou seja, no momento de ter o primeiro filho 15 puérperas não consegue fornecer amamentação em exclusivo, por sua vez no grupo das puérperas em que já tiveram outros filhos apenas 3 não fornecem amamentação em exclusivo. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($X=7.451$; $p=0.006^{**}$), ou seja, existe relação entre o número de filhos e a amamentação em exclusivo.

Tabela 3- Relação entre amamentar em exclusivo versus o contacto pele a pele, o tipo de parto, número de filhos e PPPP

Variáveis	Sim		Não		Total	
	N (101)	% (84.9)	n (18)	% (15.1)	N (119)	% (100,0)
Realizou contacto pele a pele imediatamente após nascimento do filho e sem interromper até pelo menos 2 horas						
Sim	93	92.1	18	100.0	111	93.3
Não	8	7.9	0	0.0	8	6.7
<i>Teste Qui-Quadrado: $X=1.528$; $p=0.216$</i>						
Tipo de parto						
Eutócico	63	62.4	7	38.9	70	58.8
Distócico	38	37.6	11	61.1	49	41.2
<i>Teste Qui-Quadrado: $X=3.479$; $p=0.062$</i>						
Número de Filhos						
Primeiro Filho	49	48.5	15	83.3	64	53.8
Segundo filho ou mais	52	51.5	3	16.7	55	46.2
<i>Teste Qui-Quadrado: $X=7.451$; $p=0.006^{**}$</i>						
Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade						
Sim	23	22.8	3	16.7	26	21.8
Não	78	77.2	15	83.3	93	78.2
<i>Teste Qui-Quadrado: $X=0.334$; $p=0.564$</i>						

Caracterização da Escala de Qualidade da Informação (Coutinho, Nelas & Chaves, 2022)

Como já foi referido anteriormente, a escala é constituída por sete itens que pretende classificar se a informação, onde em cada afirmação, a magnitude de resposta situa-se num intervalo de 10 pontos (1 a 10), sendo que, quanto menor a cotação maior a qualidade de informação.

O estudo comparativo entre a presente investigação com a investigação dos autores da escala (Coutinho, Nelas & Chaves, 2022), permite afirmar que os valores obtidos no nosso estudo nos sete itens têm valores médios mais baixos face à investigação dos autores que aferiram a escala. Pelo que concluímos que as puérperas do estudo consideram terem obtido uma boa qualidade na informação que os enfermeiros transmitem.

Quanto aos itens avaliados, o valor medio mais baixo foi no item informação Útil\Inútil (M=1.66; dp=1.376), seguido da informação Correta\Incorreta (M=2.02; dp=1.148), e da informação Agradável\Desagradável (M=2.11; dp=1.531), em sentido inverso as puérperas manifestam menor qualidade da informação nos itens Completa\Incompleta (M=2.71; dp=1.918) e Compreensível\Complicada (M=2.20; dp=1.573). Contudo nos sete itens que quantificam a informação os valores médios dos itens permitem afirmar que a informação que foi passada às puérperas foi esclarecedora, compreensível, completa, apropriada, agradável, correta e útil, uma vez que os valores médios são muito bons (abaixo de 3, numa escala de 1 a 10).

Tabela 4- Estatísticas relativas à Qualidade da Informação

	Atual Investigação					Coutinho, Nelas & Chaves, 2022	
	n	Min	Max	M	Dp	M	Dp
<i>Esclarecedora\Confusa</i>	119	1	8	2.15	1.442	2.68	1.564
<i>Compreensível\Complicada</i>	119	1	8	2.20	1.573	2.70	1.614
<i>Completa\Incompleta</i>	119	1	8	2.71	1.918	3.00	1.769
<i>Apropriada\Inapropriada</i>	119	1	8	2.13	1.421	2.70	1.612
<i>Agradável\Desagradável</i>	119	1	8	2.11	1.531	2.69	1.627
<i>Correta\Incorreta</i>	119	1	8	2.02	1.548	2.64	1.591
<i>Útil\Inútil</i>	119	1	8	1.66	1.376	2.43	1.638

Procuramos perceber se existe relação entre as puérperas que *participam no Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP)* e a qualidade da informação (Tabela 5), verificamos que as diferenças encontradas não foram significativas entre as puérperas que participaram no PPPP e as que não frequentaram. Contudo pelos valores médios apresentados podemos concluir que as puérperas que participaram no PPPP caracterizam valores médios mais baixos nos sete itens que quantificam a qualidade da informação, logo podemos afirmar que as puérperas que participaram no PPPP consideram que a qualidade da informação partilhada pelos enfermeiros foi mais esclarecedora, compreensível, completa, apropriada, agradável, correta e útil, face às puérperas que não participaram no PPPP.

Tabela 5- Relação entre a Escala da Qualidade da Informação e a participação no PPPP

Qualidade Informação	Programa de PPPP	N	Ordenações Médias	Teste U Mann Whitney
<i>Esclarecedora \ Confusa</i>	Sim	26	57.10	U=1133,0; p=0,607
	Não	93	60.81	
<i>Compreensível \ Complicada</i>	Sim	26	54.75	U=1072.5; p=0,351
	Não	93	61.47	
<i>Completa \ Incompleta</i>	Sim	26	53.60	U=1042.5; p=0,267
	Não	93	61.79	
<i>Apropriada \ Inapropriada</i>	Sim	26	56.77	U=1125,5; p=0,565
	Não	93	60.90	
<i>Agradável \ Desagradável</i>	Sim	26	56.10	U=1107.5; p=0,484
	Não	93	61.09	
<i>Correta \ Incorreta</i>	Sim	26	59.58	U=1198,0; p=0,938
	Não	93	60.12	
<i>Útil \ Inútil</i>	Sim	26	60.06	U=1207.5; p=0,991
	Não	93	59.98	

Procuramos perceber se existe relação entre a qualidade da informação e a variável amamentação materna em exclusivo (Tabela 6), obtivemos diferenças significativas nos itens informação *Esclarecedora \ Confusa* (UMW=623.5; p=0.025*), no

item Apropriada\Inapropriada (UMW=639.5; $p=0.033^*$) e no item da informação Correta\Incorreta (UMW=600.5; $p=0.013^*$). Verificamos nestes itens e nos restantes que as puérperas que amamentam em exclusivo têm valor medio mais baixo, pelo que podemos afirmar que estas puérperas consideram que a qualidade da informação partilhada pelos enfermeiros foi mais esclarecedora, compreensível, completa, apropriada, agradável, correta e útil. Ou seja, a qualidade de informação que os enfermeiros transmitem têm efeito no facto de as puérperas amamentarem ou não de forma exclusiva.

Tabela 6- Relação entre amamentar em exclusivo e a Escala de Qualidade da Informação

Qualidade Informação	Amamentação exclusivo	N	Ordenações Médias	Teste U Mann Whitney
<i>Esclarecedora \ Confusa</i>	Sim	101	57,17	U=623,5; p=0,025*
	Não	18	75.86	
<i>Compreensível \ Complicada</i>	Sim	101	58.16	U=723.0; p=0,143
	Não	18	70.33	
<i>Completa \ Incompleta</i>	Sim	101	57.71	U=677.5; p=0,075
	Não	18	72.86	
<i>Apropriada \ Inapropriada</i>	Sim	101	57.33	U=639,5; p=0,033*
	Não	18	74.97	
<i>Agradável \ Desagradável</i>	Sim	101	58.43	U=750.0; p=0,206
	Não	18	68.83	
<i>Correta \ Incorreta</i>	Sim	101	56.95	U=600.5; p=0,013*
	Não	18	77.14	
<i>Útil \ Inútil</i>	Sim	101	59.61	U=870.0; p=0,723
	Não	18	62.17	

Escala de Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação (AEPA)

Foi utilizada a Escala das Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, que é constituída por três fatores. No fator Estabelecimento da amamentação, os itens que as puérperas manifestam uma melhor atitude do enfermeiro foram itens 4. Os enfermeiros mostraram-se disponíveis para me ajudar na iniciação da amamentação (Média =4.73), item 10. Os enfermeiros responderam às minhas dúvidas sobre amamentação (Média =4.73) e o item 1 Os enfermeiros estabeleceram uma relação de confiança comigo (Média =4.63), de realçar que no item 9 Os enfermeiros elogiaram os

meus esforços em amamentar a media é de 3.38 ou seja o reforço positivo por parte dos enfermeiros só acontece às vezes, sendo este o item com menor valor neste fator, (Tabela 7).

Tabela 7 - Caracterização das medidas estatísticas relativas aos itens do fator Estabelecimento da Amamentação

Estabelecimento da Amamentação	Média	dp
1. Os enfermeiros estabeleceram uma relação de confiança comigo	4.63	0.593
4. Os enfermeiros mostraram-se disponíveis para me ajudar na iniciação da amamentação	4.73	0.777
5. Os enfermeiros ajudaram-me a ultrapassar algumas dificuldades.	4.65	0.837
6. Os enfermeiros mostraram-se disponíveis para me apoiar na manutenção da amamentação.	4.53	1.037
7. Os enfermeiros mostraram compreensão face às dificuldades que eu manifestei.	4.53	1.130
8. As informações que os enfermeiros me forneceram ajudaram-me na amamentação.	4.60	1.008
9. Os enfermeiros elogiaram os meus esforços em amamentar.	3.38	1.583
10. Os enfermeiros responderam às minhas dúvidas sobre amamentação.	4.73	0.867

Já no fator *Decisão de amamentar* os itens que tiveram valor medio mais elevado para as puérperas item 19. *Os enfermeiros respeitam a minha vontade e a minha decisão sobre a amamentação* (Média=4.69) e item 21: *Os enfermeiros respeitaram o meu tempo para amamentar e o do meu bebé para mamar* (Média=4.69) seguindo-se o item 20: *Os enfermeiros aproximaram-se para me ajudar a amamentar* (Média=4.44). por sua vez o item 2 *A relação que os enfermeiros estabeleceram comigo favoreceu a minha decisão em amamentar*, foi o que menor valor médio tem neste fator com 3.08 (Tabela 8).

Tabela 8- Caracterização das medidas estatísticas relativas aos itens Decisão de Amamentar

Decisão de amamentar	Média	dp
1. A relação que os enfermeiros estabeleceram comigo favoreceu a minha decisão em amamentar	3.08	2.158
11. Os enfermeiros encorajaram-me a amamentar.	3.78	1.840
12. Foi-me fornecida informação sobre a técnica para amamentar pelos enfermeiros.	4.23	1.312
14. As atitudes do enfermeiro facilitaram o início/manutenção da amamentação	4.19	1.349

19. Os enfermeiros respeitam a minha vontade e a minha decisão sobre a amamentação	4.69	0.961
20. Os enfermeiros aproximaram-se para me ajudar a amamentar	4.44	1.129
21. Os enfermeiros respeitaram o meu tempo para amamentar e o do meu bebé para mamar	4.65	1.066

Quanto ao fator Continuidade da amamentação, obtivemos resposta com médias elevadas nos itens 15 *Os enfermeiros estiveram presentes quando precisei de ajuda para amamentar* (Média=4.45) e no item 16 *Os enfermeiros ouviram-me quando precisei sem me julgar* (Média=4.37), já o item 3. *O meu enfermeiro de família visitou-me em casa após a alta da maternidade para ver se o bebé mamava bem* teve pouca aplicabilidade uma vez que a maioria das puérperas refere que não se aplica este item (Tabela 9).

Tabela 9- Caracterização das medidas relativas aos itens do fator Continuidade da Amamentação

Continuidade da Amamentação	Média	dp
1. O meu enfermeiro de família visitou-me em casa após a alta da maternidade para ver se o bebé mamava bem	0.31	0.877
13. Os enfermeiros elogiaram as minhas habilidades maternas	2.88	1.737
15. Os enfermeiros estiveram presentes quando precisei de ajuda para amamentar	4.45	1.222
16. Os enfermeiros ouviram-me quando precisei sem me julgar	4.37	1.315
17. Os enfermeiros sabem a ajuda que tenho ou tive da minha família para poder amamentar	1.54	1.918
18. Os enfermeiros valorizam-me enquanto pessoa única e diferente	3.53	1.892

O estudo da nota global das Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação revelou uma oscilação dos valores moderada em torno da média (CV=16.9%), com um valor médio de 86.41 (dp=14.561), com uma curva de distribuição assimétrica e platicurtica, (Tabela 10).

Tabela 10- Estatísticas relativas às Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação

	N	MIN	MAX	M	DP	SK/ERRO	K/ERRO	CV (%)
AEPA (NOTA GLOBAL)	119	34	109	86.41	14.561	-5.796	4.765	16.9

A **Escala de Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação** foi operacionalizada três grupos: atitudes pouco adequadas (Score <45), adequadas (Score 45 a 66) e muito adequadas (score ≥ 67). Constatamos que a maioria das puérperas manifesta que as atitudes foram muito adequadas (90.8%), 6.7% entende que as atitudes da equipa de enfermagem foram adequadas e para 2.5% as atitudes face à amamentação foram pouco adequadas.

4.2. Análise Inferencial

Após a análise descritiva dos resultados, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (Pestana e Gageiro, 2008). Sobre este assunto, Fortin (2009) refere que a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população. Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas das puérperas têm efeito sobre como estas avaliam as atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto.

Observamos pela tabela 11 que as puérperas com idade entre os 19 e os 30 anos são as que possuem valores médios que indicam as melhores atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação, quer na nota global (OM=63.45 vs OM=56.49) e nos fatores Estabelecimento da amamentação (OM=61.96 vs OM=58.10), Decisão de amamentar (OM=62.84 vs OM=57.11) e na Continuidade da amamentação (OM=65.38 vs OM=54.53). O teste UMW revela que o **grupo etário** não tem influência sobre as atitudes promotoras da amamentação na nota global (U=1563.0; p=.217) assim como nos fatores (p>0.05).

Tabela 11- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face ao grupo etário

	Grupo Etário	N	Ordenações Médias	Teste U Mann Whitney
<u>Estabelecimento da amamentação</u>	Dos 19 aos 30 anos	60	61,96	U=1652,5; p=0,528
	Dos 31 aos 48 anos	59	58,10	
<u>Decisão de amamentar</u>	Dos 19 aos 30 anos	60	62,84	U=1599,5; p=0,361
	Dos 31 aos 48 anos	59	57,11	
<u>Continuidade da amamentação</u>	Dos 19 aos 30 anos	60	65,38	U=1447,5; p=0,085
	Dos 31 aos 48 anos	59	54,53	
AEPA (nota global)	Dos 19 aos 30 anos	60	63,45	U=1563,0; p=0,217
	Dos 31 aos 48 anos	59	56,49	

O estudo da variável **estado civil** das puérperas, permitiu constatar que são as puérperas que estão casadas ou vivem em união de facto quem apresentam valores médios mais altos de avaliação no fator Estabelecimento da amamentação (OM=63.87 vs OM=49.92) revelando o teste UMW diferenças estatisticamente significativas (U=1086.5; p=.046*). Nos restantes dois fatores e nota global apesar do grupo das puérperas casadas ou viver em união de facto pontuar com valores mais altos face às atitudes promotoras as diferenças encontradas não são significativas (p>.05). Contudo podemos concluir que o estado civil exerce uma influência parcial na avaliação das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação (Tabela 12).

Tabela 12- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face ao estado civil

	Estado Civil	N	Ordenações Médias	Teste U Mann Whitney
<u>Estabelecimento da amamentação</u>	Solteira/ Divorciada/ Viúva	33	49.92	U=1086.5; p=0,046*
	Casada/ União de facto	86	63.87	
	Solteira/ Divorciada/ Viúva	33	55.17	U=1259,5;

<u>Decisão de amamentar</u>	Casada/ União de facto	86	61.85	p=0,340
<u>Continuidade da amamentação</u>	Solteira/ Divorciada/ Viúva	33	59.02	U=1386.5; p=0,846
	Casada/ União de facto	86	60.38	
AEPA (nota global)	Solteira/ Divorciada/ Viúva	33	54.79	U=1247.0; p=0,307
	Casada/ União de facto	86	62.00	

A Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à **situação profissional** estudada na tabela 13, indica que as variáveis são independentes entre si, uma vez que não se encontram relações significativas ($p > .05$).

Tabela 13- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à situação profissional

	Situação profissional	N	Ordenações Médias	Teste U Mann Whitney
<u>Estabelecimento da amamentação</u>	Não ativo	21	54.05	U=904.0; p=0,379
	Ativo	98	61.28	
<u>Decisão de amamentar</u>	Não ativo	21	60.93	U=1009.5; p=0,891
	Ativo	98	59.80	
<u>Continuidade da amamentação</u>	Não ativo	21	62.02	U=986.5; p=0,766
	Ativo	98	59.57	
AEPA (nota global)	Não ativo	21	59.81	U=1025.0; p=0,978
	Ativo	98	60.04	

Quanto à análise das atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto em função da **escolaridade** (Tabela 14), revelou que as puérperas com ensino secundário são quem maiores valores médios apresentam nos três fatores e na nota global das atitudes promotoras, em sentido oposto as puérperas que manifestam um score medio mais baixo de atitudes são quem possui o 3º ciclo nos três fatores e na nota global.

O teste Kruskal-Wallis indica que as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas (Nota global: $H=3.768$; $p=.438$), ou seja, não há influência da escolaridade na avaliação das atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto.

Tabela 14- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à escolaridade

	Escolaridade	N	Pesos Médios	Teste Kruskal- Wallis
<u>Estabelecimento da amamentação</u>	3º ciclo	14	58.54	H=2.031; p=0,730
	Secundário	27	67.56	
	Ensino Profissional	37	55.78	
	Licenciatura	27	58.77	
	Mestrado\ Doutorado	14	61.75	
<u>Decisão de amamentar</u>	3º ciclo	14	47.64	H=4,082 p=0,395
	Secundário	27	68.52	
	Ensino Profissional	37	61.14	
	Licenciatura	27	55.35	
	Mestrado\ Doutorado	14	61.89	
<u>Continuidade da amamentação</u>	3º ciclo	14	50.14	H=3,964; p=0,411
	Secundário	27	68.41	
	Ensino Profissional	37	63.14	
	Licenciatura	27	54.48	
	Mestrado\ Doutorado	14	56.00	
<u>Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação (nota global)</u>	3º ciclo	14	51.18	H=3.768; p=0,438
	Secundário	27	69.56	
	Ensino Profissional	37	60.32	
	Licenciatura	27	54.19	
	Mestrado\ Doutorado	14	60.75	

Em síntese, concluímos que das variáveis sociodemográficas em estudo apenas o estado civil tem influência em como são avaliadas pelas puérperas as atitudes promotoras da amamentação dos enfermeiros no fator do estabelecimento da amamentação.

Hipótese 2 – Existe relação entre variáveis relativas à história clínica obstétrica das puérperas e como estas identificam as atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto.

O estudo da variável número de filhos (em grupo) face à variável Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, revelou que as puérperas que tem agora o primeiro filhos apresentam valores médios mais elevados de avaliação nos fatores da Decisão da amamentar (OM=61.59 vs OM=58.15), e na Continuidade de amamentar (OM=61.54 vs OM=58.21) face as puérperas que têm dois ou mais filhos. Na nota global e no fator estabelecimento da amamentação as atitudes avaliadas pelas puérperas são mais elevadas no grupo das que têm dois ou mais filhos. Contudo as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas ($p > .05$), não existindo relação entre as variáveis em análise na tabela 15.

Tabela 15- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à variável número de filhos

	Número de filhos (grupo)	N	Ordenações Médias	Teste U Mann Whitney
<u>Estabelecimento da amamentação</u>	Primeiro Filho	64	58.39	U=1657.5; p=0,580
	Segundo filho ou mais	55	61.87	
<u>Decisão de amamentar</u>	Primeiro Filho	64	61.59	U=1658.0; p=0,584
	Segundo filho ou mais	55	58.15	
<u>Continuidade da amamentação</u>	Primeiro Filho	64	61.54	U=1661.5; p=0,598
	Segundo filho ou mais	55	58.21	
AEPA (nota global)	Primeiro Filho	64	59.38	U=1720.5; p=0,833
	Segundo filho ou mais	55	60.72	

A relação com o tipo de parto (Tabela 16) indica que as puérperas em que o tipo de parto foi *Distócico (forceps/ventosas)*, tem valores médios mais baixo que indicam atitudes pouco adequadas por parte dos enfermeiros na promoção da amamentação nos fatores e na nota global.

O teste UMW indica que as diferenças encontradas quer na nota global e nos fatores que a compõem não são significativas ($p > 0.05$), ou seja, o tipo de parto não tem influência na percepção das atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto.

Tabela 16- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face ao tipo de parto

	Tipo de parto	N	Pesos Médios	Teste Kruskal- Wallis
<i>Estabelecimento da amamentação</i>	Eutócico	71	64,31	H=2,616; p=0,270
	Distócico (forceps\ventosas)	14	49,54	
	Distócico (cesariana)	35	57,16	
<i>Decisão de amamentar</i>	Eutócico	71	61,37	H=1,287 p=0,526
	Distócico (forceps\ventosas)	14	50,79	
	Distócico (cesariana)	35	62,61	
<i>Continuidade da amamentação</i>	Eutócico	71	58,90	H=2,164; p=0,339
	Distócico (forceps\ventosas)	14	48,73	
	Distócico (cesariana)	35	64,87	
<i>AEPA (nota global)</i>	Eutócico	71	60,56	H=1,168; p=0,558
	Distócico (forceps\ventosas)	14	49,85	
	Distócico (cesariana)	35	60,97	

O estudo da influência da variável realizou **contacto pele a pele imediatamente após nascimento do filho e sem interromper até pelo menos 2 horas**, com as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação através do teste UMW (Tabela 17) revela que as puérperas que tiveram contacto pele a pele são as que tem valor medio mais elevado o que indica atitudes dos enfermeiros mais adequadas face à amamentação, nos fatores estabelecimento, decisão e continuidade da amamentação assim como na nota global. Contudo as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas ($p > .05$) ou seja, não existe relação entre contacto pele a pele imediatamente após nascimento do filho e sem interromper até pelo menos 2 horas, e as atitudes promotoras.

Tabela 17- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à variável realizou contacto pele a pele imediatamente após o nascimento do filho e sem interromper até pelo menos 2 horas

	Contacto pele a pele	N	Ordenações Médias	Teste U Mann Whitney
<i>Estabelecimento da amamentação</i>	Sim	111	61.33	U=296.5; p=0,114
	Não	8	41.56	
	Sim	111	60.83	U=351.5;

<u>Decisão de amamentar</u>	Não	8	48.44	p=0,322
<u>Continuidade da amamentação</u>	Sim	111	58.51	U=279.0; p=0,787
	Não	8	40.63	
AEPA (nota global)	Sim	111	60.18	U=423.5; p=0,828
	Não	8	57.44	

Face a variável amamentar em exclusivo, podemos verificar que no fator Estabelecimento da amamentação, Decisão de amamentar, Continuidade da amamentação e na nota global das Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da amamentação, as puérperas que amamentam em exclusivo são que melhor valor medio apresenta face as que não amamentam de forma exclusiva nos três fatores e na nota global. O teste UMW indica que as diferenças encontradas entre os grupos são significativas no Estabelecimento da amamentação (U=600; p=0.021*), na Continuidade da amamentação (U=558; p=0.009**) e na nota global das Atitudes Promotoras da Amamentação (U=616.5; p=0.030*), (Tabela 18).

Concluindo-se que a variável amamentar em exclusivo tem influência na avaliação pelas puérperas das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação.

Tabela 18- Relação entre as Atitudes Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à variável amamentar em exclusivo

	Amamentar em exclusivo	N	Ordenações Médias	Teste U Mann Whitney
<u>Estabelecimento da amamentação</u>	Sim	101	63.06	U=600.0; p=0,021*
	Não	18	42.83	
<u>Decisão de amamentar</u>	Sim	101	60.89	U=819.0; p=0,501
	Não	18	55.00	
<u>Continuidade da amamentação</u>	Sim	101	63.48	U=558.0; p=0,009**
	Não	18	40.50	
AEPA (nota global)	Sim	101	62.90	U=616.5; p=0,030*
	Não	18	43.75	

A análise entre a relação da variável Participou em Programa de Preparação para Parto e Parentalidade (PPPP) e as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação (Tabela 19), indica que as puérperas que frequentaram um PPPP

apresentam um score medio mais elevado na nota global face as que não frequentaram nenhum PPPP (OM=68.10 vs OM=57.74), contudo o teste UMW revelou que as diferenças encontradas são estatisticamente não significativas ($p=.176$).

Contudo no fator Decisão de amamentar observamos que as puérperas que frequentaram um PPPP avaliam em melhor as atitudes promotoras na decisão da amamentação face as que não tiveram em nenhum PPPP (OM=72.63 vs OM=56.47), sendo estas diferenças significativas (UMW=880.5, $p=.033^*$). Concluindo-se que a variável Participou em Programa de Preparação para Parto e Parentalidade tem efeito sobre a avaliação das Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação no fator decisão amamentar.

Tabela 19- Relação entre as Atitudes Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à variável participou no PPPP

	Programa de Preparação para Parto e Parentalidade	N	Ordenações Médias	Teste U Mann Whitney
<i>Estabelecimento da amamentação</i>	Sim	26	69.58	U=960.0; $p=0,106$
	Não	93	57.32	
<i>Decisão de amamentar</i>	Sim	26	72.63	U=880.5; $p=0,033^*$
	Não	93	56.47	
<i>Continuidade da amamentação</i>	Sim	26	59.44	U=1194.5; $p=0,925$
	Não	93	60.16	
<i>AEPA (nota global)</i>	Sim	26	68.10	U=998.5; $p=0,176$
	Não	93	57.74	

Pela análise dos valores expressos na tabela 20 não existe diferença entre as puérperas que frequentaram as sessões da “Escolinha” e as que não frequentaram face as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação ($p>0.05$).

Tabela 20- Relação entre as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação, fatores e nota global face à variável participou em sessões da "Escolinha"

	Participou em sessões da “Escolinha”	N	Ordenações Médias	Teste U Mann Whitney
<i>Estabelecimento da amamentação</i>	Sim	8	62.50	U=424.0; $p=0,830$
	Não	111	59.82	

<i>Decisão de amamentar</i>	Sim	8	63.19	U=418.5; p=0,785
	Não	111	59.77	
<i>Continuidade da amamentação</i>	Sim	8	49.25	U=358.0; p=0,360
	Não	111	60.77	
<i>AEPA (nota global)</i>	Sim	8	59.25	U=438.0; p=0,949
	Não	111	60.05	

Hipótese 3 – A forma como as puérperas referem as atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto sofrem influência da qualidade da informação transmitida pelos mesmos.

Para estudarmos se a presente hipótese recorremos à Correlação de Pearson (Tabela 21), verificamos que as correlações entre as atitudes e os sete itens da qualidade da informação são inversas e significativas (exceto no item Útil\inútil), ou seja quanto melhor for a qualidade da informação as puérperas avaliam as atitudes promotoras da amamentação em mais adequadas.

Desta forma uma linguagem esclarecedora ($r=-.293$; $p=.001^{**}$), compreensível ($r=-.260$; $p=.004^{**}$), completa ($r=-.303$; $p=.001^{**}$), apropriada ($r=-.304$; $p=.001^{**}$), agradável ($r=-.219$; $p=.002^{**}$) e correta ($r=-.287$; $p=.002^{**}$) por parte dos enfermeiros na transmissão de informação influencia a avaliação pelas puérperas das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação no pós parto.

Tabela 21- Correlação de Pearson entre qualidade da Informação e as Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação

	n	r	r ² (%)	p
<i>Esclarecedora\Confusa</i>	119	-.293	8.5	.001^{**}
<i>Compreensível\Complicada</i>	119	-.260	6.7	.004^{**}
<i>Completa\Incompleta</i>	119	-.303	9.2	.001^{**}
<i>Apropriada\Inapropriada</i>	119	-.304	9.2	.001^{**}
<i>Agradável\Desagradável</i>	119	-.219	4.8	.017[*]
<i>Correta\Incorreta</i>	119	-.287	8.2	.002^{**}
<i>Útil\Inútil</i>	119	-.160	2.6	.082

5. Discussão

Numa amostra de 119 puérperas, com idade média de 30 anos ($dp=5,8$), sendo a maioria casada ou a viver em união de facto (72.3%), ativa profissionalmente (82.4%), com prevalência das que possuem o ensino profissional (31.2%), em 53.8% este é o primeiro filho, com as restantes a relatarem terem já tido outros filhos (46.2%). Relativamente ao tipo de parto, observamos que 58.8% teve parto eutócico, 29.4% parto distócico através de cesariana e 11.8% parto com ajuda de ventosas ou fórceps. Quando comparamos esta variável com o número de filhos, verificamos que as puérperas que têm dois ou mais filhos têm maior representatividade no parto eutócico face às que têm agora primeiro filho (70.9% vs 48.4%), assim como as primíparas têm maior representação no parto por cesariana (32.8% vs 25.5%), sendo as diferenças significativas (*Teste Qui-Quadrado: $X=8.827$; $p=0.012^*$*).

No momento da alta, 85% das puérperas referem aleitamento materno em exclusivo (AME) e 15% referiu que não amamentava de forma exclusiva com leite materno. De acordo com o Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde, no seu Despacho n.º 13056/2023, de 20 de dezembro de 2023 (p. 272), e “em Portugal não há total conhecimento sobre a prevalência e duração do aleitamento materno, todavia, a informação disponível estimou em 21,8% o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, duração recomendada pela OMS”. Um estudo realizado nos Reino Unido revelou que a média de início de amamentação nos hospitais amigos dos bebés era de 83.8%, em 2001, quando a média nacional era de 69.5% (Anstey, 2013). Nos Estados Unidos da América verificou-se que 81,1% da população inicia aleitamento materno, porém só 22,3% são amamentados exclusivamente até aos seis meses (Meek & Hatcher, 2017). Em Portugal, A última publicação do Registo do Aleitamento Humano da DGS (RAM), de 2014, refere aleitamento materno exclusivo de 76,7% dos RN à alta da maternidade, uma posterior quebra para 67,5% às 5-6 semanas de vida e de apenas 22,1% aos 5 meses (Orfão et al., 2014). Essa mesma publicação mostra que entre as Instituições amigas dos bebés nesse mesmo período apresentavam valores de 78,8% de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar. De acordo com o Relatório de Resultados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade física, de 2017, 46% das crianças foram amamentadas

exclusivamente com leite materno durante um período inferior a quatro meses e 21,6 durante seis ou mais meses (Lopes et al., 2017). Ainda em Portugal, num estudo em 2019, num determinado hospital, à alta da maternidade, o AME ocorreu em 80,5% dos casos (Silva, Flor-de-Lima & Soares, 2021). Um estudo realizado em dois Hospitais da Região Autónoma dos Açores, mostra que 63,3% das puérperas amamentam exclusivamente durante o internamento de puerpério (Santos, Freitas & Tavares, 2021). Nos últimos anos em Portugal não existem estatísticas do país e sim apenas de instituições isoladas.

Das puérperas inquiridas, 93.3% diz ter realizado contacto pele a pele imediatamente após nascimento do filho e sem interromper até pelo menos 2 horas. Das oito puérperas que responderam que não os motivos foram em metade delas pelo facto de ser “cesariana”, os outros motivos apresentados foram, “foram vestir bebé antes das 2 horas”, “foi internada na pediatria para observação logo após parto”, “bebé estava sujo e foram lavá-lo e vestiram-no logo” e “não houve iniciativa por parte da equipa do parto”. Os resultados do estudo entre a variável **“contacto pele a pele imediatamente após nascimento do filho e sem interromper até pelo menos 2 horas”** e a amamentação em exclusivo evidencia que não existe qualquer relação significativa entre ambos ($p > 0,05$). No seu estudo, Safari et al. (2018) com uma amostra de 108 mulheres saudáveis e seus recém-nascidos (56 no grupo de intervenção com e pele a pele imediatamente após nascimento do filho e 52 no grupo sem pele a pele imediatamente após nascimento do filho) na maternidade Hawler de Erbil, Iraque, também não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos e a amamentação em exclusivo (48% do grupo experimental e 46% do grupo de controlo tiveram uma amamentação bem sucedida). Os recém-nascidos que receberam contacto pele a pele iniciaram a amamentação em $2,41 \pm 1,38$ minutos após o nascimento. No entanto, os recém-nascidos sem contacto pele a pele começaram a amamentar em $5,48 \pm 5,7$ minutos. Os recém-nascidos que têm um contacto prolongado pele a pele com a mãe têm mais probabilidades de serem amamentados com sucesso. Isto de acordo com um estudo recente da OMS (2020), que concluiu que 90 minutos de contacto pele a pele ininterrupto, em que o bebé é seco e deitado diretamente sobre o peito nu da mãe após o nascimento, maximiza as hipóteses de os bebés estarem fisicamente prontos para amamentar. No mesmo estudo, uma mulher das Filipinas relatou que o contacto pele a pele foi muito importante. Depois de uma cesariana stressante, o contacto pele a pele ajudou-a a si e ao seu bebé a relaxar e a acalmar. Quando estabeleceu contacto pele a pele com o seu recém-nascido, este parou imediatamente de chorar e iniciou imediatamente a amamentação. Existem evidências de que os recém-nascidos a termo, que são colocados pele a pele com as

mães imediatamente após o nascimento, fazem a transição da vida fetal para a vida de recém-nascido com maior estabilidade respiratória, de temperatura e de glicose e significativamente menos choro, o que indica uma diminuição do stresse. As mães com contacto pele a pele após o nascimento têm mais comportamentos maternos, mostram mais confiança nos cuidados com os seus bebés e amamentam durante mais tempo (OMS, 2020). Da revisão *scoping* efetuada e referida anteriormente, o estudo de Bramson et al. (2010) concluiu que o contacto pele a pele precoce prolongado tem um profundo efeito positivo de dose-resposta na amamentação exclusiva durante o internamento na maternidade. A reforçar, Nilsson et al. (2017), no seu estudo controlado randomizado, na alta precoce, constaram que a aplicação de um programa de apoio focado no aumento do contacto pele a pele, amamentação livre, bom posicionamento da díade mãe-bebé e ênfase no envolvimento do pai melhorou o sucesso da amamentação e diminuiu os problemas do recém-nascido, aliás, a prática que mais ressalta em quase todos os estudos é colocar o bebé em contato pele a pele com a mãe após o nascimento, de forma ininterrupta, favorecendo desta forma a primeira mamada precocemente (Bramson et al, 2010) (Tully et al, 2022) (Lok et al, 2020) (Nilsson et al, 2017). Quanto mais precoce e prolongado for o contato pele a pele entre mãe e bebé maior a probabilidade de a amamentação ser exclusiva no internamento (Bramson et al,2010) (Tully et al, 2022). Também esta prática foi estatisticamente significativa na duração do tempo de amamentação (Lok et al, 2020) (Nilsson et al,2017).

Das puérperas que tiveram o primeiro filho, 76,6% encontra-se na alta em AME e as que tiveram o segundo ou mais filhos têm 94,5% de AME. E um dado interessante e que pode ressaltar a importância da atuação de um Hospital Amigo dos Bebés, é que apenas 77,8% das puérperas que tiveram outros filhos diz ter feito AME durante o internamento do filho anterior. Ao comparar os dois grupos em estudo, as puérperas que têm, atualmente, o primeiro filho revelaram menor representação na amamentação exclusiva face às outras, com diferenças significativas ($p < 0,05$), sugerindo uma relação entre o número de filhos e a amamentação em exclusivo. No seu estudo, Roberts et al. (2023) procuraram compreender, em maior profundidade, as experiências e dificuldades de amamentação dos bebés de mulheres do Reino Unido, nos primeiros seis meses após o parto. O inquérito *online*, divulgado através das redes sociais e de fóruns de pais também *online*, preenchido por mães (N = 624, Idade = 29,44 anos) de bebés (Idade = 17,96 semanas) que Nunca amamentaram (n=158); Começaram, mas pararam de amamentar (n=278) e que receberam alimentação combinada (n=188). As respostas qualitativas das mães à pergunta: “Quais foram as principais razões pelas quais optou por alimentar o seu bebé com leite de fórmula?” foram maioritariamente idênticas às

registadas no presente estudo, ou seja, as participantes, quando questionadas acerca do porquê de não ser em exclusivo a amamentação materna, os motivos apresentados foram: “o bebê não pega no peito”, “o bebê adormece a mamar”, “o bebê não aumentava de peso”, “o bebê não ficava satisfeito”, “dificuldade na pega do mamilo” “mamilos gretados e insegurança que a mama não seja suficiente para necessidade do bebê” e “por indicação pediatra”. Paula et al. (2017), constatou que as dúvidas das puérperas relativas ao cuidado com o recém-nascido foram, durante o processo de amamentar (57,14%), cuidados com o coto umbilical, controlo do choro e cólicas do recém-nascido, entre outros. Uchoa et al. (2017), referem que entre os fatores relatados pelas mães para a interrupção precoce do aleitamento materno, estudos mencionam receio e dúvidas acerca da qualidade nutricional e da quantidade do leite materno produzido para saciar o bebê. A percepção de “leite fraco” é apresentada como um dos constructos mais frequentemente utilizados socialmente para o abandono do aleitamento materno. Esta percepção, sentida pela mãe dado o fraco aumento ponderal e frequentes solicitações do bebê para mamar, pode ser causada pela técnica inadequada, caracterizada por mamadas frequentes de curta duração, causando um esvaziamento incompleto da mama, o que leva a um consumo insuficiente de leite e gordura pelo bebê (Oliveira et al., 2016). Face a tais evidências referem que o aconselhamento dos profissionais de saúde é de fundamental importância, com imprescindibilidade de uma prestação de cuidados de Enfermagem centrados na capacitação da puérpera, fortalecendo de maneira favorável a amamentação precoce e, conseqüentemente, contribuindo para o prolongamento da amamentação exclusiva.

As puérperas com parto eutócico estão mais representadas no grupo que faz amamentação exclusiva (62.4%), enquanto no grupo das puérperas que foi submetida a parto distócico registou-se maior representatividade no grupo que não fez AME (61.1%) ($p > 0,05$), contudo não se observam diferenças estatisticamente significativas. Mugadza et al. (2016), que no seu artigo de revisão de literatura, apresentam um estudo em que o parto vaginal influencia positivamente o início precoce da amamentação na primeira hora de vida. Também Lanzaro et al. (2015), numa análise multivariada, verificou que a maior duração do aleitamento materno teve uma relação significativa com parto por via vaginal (HR 1,6; IC 95% 1,2-2,2; $p = 0,002$). Num estudo em Portugal, à alta da maternidade, o AME ocorreu em 80,5% dos casos, sendo destes, 55,5% nascidos por parto eutócico, 28,1% por ventosa e 16,4% por cesariana ($p = 0,019$) sendo, significativa essa diferença na comparação do tipo de parto, ocorrendo menos nos nascimentos por cesariana (Silva, Flor-de-Lima & Soares, 2021). Implementar uma estratégia de orientação antecipatória para a amamentação e o contato pele a pele, especialmente em cesarianas programadas,

pode melhorar significativamente estes números. Determinadas medidas podem passar por treinar a equipa médica e do bloco operatório para facilitar o contato pele a pele imediatamente após o nascimento, sempre que possível. A equipa pode ajudar a posicionar o bebé sobre o peito da mãe enquanto ela ainda está no bloco operatório. Recorrer ao uso de almofadas especiais para tentar segurar o bebé de forma segura e confortável para iniciar a amamentação o mais precoce possível e também reforçar como é importante a libertação de oxitocina pela amamentação para ajudar na contratilidade uterina, reduzindo o risco de hemorragia pós cesariana.

Constatou ainda que somente 22.5% das puérperas participaram num Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade, sendo a participação nas Sessões da “Escolinha” do Hospital da Horta, EPER sobre Amamentação ainda mais baixa onde só 7.5% responderam afirmativamente. Procurou-se perceber se existia **relação entre as puérperas que participam no Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP) e a avaliação da qualidade da informação**, tendo-se constatado a inexistência de diferenças significativas entre as puérperas que participaram no PPPP e as que não frequentaram ($p > 0,05$). Contudo pelos valores médios registados, pode dizer-se que as puérperas que participaram no PPPP apresentam valores médios mais baixos nos sete itens que quantificam a qualidade da informação, sugerindo que estas, consideram que a qualidade da informação partilhada pelos enfermeiros foi mais esclarecedora, compreensível, completa, apropriada, agradável, correta e útil, face às puérperas que não participaram no programa. Como referem Sousa et al. (2024, p. 1), “cada vez mais os pais revelam dúvidas, receios e falta de experiência”, demonstrando “a necessidade sentida pelas grávidas de frequentarem cursos de preparação para a parentalidade”, para terem acesso a mais informações acerca do processo gravídico, sobre “o parto, os cuidados ao recém-nascido e até o envolvimento do pai do bebé e da restante família”. Os mesmos autores salientam que os programas de educação pré-natal são recomendados para mulheres grávidas/casais de modo a ajudá-las durante a gravidez, o parto e o desenvolvimento da parentalidade (Sousa et al., 2024), o que requer que os enfermeiros tenham conhecimentos especializados para abordar a preparação para o parto, o acompanhamento dos cuidados com a mama e a orientação sobre o aleitamento materno, de forma esclarecedora, clara, completa, adequada, agradável, correta e útil. Na sua revisão de literatura Miranda, Zangão e Risso (2017) identificam como intervenções de enfermagem promotoras para o sucesso do aleitamento materno, o incentivo emocional e o suporte concreto na amamentação em ambiente hospitalar e domiciliário, revelando evidência de que quem recebe estes dois tipos de apoio tem maior satisfação, e se verificarem maiores taxas de sucesso de aleitamento exclusivo. Kehinde et al. (2023)

mencionam que muitas mulheres não têm conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno devido a uma educação pré-natal inadequada. Como tal, nos PPPP, é fundamental que os enfermeiros abordem todos os domínios preconizados pela OE (2012): trabalho de parto, analgesia de parto, aleitamento materno, puerpério, cuidados ao recém-nascido, colheita de células estaminais e sexualidade na gravidez e no puerpério. No caso concreto, abordem as vantagens da amamentação, a fisiologia da lactação, as técnicas de amamentação, extração e conservação do leite materno, prevenção e tratamento das dificuldades de amamentação, seguindo as recomendações da OMS/UNICEF.

Intentou-se também ***perceber se existe relação entre a avaliação da qualidade da informação e a variável amamentação materna em exclusivo***, tendo-se obtido diferenças significativas ($p < 0,05$) nos itens informação: *Esclarecedora/Confusa* ($p < 0,05$), *Apropriada/Inapropriada* e *Correta/Incorreta*, nos quais e nos restantes itens, foram as puérperas que amamentam em exclusivo a apresentar um valor medio mais baixo, sugerindo que foram estas as que consideram que a qualidade da informação partilhada pelos enfermeiros foi mais esclarecedora, compreensível, completa, apropriada, agradável, correta e útil. Por outras palavras, a qualidade de informação que os enfermeiros transmitem têm efeito no facto de as puérperas amamentarem ou não de forma exclusiva. Os resultados de um estudo realizado no Canada revelaram que a probabilidade de amamentar era duas vezes maior em mães que haviam falado com o profissional de saúde sobre a amamentação e cuja percepção fora positiva, quando comparadas com as que tiveram percepção negativa. Outro estudo realizado na Austrália indica a cessação da amamentação antes das 10 semanas está associada a uma “fraca” ajuda das enfermeiras (OR-2.09; 95% IC-1.31-3.36) (Raheem, 2014). No estudo da Região Autónoma dos Açores 45.1% considerou que a informação recebida por parte dos enfermeiros durante o internamento no puerpério foi muito boa, 37.6% boa e 6.8% suficiente. Para 1.6% das mães foi muito má e para 0.5%, má, ou seja, a opinião das mães relativamente à qualidade da informação que receberam por parte dos enfermeiros durante o internamento no puerpério relacionou-se de modo significativo com a incidência, nomeadamente, a decisão para amamentar e a amamentação na 1ª hora de vida (Santos, Freitas & Tavares, 2021). O suporte fornecido durante a noite por uma equipa de saúde recetiva e com uma comunicação compreensível foi positivamente associado ao aleitamento exclusivo durante o internamento (Tully et al., 2022). As dúvidas das puérperas incidem maioritariamente sobre o processo de amamentar e é essencial que os enfermeiros trabalhem com cooperação com a utente para a resolução de problemas e assim melhorar a satisfação com a vivência da maternidade (Paula et

al., 2017). Uma comunicação eficaz, baseada na confiança mútua, entre enfermeiro e puérpera é denominada comunicação terapêutica, pois a tranquilidade proporcionada pela aquisição de competências da puérpera, fornecidas pelos profissionais de saúde, contribui para um melhor desempenho do saber cuidar e conseqüente sucesso no processo de amamentar (Tully et al., 2022; Paula et al., 2017; Correia & Pereira, 2015). Estes resultados corroboram os anteriormente descritos, reforçando ainda mais o papel dos enfermeiros, particularmente dos EEESMO na educação pré-natal, durante a gravidez e no pós-parto sobre a amamentação materna em exclusivo. Todavia, no estudo de McCarter et al. (2023), dois meses após a alta, muitas mulheres sentiam que não tinham recebido informações suficientes sobre amamentação. Face aos seus resultados, os mesmos autores reforçam a necessidade da educação pós-parto como uma prioridade, todavia, salvaguardam que a sua eficácia ainda não está bem estudada. Poucos resultados centrados na saúde da mãe ou do bebê foram medidos para além da duração do aleitamento materno. Os cuidados de enfermagem e os conhecimentos dos enfermeiros não são facilmente quantificados ou mensurados, levando-os a enfatizar que é necessária mais investigação para informar as melhores práticas de educação pós-parto (McCarter et al., 2022). Ainda no estudo anterior de Correia e Pereira (2015), em relação à satisfação das puérperas com os cuidados especializados prestados pelos enfermeiros, no geral, as puérperas estavam satisfeitas. Todavia, foram confirmadas algumas dificuldades que as mulheres ainda têm acerca de alguns procedimentos dos cuidados a prestar ao recém-nascido e a si própria. A tranquilidade proporcionada pela aquisição de competências fornecidas pelos enfermeiros contribui para um melhor desempenho do saber cuidar.

Os resultados das **Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação**, avaliadas através de três fatores, revelam que, no fator *Estabelecimento da amamentação*, os itens nos quais as puérperas manifestam uma melhor atitude do enfermeiro foram itens 4. *Os enfermeiros mostraram-se disponíveis para me ajudar na iniciação da amamentação* (Média =4.73), item 10. *Os enfermeiros responderam às minhas dúvidas sobre amamentação* (Média =4.73) e o item 1 *Os enfermeiros estabeleceram uma relação de confiança comigo* (Média =4.63), sendo de realçar que no item 9 *Os enfermeiros elogiaram os meus esforços em amamentar* obteve-se uma média de 3.38, sugerindo que o reforço positivo por parte dos enfermeiros só ocorre às vezes. No fator *Decisão de amamentar* os itens que tiveram valor médio mais elevado foram: item 19. *Os enfermeiros respeitam a minha vontade e a minha decisão sobre a amamentação* (Média=4.69) e item 21: *Os enfermeiros respeitaram o meu tempo para amamentar e o do meu bebé para mamar* (Média=4.69), o item 20: *Os enfermeiros*

aproximaram-se para me ajudar a amamentar (Média=4.44). O item 2 *A relação que os enfermeiros estabeleceram comigo favoreceu a minha decisão em amamentar* foi o que menor valor médio tem neste fator, com 3.08. Quanto ao fator *Continuidade da amamentação*, as médias mais elevadas recaíram nos seguintes itens: item 15 *Os enfermeiros estiveram presentes quando precisei de ajuda para amamentar* (Média=4.45), item 16 *Os enfermeiros ouviram-me quando precisei sem me julgar* (Média=4.37), já o item 3. *O meu enfermeiro de família visitou-me em casa após a alta da maternidade para ver se o bebé mamava bem* teve pouca aplicabilidade, pois a maioria das puérperas referiu que este não se aplica. Em suma, o estudo da nota global das *Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação* evidenciou um valor medio de 86.41 (dp=14.561), tendo sido o score mais elevado, de acordo com a perceção da maioria das puérperas, o que corresponde a atitudes dos enfermeiros foram muito adequadas (90.8%), face à amamentação, 6.7% entende que as atitudes da equipa de enfermagem foram adequadas e para 2.5% as atitudes face à amamentação foram pouco adequadas. Os resultados do presente estudo diferem das evidências de um estudo anterior (Radzynski & Callister, 2015), cujo objetivo foi investigar como os enfermeiros percebiam o seu papel na amamentação materna e no apoio materno. Numa amostra de 53 enfermeiros que prestavam cuidados a mulheres que amamentavam com leite materno exclusivo, os temas emergentes incluíram (a) compreensão dos benefícios da amamentação: muitas vezes falta de conhecimento atual; (b) falta de consistência: lacunas entre o conhecimento dos benefícios e a prática clínica real; (c) não saber como ajudar: falta de avaliação e habilidades terapêuticas; e (d) compreensão das barreiras à amamentação: como os enfermeiros podem fazer a diferença. A análise de dados sugere inconsistências entre o apoio e os comportamentos percebidos pelos enfermeiros, falta de conhecimento e significativa falta de habilidade na avaliação e na gestão de puérperas que amamentavam (Radzynski & Callister, 2015). Importa também referir que há uma multiplicidade de variáveis com impacto na decisão de amamentar com leite materno exclusivo, no início da amamentação e na manutenção da amamentação por pelo menos 6 meses, incluindo o suporte social e o profissional. Kehinde et al. (2023) referem que receber suporte social e profissional prolonga significativamente a duração da amamentação, ou seja, os fatores relacionados com o início e a duração da amamentação entre a alta hospitalar e duas semanas após o parto são influenciados positivamente pelo facto de as puérperas terem um sistema de suporte percebido. Assim, há a necessidade de os sistemas de saúde garantirem a continuidade do suporte qualificado para a lactação entre hospitais e as unidades de saúde na comunidade, incluindo a educação para todos os enfermeiros que cuidam de mulheres e bebés. No estudo de Tully et al. (2022), a associação das experiências na unidade pós-natal com as práticas de alimentação infantil

durante o internamento permitiu aumentar o conhecimento sobre as barreiras e os fatores facilitadores da amamentação, evidenciando que as mães necessitam de apoio prático e emocional por parte dos profissionais de saúde. Castro, Silva & Silva (2015) refere que no seu estudo que as práticas na promoção do aleitamento materno experienciadas por 43,2% das mães foram consideradas como razoáveis, em 29,5% das mães foram consideradas más e as experiências de 27,3% foram classificadas como boas. No estudo realizado por Vicente (2018), a maioria das inquiridas, 45.7%, considera as atitudes dos enfermeiros como adequadas relativamente à promoção do aleitamento materno, 26.8% julga-as como muito adequadas e 27.5% pouco adequadas. Este resultado vai de encontro à necessidade da implementação de políticas hospitalares amigas dos bebés como, por exemplo, formar os profissionais em como apoiar as mães que amamentam, avaliar o conhecimento e as capacidades dos seus profissionais, ou, dar suporte prático sobre o aleitamento materno e ajudar as mães que tenham problemas comuns sobre o aleitamento materno (UNICEF, 2022).

Os resultados apurados relativamente à H_1 , através da qual se hipotizou se as variáveis sociodemográficas das puérperas tinham efeito sobre como estas avaliam as atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto, aceitou-se a mesma apenas para o estado civil das puérperas. Assim, aferiu-se que foram as puérperas casadas ou a viver em união de facto que apresentaram valores médios mais altos no fator *Estabelecimento da amamentação* ($OM=63.87$) ($p<0,05$). Em relação à H_2 , através da qual se procurou saber se existia relação entre variáveis relativas à história clínica obstétrica das puérperas e como estas identificam as atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto, concluiu-se que apenas a variável amamentar em exclusivo teve influência na avaliação pelas puérperas das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação. Mais especificamente, constatou-se que, no fator *Estabelecimento da amamentação*, *Decisão de amamentar*, *Continuidade da amamentação* e na nota global *das Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação*, as puérperas que amamentam em exclusivo apresentaram valores de ordenação médios mais elevados, com relevância estatisticamente significativa nos três fatores e nota global *das Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação* ($p<0,05$). No estudo da Região Autónoma dos Açores, 53.2% das mães detinham a opinião de que o apoio recebido pelos enfermeiros durante o internamento no puerpério foi muito bom, seguindo-se de 27.5% que referiram ter sido bom, 4.3% suficiente, 0.9% mães referiram ter sido muito mau e 0.5%, mau. A opinião das mães acerca do apoio recebido pelos enfermeiros no internamento de puerpério apresentou relação estatisticamente significativa com a decisão para amamentar (Santos, Freitas & Tavares,

2021). No fator *Decisão de amamentar*, aferiu-se que as puérperas que frequentaram um PPPP avaliaram melhor as atitudes promotoras na decisão de amamentar, sendo as diferenças significativas ($p < 0,05$). Por fim e no que concerne à H_3 , através da qual se procurou saber se a forma como as puérperas referem as atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto sofriam influência na avaliação da qualidade da informação transmitida pelos mesmos, os resultados obtidos indicam que uma linguagem esclarecedora, compreensível, completa, apropriada, agradável e correta por parte dos enfermeiros na transmissão de informação influencia a avaliação pelas puérperas das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação no pós-parto, com relevância estatisticamente significativa em todas as correlações ($p < 0,05$). Alguns dos resultados apurados na aferição das hipóteses formuladas estão em conformidade com os dados alcançados por Chipojola et al. (2020), onde, numa amostra de 7282 mulheres, 95,4% iniciaram o aleitamento materno no espaço de 1 hora após o parto; depois disso, 71,3% praticaram o aleitamento materno exclusivo, 6,1% amamentaram predominantemente e 1,9% optaram exclusivamente pelo biberão. As probabilidades de início precoce foram mais elevadas entre as mulheres com consultas pré-natais frequentes e as mães multíparas. Da mesma forma, as consultas pré-natais frequentes e o parto hospitalar foram determinantes positivos para o aleitamento materno exclusivo. As práticas ótimas de aleitamento materno exclusivo, conforme Chipojola et al. (2020), são altamente prevalentes no Malawi. As práticas de cuidados de saúde que enfatizam as visitas frequentes aos cuidados pré-natais que fornecem educação sobre o aleitamento materno e apoio ao aleitamento materno nos cuidados hospitalares após o parto são importantes para manter o aleitamento materno exclusivo. Consistente com estes dados, no presente estudo verificou-se que as mães que frequentaram cursos de PPPP tendiam a revelar uma melhor avaliação das atitudes promotoras na decisão da amamentação, a praticar o aleitamento materno exclusivo e tinham menos probabilidades de abandono desta prática. É possível que os conhecimentos e as competências adquiridos durante as consultas pré-natais e nos cursos de PPPP possam reforçar a confiança e a intenção das mães de amamentar.

Algumas dificuldades metodológicas surgiram ao longo da elaboração desta investigação, nomeadamente, o tipo de amostra ser não probabilística, uma vez que neste tipo de amostragem a probabilidade de os elementos pertencerem à amostra não é equitativa, podendo ser representativas ou não da população em estudo. Verificamos também que em Portugal, os dados sobre amamentação exclusiva são apenas em instituições pontuais desde há alguns anos e não dados gerais nacionais, quer a nível do internamento quer depois a nível dos cuidados de saúde primários. Não esquecer que ao

recorrermos a pessoas na investigação e ainda aplicando o questionário no momento da alta, as respostas podem sofrer influências de percepções, sendo afetadas das condições físicas e psíquicas das inquiridas.

Conclusões

A amamentação humana é um comportamento complexo que vai além do instinto natural, exigindo aprendizado e apoio. A combinação de fatores instintivos e adquiridos, influenciados por contextos culturais, sociais e educacionais, destaca a singularidade da experiência de amamentação entre os humanos em comparação com outros mamíferos (OMS, 2017).

Como se tem vindo a expor, o aleitamento materno associa-se intrinsecamente a muitos benefícios para a saúde das crianças e das mães, tendo levado a Organização Mundial de Saúde a recomendar insistentemente a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida. Todavia, só uma parte diminuta de mulheres consegue amamentar em exclusivo até aos seis meses. Como tal, uma percentagem significativa de crianças e mães não desfruta dos benefícios do aleitamento materno, sendo fulcral o EEESMO identificar as mulheres em risco de abandono precoce do aleitamento materno exclusivo e apoiá-las através de estratégias eficazes de promoção do aleitamento materno.

O pós-parto, também conhecido como puerpério, é o período que se segue ao nascimento do bebé, onde o corpo da mulher passa por uma série de mudanças físicas e emocionais enquanto se ajusta à ausência da gravidez e ao novo papel de mãe. Esse período é crucial para a recuperação da mãe e para o estabelecimento do vínculo com o recém-nascido. É normalmente durante o internamento hospitalar que existe o primeiro contacto físico com o seu filho e atuar na prevenção de complicações, promover conforto físico e emocional, realizar educação para a saúde levam a que a puérpera consiga atingir um estado de autonomia esclarecida e um equilíbrio necessário no processo da maternidade. Prestar também atenção ao processo de amamentação é determinante, pois é durante o internamento de puerpério que se inicia, e a puérpera que quer amamentar, mesmo que tenha recebido formação durante a gravidez, necessita de aprender a técnica correta e ter apoio na resolução das adversidades que forem surgindo e o apoio especializado do EEESMO é essencial para otimizar os ganhos em saúde.

Tendo por base o exposto, o principal objetivo deste estudo consiste em avaliar os contributos dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto. Mais especificamente pretende-se averiguar de que forma as variáveis sociodemográficas e a

história clínica obstétrica têm relação com a avaliação pelas puérperas das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação e determinar se a qualidade da informação transmitida pelos enfermeiros tem influência sobre como são identificadas as atitudes dos mesmos na promoção da amamentação.

A amostra de 119 puérperas, apresenta uma idade média de 30 anos ($dp=5,8$), sendo a maioria casada ou a viver em união de facto (72.3%), ativa profissionalmente (82.4%), com prevalência das que possuem o ensino profissional (31.2%). Em 53.8% este é o primeiro filho, com as restantes a relatarem terem já tido outros filhos (46.2%).

Das puérperas inquiridas, 85% faz aleitamento materno exclusivo no momento da alta. Das puérperas que tiveram o primeiro filho, 76,6% encontra-se na alta em AME e as que tiveram o segundo ou mais filhos têm 94,5% de AME, sugerindo uma relação entre o número de filhos e a amamentação em exclusivo.

As puérperas com parto eutócico estão mais representadas no grupo que faz amamentação exclusiva (62.4%), enquanto no grupo das puérperas que foi submetida a parto distócico registou-se maior representatividade no grupo que não fez AME (61.1%) ($p>0,05$), contudo não se observam diferenças estatisticamente significativas. A sua melhoria é claramente dependente de uma estratégia clínica diferenciada para os diferentes tipos de nascimento. Relativamente ao tipo de parto, observamos que 58.8% teve parto eutócico, 29.4% parto distócico através de cesariana e 11.8% parto com ajuda de ventosas ou fórceps. Quando comparamos esta variável com o número de filhos, verificamos que as puérperas que têm dois ou mais filhos têm maior representatividade no parto eutócico face às que têm agora primeiro filho (70.9% vs 48.4%), assim como as primíparas têm maior representação no parto por cesariana (32.8% vs 25.5%), sendo as diferenças significativas (*Teste Qui-Quadrado: $X=8.827$; $p=0.012^*$*).

Nesta amostra, 93.3% diz ter realizado contacto pele a pele imediatamente após nascimento do filho e sem interromper até pelo menos 2 horas, 22,5% participou em um Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade e 7,5% refere ter participado nas sessões da “escolinha” existentes no hospital de referência. O estudo entre a variável “contacto pele a pele imediatamente após nascimento do filho e sem interromper até pelo menos 2 horas” e a amamentação em exclusivo evidencia que não existe qualquer relação significativa entre ambos (*Teste Qui-Quadrado: $X=1.528$; $p=0.216$*), no entanto, o contacto pele a pele é evidenciado em vários estudos, como uma intervenção extremamente eficaz, com benefícios significativos para o recém-nascido e os pais. A implementação precoce e contínua desta prática pode melhorar significativamente a saúde física e emocional do bebé, além de fortalecer o vínculo familiar e aumentar a

prevalência da amamentação. É uma prática recomendada e apoiada por diversas organizações de saúde globais e deve ser incentivada como parte dos cuidados padrão em todas as maternidades.

Verificamos que as diferenças encontradas não foram significativas entre as puérperas que participaram no PPPP e as que não frequentaram em relação à avaliação da qualidade da informação. Contudo pelos valores médios apresentados podemos concluir que as puérperas que participaram no PPPP caracterizam valores médios mais baixos nos sete itens que quantificam a qualidade da informação, logo podemos afirmar que as puérperas que participaram no PPP consideram que a qualidade da informação partilhada pelos enfermeiros foi mais esclarecedora, compreensível, completa, apropriada, agradável, correta e útil, face às puérperas que não participaram no PPPP. Já em relação às puérperas que amamentam em exclusivo, estas avaliam num valor médio mais baixo a qualidade de informação, pelo que podemos afirmar, que estas puérperas consideram que a qualidade da informação partilhada pelos enfermeiros foi mais esclarecedora, compreensível, completa, apropriada, agradável, correta e útil. Ou seja, a qualidade de informação que os enfermeiros transmitem têm efeito no facto de as puérperas amamentarem ou não de forma exclusiva. É crucial que todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado materno-infantil estejam alinhados e forneçam orientações coerentes e baseadas nas últimas diretrizes e evidências científicas. Investir na formação contínua dos profissionais de saúde sobre os benefícios e técnicas de amamentação é fundamental para garantir que eles estejam preparados para fornecer o melhor apoio possível, tanto técnico como emocional, ou seja, fornecer informações claras, precisas e consistentes sobre a amamentação.

Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas das puérperas têm efeito sobre como estas avaliam as atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto.

Nos resultados apurados relativamente à H_1 , são as puérperas entre 19 e os 30 anos e com o ensino secundário que apresentam valores mais altos na avaliação das atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação. No entanto, apenas se aceitou a hipótese para o estado civil das puérperas, aferindo-se que foram as puérperas casadas ou a viver em união de facto que apresentaram valores médios mais altos no fator *Estabelecimento da Amamentação*.

Hipótese 2 – Existe relação entre variáveis relativas à história clínica obstétrica das puérperas e como estas identificam as atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto.

As primíparas apresentam valores médios mais elevados de avaliação no fator *Decisão de Amamentar e Continuidade da Amamentação*. Já as puérperas com dois ou mais filhos apresentam valores médios mais altos de avaliação no fator *Estabelecimento da Amamentação e na nota Global*. As puérperas que estabeleceram contacto pele a pele e frequentaram um PPPP apresentam também valores médios mais elevados. Concluiu-se que apenas a variável amamentar em exclusivo teve influência na avaliação pelas puérperas das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação. As puérperas que amamentam em exclusivo apresentaram valores de ordenação médios mais elevados, com relevância estatisticamente significativa nos três fatores e nota global *das Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação*. No fator *Decisão de amamentar*, aferiu-se que as puérperas que frequentaram um PPPP avaliaram melhor as atitudes promotoras no fator decisão de amamentar, sendo as diferenças significativas, demonstrando desta forma a real importância e necessidade de todas as grávidas e conviventes significativos terem acesso a este tipo de preparação na gravidez para assim poderem fazer as suas escolhas da forma mais consciente possível.

Hipótese 3 – A forma como as puérperas referem as atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto sofrem influência da qualidade da informação transmitida pelos mesmos.

Os resultados obtidos indicam que uma linguagem esclarecedora, compreensível, completa, apropriada, agradável e correta por parte dos enfermeiros na transmissão de informação influencia a avaliação pelas puérperas das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação no pós-parto, com relevância estatisticamente significativa em todas as correlações.

Crianças e adolescentes que foram amamentados em bebés são menos propensos a estar acima do peso ou obesos. Além disso, têm melhor desempenho em testes de inteligência. A amamentação está associada a um rendimento mais alto na vida adulta. Melhorar o desenvolvimento infantil e reduzir os custos de saúde resulta em ganhos económicos para as famílias individuais, bem como a nível nacional. As práticas de amamentação são altamente responsivas a intervenções de apoio, e a prevalência de amamentação exclusiva e contínua pode ser melhorada ao longo de alguns anos (WHO, 2023).

Usando as boas práticas hospitalares no momento certo, estas vão-se traduzir em múltiplos benefícios para a puérpera e o recém-nascido, pois a puérpera amplia os seus conhecimentos e por consequência eleva-se a prevalência e duração da amamentação. Face ao exposto, pode-se aferir que uma maior exposição às práticas da Iniciativa

Amiga dos Bebés melhora a exclusividade da amamentação e a sua duração. A capacitação de todos os profissionais de saúde sobre as melhores práticas para o aleitamento materno é crucial para um apoio efetivo a todas as mães que tencionam amamentar. Os cuidados especializados em aleitamento materno durante o internamento de puerpério são essenciais para o aconselhamento, apoio e consequente capacitação da puérpera, promovendo a sua adaptação às especificidades deste período e contribuindo para a melhoria das taxas de amamentação exclusiva.

Como em todas as áreas e contextos da prestação de cuidados de saúde, os mesmos devem assentar na melhor evidência científica disponível. Educação para a saúde com a finalidade de sensibilização para o aleitamento materno em todos os momentos pertinentes de atuação junto da mulher e família, desmistificando crenças, mitos e preconceitos. Avaliação inicial da motivação, conhecimentos e capacidades das mães relativamente ao aleitamento materno e partir daí, desenvolver ações que permitam a sua autonomia e perceção de autoeficácia. Utilização de meios que facilitem a apropriação de conhecimentos e que se baseiam em evidência científica, como por exemplo ter uma medida de apoio digital, como o uso de e-tecnologias pelos profissionais especializados durante o seu horário de trabalho. Informação dos recursos existentes de apoio à amamentação incluindo associações e voluntariado. Reconhecimento e valorização das dificuldades apresentadas pelas mães, desenvolvendo com as mesmas um plano de ação para as ultrapassar. Fomento da presença do marido/ convivente significativo na preparação para o parto e parentalidade e durante o internamento de puerpério, percebendo e valorizando o apoio efetivo por parte deste.

Só o conhecimento correto, permanente e renovado deste tema e dos fatores sociais e culturais da comunidade onde se insere, permitirão o estabelecimento de programas e práticas informativas e formativas adequadas às necessidades de cada mulher, com medidas concretas e efetivas que promovam, protejam e suportem a prática de amamentação.

Apesar das limitações descritas consideramos que os resultados obtidos nos permitem, por um lado, conhecer melhor o nível de satisfação por parte das puérperas, na alta hospitalar, das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação e a sua relação com os diversos fatores, e por outro, podem constituir um ponto de partida para a introdução e continuidade de melhorias na prestação de cuidados especializados nesta área de atuação que é tão significativa para a população a curto e longo prazo.

Referências Bibliográficas

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- Anstey, E. H. (2013). Factors related to the professional management of early breastfeeding problems: Perspectives of lactation consultants. Graduate theses and dissertations, University of South Florida, Scholar Commons in <https://scholarcommons.usf.edu/etd/4860>
- Aguiar, L. S., Lysia, S. C., & Ara, O. (2015). Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. *Kairós Gerontologia*, 18(2), 149–165.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827-e841. Doi: 10.1542/peds.2011-3552.
- American Psychological Association. (2019). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). APA.
- Araújo, B., Paiva, S. & Paiva, I. (2022). Diabetes Gestacional: Evolução dos Critérios de Diagnostico e Terapêutica. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 17 (2): 47-53
- Braaten, K., P., Laufer, M., R. (2008) Human Papillomavirus (HPV), HPV-Related Disease, and the HPV Vaccine. *Rev Obstet Gynecol*; 1(1):2–10.
- Bramson, L., Lee, J.W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K. & Melcher, C. L. (2010). Effect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay. *J Hum Lact* 26(2) DOI: 10.1177/0890334409355779
- Brandão, S.M.P.A. (2020). Breastfeeding Promotion Intervention Program: A Nursing Intervention Based on the Breastfeeding Self-efficacy Theory. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Barra, S., Cachulo, M. C., Providência, R., Leitão-Marques, A. (2012). Hipertensão arterial na grávida: o atual estado da arte. *Revista Portuguesa de Cardiologia*.

<https://www.revportcardiol.org/pt-hipertensao-arterial-na-gravida-o-articulo-S087025511200087X>

- Barradas, A., Torgal, A., Gaudêncio, A., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., Santos, E., Salgueiro, E., Varela, J., Leite, L., Fernandes, M., Ferreira, M., Rodrigues, S., Santos, S., Rocha, V. & Varela, V. (2015). Livro de Bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia / Parteiras. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Bittar, R. E., Carvalho, M. H. B. de, & Zugaib, M. (2005). Conduitas para o trabalho de parto prematuro. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 27(9), 561–566. <http://doi.org/10.1590/S0100-72032005000900010>
- Bittar, R. E., & Zugaib, M. (2009). Tratamento do trabalho de parto prematuro. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 31(8), 415–422. <http://doi.org/10.1590/S0100-72032009000800008>
- Bosi, A.T.B. ; Eriksen, K.G. ; Sobko, T. ;Wijinhoven, T.M.A. & Breda, J. (2016). Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutr.* 2016;19(4):753–764. doi:10.1017/S1368980015001767
- Buhimschi, C. S., Buhimschi, I. A., Malinow, A. M., Kopelman, J. N., & Weiner, C. P. (2002). Pushing in labor: Performance and not endurance. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(6), 1339–1344. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.122402>
- Calais-Germain, B., Parés, N., V. (2013). Parir en movimiento: las movilidades de la pélvis en el parto. (3ª ed.) Espanha: La liebre de marzo
- Cardoso, V., Mineiro, A., Carracha, S., Varela, V., Monteiro, M., Santos, M., Carneiro, E., Sequeira, A., Santos, M. (2020). Posicionamentos e mobilidade da grávida. In Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. (Coords.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 92-100). Lisboa: Lidel
- Carneiro, L.M.M.C., Barbieri, F., Moro, A.S.S., Freitas, H.M.B.- Colomé, J.S., Backes, d.s. (2014). Prática do Aleitamento materno por puérperas: Factores de risco para o desmame precoce. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da saúde. Santa Maria*, vol.15, n.2, p.239-248.
- Cato K., Sylvén S.M., Henriksson H.W. & Rubertsson, C. (2020). Breastfeeding as a balancing act - Pregnant Swedish women's voices on breastfeeding. *Int Breastfeed J.* 2020;15(15):16–19. doi:10.1186/s13006-020-00257-0

- Cheng, Y. W., Hopkins, L. M., & Caughey, A. B. (2004). How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(3), 933–938. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.05.044>
- Chipojola R., Lee G.T., Chiu H.Y., Chang P.C., Kuo S.Y (2020). Determinants of breastfeeding practices among mothers in Malawi: a population-based survey. *Int Health*. 2020 Feb 12;12(2):132-141. doi: 10.1093/inthealth/ihz034.
- Coelho, A., Torres, R., Silva, A. & Palma, F. (2017). Parto Pré-termo. In A. Campos, et al. *Protocolos de Atuação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa* (pp.160 –163). Lisboa: Lidel
- Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés. (2018). Dez medidas para ser considerado um Hospital Amigo dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/3315/iab-10-medidas-hospitais-2018-02-16.pdf>
- Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés. (2019). Entidades Amigas dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/2323/lista-entidades-amigas-dos-bebes-2019-01-23.pdf>
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: fatores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, Coimbra, Vol.24, nº3, p.197-209. Acedido em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4217/1/Ansiedade%20na%20gravidez%20%282003%29.pdf>
- Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017, (2017). *Revista Portuguesa da Diabetes* 12(1):24-38. Acedido em: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-nº-1-Março-2017-Recomendações-págs-24-38.pdf>
- Correia, T., Santos, M., Freitas, C., Lopes, S. & Pinto, Â. (2020). Avaliação do estado das mamas. In Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. (Coords.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 192-194). Lisboa: Lidel
- Correia, T.I.G. & Pires, C.S.M. (2016). Que Técnica Usar Nos Cuidados ao Cordão Umbilical no Recém-Nascido. *Revista da Associação portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, (17), 29-33. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14216/1/p29_APEO-17-06-2016-Que-Tecnica-Usar-nos-Cuidados-ao-Cordao-Umbilical-do-Recem-Nascido.pdf
- Correia, T. I. G. & Pereira, M. L. L. (2015). Os cuidados de enfermagem e a satisfação dos consumidores no puerpério. *Revista. Eletrónica. Enfermagem*. jan./mar.;17(1):21-9. ISSN 1518-1944. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.28695>

- Cordeiro, S. M., Silva, M. M. J., Garcia, E. S. G. F., Dias, A. A. L., Leite, E. P. R. C. & Moreira, D. S. (2013). O ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDO COM MIELOMENINGOCELE: RELATO DE EXPERIÊNCIA. *Rev enferm UFPE online.*, Recife, 7(esp):7242-6 ISSN: 1981-8963 DOI: 10.5205/reuol.4767-42136-1-ED.0712esp201340
- Coutinho, E., Duarte, J., Nelas, P., Chaves, C., Amaral, O., Dionísio, R. (2019). Perceção das mães sobre as intervenções de enfermagem promotoras da amamentação: impacto na sua prevalência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología*, Nº 1- Monográfico 4,2019. ISSN: 0214-9877. Pp:117-124.
- Diário da República, 2.ª série, N.º 85 de 3 de Maio de 2019. Regulamento n.º391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS. ISBN 978-972-675-233-2. Disponível em www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/pnvgbr-pdf.aspx
- Direção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. *Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar/ Direção Geral da Saúde*. Lisboa: DGS.
- Donda, K.; Maheshwari, A (2022). Human milk lipids induce important metabolic and epigenetic changes in Neonates. *Clin Perinatol*. 2022;49(2):331–353. doi:10.1016/j.clp.2022.02.006
- Ferreira, A., F. (2016). Fisiologia do puerpério. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.211 – 215). Lisboa: Lidel
- Fortin, M.F.(2009). O Processo de Investigação – da Concepção à Realização. Lusocência: Loures, 3ª Edição.
- Guia Orientador dos Estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (CMESMOG). (2023). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu
- Gutierrez Dos Santos, B., Perrin, M.T. (2022). What is known about human milk bank donors around the world: a systematic scoping review. *Public Health Nutr*. 2022;25(2):312–322. doi:10.1017/S1368980021003979
- Graça, L.M. (2017). *Medicina Materno Fetal*. (5ª ed.). Lisboa: Lidel. ISBN 978-989-752-288-8.
- Graça, L.M. (2019). *Fármacos na gravidez e amamentação*. (1ª ed.). Lisboa: Lidel. ISBN 978-989-752-338-0.

- Handa, V., L., Zyczynski, H. M., Burgio, K., L., Fitzgerald, M.P., Borello-France, D., Janz, N. K., Weber, A., M. (2007). The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. *AJOG*, 197 (6), 636.e1-636.e6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.08.020>
- Han, F.L., Ho, Y.J., McGrath, J.M. (2023). The influence of breastfeeding attitudes on breastfeeding behavior of postpartum women and their spouses. *Heliyon*. 2023 Feb 23;9(3):e13987. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e13987.
- Hanson, L., A., Schulz, J., A., Flood, C., G., Cooley, B., Tam., F. (2006) Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, London/UK, v.17, n.2, p.:155.
- Hill & Hill (2001). *Investigação por Questionário*. Lisboa Edições Sílabo.
- Horst, W., & Silva, J. C. (2016). Prolapso de órgãos pélvicos: revisando a literatura. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 45(2), 91–101.
- Huot, R.(2002). *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.
- Joanna Briggs Institute (2013). *JB Levels of Evidence*. Acedido em: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Joanna Briggs Institute (2020). *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2015 – Methodology for JBI Reviews*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Kehinde, J., O'Donnell, C. & Grealish, A. (2023). The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: A systematic review. 2023 Mar;118:103579. Article 103579. doi: 10.1016/j.midw.2022.103579.
- Koletzko, B., Bergmann, K., Brenna, J.T., ... & Carlson, S.E. (2020). Should formula for infants provide arachidonic acid along with DHA? A position paper of the European Academy of pediatrics and the child health foundation. *Am J Clin Nutr*. 2020;111(111):10–16. doi:10.1093/ajcn/nqz252
- Lanzaro, C., Santos, P., Guerra, A., Hespanhol, A. P., Esteves, M. J. (2015). Prevalência do Aleitamento Materno: Comparação entre uma População Urbana e uma População Rural do Norte de Portugal. *Acta Pediatrica Portuguesa* n.46. 2015.
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2015). *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession* (8th ed.). Elsevier.

- Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.443 – 454). Lisboa: Lidel
- Levy, L., Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno: UNICEF*. Disponível em: <https://www.unicef.pt/actualidade/publicacoes/4-manual-do-aleitamento-materno/>
- Lis-Kuberka, J., Orczyk-Pawilowicz, M. (2021). Polish women have moderate knowledge of gestational diabetes mellitus and breastfeeding benefits. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10409. doi:10.3390/ijerph181910409
- Lopes C, Torres D, Oliveria A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de Resultados. Universidade do Porto; 2017.
- Lok, K. Y. W., Chow, C. L.Y., Fan, H. S.L., Chan, V. H. S. & Tarrant, M. (2020). Exposure to baby-friendly hospital practices and mothers' achievement of their planned duration of breastfeeding. *BMC Pregnancy and Childbirth* 20:261 <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02904-0>
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7.^a Edição. Loures: Lusodidacta.
- Lyons, K., Ryan, C., Ryan, C.A., Dempsey, E. M. Ross, P.R. & Stanton, C. (2020). Breast milk, a source of beneficial microbes and associated benefits for infant health. *Nutrients*. 2020;12(4):1039. doi:10.3390/nu12041039
- Marôco, J. (2011). Análise estatística com o SPSS statistics. Pero Pinheiro: Report Number.
- Martinho, M. & Melo, A. (2009). Hemorragias uterinas anormais. Manual de Ginecologia - Volume I.
- Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-termo. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.211 – 215). Lisboa: Lidel
- McCarter, D., Law, A. A., Cabullo, H., & Pinto, K. (2022). Scoping Review of Postpartum Discharge Education Provided by Nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 51(4), 377–387. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2022.03.002>
- McFadden A., Gavine, A., Renfrew, M.J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J.L., Veitch, E., Rennie, A.M., Crowther, S.A., Neiman, S., MacGillivray, S. (2017).. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:Cd001141.
- Meek, J.Y., Hatcher, A.J. (2017). The breastfeeding- friendly pediatric office practice.

Pediatrics. Vol.139, N.5 Maio, 2017.

- Mesa do Colégio de Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEEIP), (2015). Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Guia orientador de boa prática, Série 1, número 8. OE. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidatedpositiva_vf.pdf
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., Sousa, C. (2016). A posição da mulher no Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.335– 347). Lisboa: Lidel
- Miranda, L., Zangão, O. & Risso, S. (2017). O PAPEL DO ENFERMEIRO NO SUCESSO PARA O ALEITAMENTO MATERNO: REVISÃO DA LITERATURA. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. online 2017. abril. 3(1): 854 – 868 <http://hdl.handle.net/10174/22773>
- Mugadza, G.; Zvinavashe, M.; Gumbo, F.Z.; Stray-Pederso, B.; Harusivishe, C. (2016). Early breastfeedindinitiation (EBFI) *International Journal of Nursing and Midwifery*. Academic Journal, Vol.8, Dezembro, 2016.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. *Nice, December*, 33–54.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Lidel Enfermagem, Ed.) (1ª Edição). Lisboa. Lidel. ISBN 978-989-752-146-1.
- Nilsson, I. M. S., Strangberg-Larsen, K., Knight, C. H., Hansen, A. V. & Kronborg, H. (2017). Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster randomized study. *Maternal Child Nutrition*. 2017;13:e12432 <https://doi.org/10.1111/mcn.12432>
- O'Connor, A.; Doris, F. e Skirton, H. (2014) Midwifery Care in the UK for Older Mothers. *British Journal of Midwifery*, 22(8), 568-577. DOI:10.12968/bjom.2014.22.8.568
- Oliveira, A. C., Dias, I. K. R., Figueredo, F. E., Oliveira, J. D., Cruz, R.B. L.C., Sampaio, K. J.A.J. (2016). Breastfeeding exclusive breastfeeding: interruption of causes in mothers of teens perception. *Journal of Nursing, UFPE on line*. Recife, 10, Abril., 2016.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, 8662–8666. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2011).

- Ordem dos Enfermeiros (2013). Projeto da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) - *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Ordem dos enfermeiros, (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, *Diário da República*, 2.^a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. 13560–13565.
- Orfão A, Santos C, Magalhães C. Registo do aleitamento materno. Relatório Janeiro a Dezembro de 2012. Lisboa: Direção Geral da Saúde;2013.
- Organização Mundial da Saude (OMS) (2005). *Orientações Para o Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis*. 93.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). Pregnancy childbirth postpartum and newborn care a guide for essential practice (3rd ed.). Genebra: Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249580/9789241549356-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organização Mundial de Saúde (OMS), (2017). Managing complications in pregnancy and childbirth. A guide for midwives and doctors (2.^a ed.). Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: Organização Mundial de Saúde
- Organização Mundial de Saúde (2020). Skin-to-skin contact helps newborns breastfeed. <https://www.who.int/westernpacific/news-room/feature-stories/item/skin-to-skin-contact-helps-newborns-breastfeed>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A., Welch, V., Whiting, P., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paula, C. C., Alves, E. D. N., Pereira, R. M. S., Pereira, D. C., Silva, A. C. S., Malvão, R. P. M. & Palmeira, O. A. (2017). A percepção de puérperas primíparas sobre os cuidados com o recém-nascido. *Enfermagem Brasil* 16(6) p.330-338. <https://doi.org/10.33233/eb.v16i6.781>

- Pestana M, & Gageiro J. (2014) *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS. Edições Sílabo* 6.^a ed., Lisboa
- Pinto, E., Chaves, C., Duarte, J., Nelas, P., & Coutinho, E. (2016). Maternal affection and motivation for breastfeeding. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 217, 1028 – 1035. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02. 099
- Raheem, R.A. (2014). A cohort study of postnatal depression, infant feeding practices and infant growth in Male', the Republic of Maldives. Thesis presented for the degree of doctor of philosophy of Curtin University, School of Public Health, 2014.
- Radzynski, S., Callister, LC. (2015). Health Professionals' Attitudes and Beliefs About Breastfeeding. *J Perinat Educ*. 2015;24(2):102-9. doi: 10.1891/1058-1243.24.2.102.
- Ragusa, R., Giorgianni, G., Marranzano, M., Cacciola, S., Rosa, V. L., Giarratana, A., Altadonna, V. & Guardabasso, V. (2020). Breastfeeding in Hospitals: Factors Influencing Maternal Choice in Italy. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 17, 3575. doi:10.3390/ijerph17103575
- Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República*. 2.^a série, N.º 35 (18-2-2011), 8662-8666.
- Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio de 2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República*, 2.a Série — N.º 85, 13560–13565. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Riordan, J., & Wambach, K. (2015). "Breastfeeding and Human Lactation". Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Robert, M.; Schulz, J. A.; Harvey, M., A. (2013) Technical Update on Pessary Use. *J Obstet Gynaecol Can*, Amsterdam/ UK, v.35, n.7, p.664-674.
- Roberts, D., Jackson, L., Davie, P., Zhao, C., Harrold, J.A., Fallon, V., Silverio, S.A. (2023). Exploring the reasons why mothers do not breastfeed, to inform and enable better support. *Front Glob Womens Health*. 2023 Apr 12;4:1148719. doi: 10.3389/fgwh.2023.1148719.
- Safari, K., Saeed, A.A., Hasan, S.S. & Moghaddam-Banaem, L. (2018). The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *Int Breastfeed J* 13, 32 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0174-9>

- Santos, A.; Araújo dos Santos, G. & Siqueira, S. (2017). Ações desencadeadas pelo enfermeiro para promoção do aleitamento materno e prevenção do desmame precoce. *Revista Brasileira da Saúde Funcional*, Vol. 1, Nº1, Junho 2017.
- Santos, A.P.S., Freitas, L.F.M.F., Tavares, M.F.M. (2021). Aleitamento Materno na Região Autónoma dos Açores. Estudo de Incidência e Prevalência até aos 12 Meses de Vida.
- Santinho, M. J. C. (2019). Preparação para o nascimento, pós parto e disfunções do pavimento pélvico (Relatório com vista à obtenção grau de Mestre). Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Lisboa. Disponível em: file:///C:/Users/Patr%C3%ADcia%20Pimentel/Downloads/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final_MSnov19.pdf
- Sardo, D. (2016). Promover e Apoiar a Amamentação. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.473 – 479). Lisboa: Lidel
- Semenic, S., Childerhose, J.E., Lauzière, J., Groleau, D. (2012) Barriers, facilitators, and recommendations related to implementing the baby-friendly initiative (BFI): an integrative review. *J Hum Lact.* 2012;28:317–34.
- Senghore, T., Omotosho, T.A., Ceesay, O. & Hilliams, D.C. (2018). Predictors of exclusive breastfeeding knowledge and intention to or practice of exclusive breastfeeding among antenatal and postnatal women receiving routine care: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J.* 2018;13(13):9. doi:10.1186/s13006-018-0154-0
- Sequeira, A., Sardo, D., Pousa, O., Henriques, C., Correia, T., Mascarenhas, C. & Amaral, C. (2020). Aleitamento Materno. In Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. (Coords.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 295-306). Lisboa: Lidel
- Silva, M. A. (2010). *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico. Acolhimento em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>
- Silva, J.S., Flor-de-Lima, F, Soares, H. (2021). Aleitamento Materno Exclusivo: Prevalência na Maternidade e Durante o Segundo Mês de Vida. *ACTA PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO* 24 (2021) 18-20 | LICENÇA: cc-by-nc | <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2021.2404>
- Siqueira, T.R., Medeiros, A.S.O.L., Moura, C.C.L., Oliveira, C.M., Kairala, A.L.R. & Oliveira,

M.S. (2015). A amamentação segundo a óptica da mãe primípara: uma perspetiva compreensiva de promoção e apoio. XV Safety, Health and Environmental Word Congress, p.19-22, Porto, July, 2015.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2014). *Consenso sobre Infecção HPV e lesões intraepiteliais do colo, vagina e vulva*. Acedido em: <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/02/spg-consenso-sobre-infeccao-hpv-2014.pdf>

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2016). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. Acedido em: http://nocs.pt/wpcontent/uploads/2017/10/Consenso_Menopausa_2016.pdf

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2018). *Consenso Nacional sobre Hemorragias Uterinas Anormais*. Acedido em: <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/02/spg-consenso-nacional-sobre-hemorragias-uterinas-anormais-2018.pdf>

Sousa, A., Magalhães, A., Gomes, A., Oliveira, I., & Couto, G. (2024). Parent`s gains knowledge and attitudes after taking a parenthood preparation course. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(24), e34004. <https://doi.org/10.29352/mill0224.34004>

Sustelo, I., M., R. (2017). *O consumo de produtos tóxicos na gravidez- Tabaco, álcool e drogas*. [Tese de Mestrado Integrado em Medicina, Universidade de Lisboa]. Repositório aberto da Faculdade de medicina de Lisboa. Acedido em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31357/1/IrinaMRSustelo.pdf>

Toda, A., Nanishi, K. & Shibanuma, A. (2023). Does benefits-of-breastfeeding language or risks-of-formula-feeding language promote more-positive attitudes toward breastfeeding among midwives and nurses?. *BMC Pregnancy Childbirth* 23, 163 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05493-w>

Torres, R., Ambrósio, P., Soares, C., & Silva, A. (2011). *Protocolos de Atuação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. Lisboa: Lidel

Tricco, A.C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K .K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M.D., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018,169(7):467-473. doi:10.7326/M18-0850.

Tully, K. P., Smith, J. L., Pearsall, M.S., Sullivan, C., Seashore, C. & Stuebe, A. M. (2022). Postnatal Unit Experiences Associated With Exclusive Breastfeeding During the Inpatient Stay: A Cross-Sectional Online Survey. *Journal of Human Lactation* Vol. 38(2) 287–297 <https://doi.org/10.1177/08903344211057876>

Uchoa, J.L.; Joventino, E.S.; Javorski, M.; Almeida P.C; Oriá, M.O.B. & Ximenes L.B. Associação entre a autoeficácia no ciclo gravídico puerperal e o tipo de aleitamento materno. 2017; 17(1): 84-92. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.1.8

UNICEF (2005). Declaração Innocenti. Sobre a alimentação do lactente e da criança pequena. Acedido em: https://www.unicef.pt/media/1582/3-declaracao_innocenti_2005.pdf

UNICEF (2018). 10 passos para o sucesso em aleitamento materno. Acedido em: https://www.unicef.pt/media/2300/iab_10-medidas_sucesso-aleitamento-materno-2018-09.pdf

UNICEF (2022). Breastfeeding. Acedido em: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/>

UNICEF (2022). A Iniciativa Amiga dos Bebés. Acedido em: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>

Vicente, C.M.I. (2018). Atitudes dos Enfermeiros na Promoção e Proteção do Aleitamento Materno. Dissertação de Mestrado da Escola Superior de Saúde de Viseu. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5059>

World Health Organization (2003). Global strategy for infant and young child feeding WHO, Editor. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2016). Media Centre Fact Sheet. Infant and young child feeding. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>

World Health Organization and United Nations Children's Fund (2018). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly hospital Initiative. Geneva: WHO, UNICEF

World Health Organization (2022). Infant and young child feeding. <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/infant-and-young-child-feeding> Retrieved from. Accessed July 22, 2022.

Anexos

Anexo I: Escala da qualidade de informação

ESCALA DE QUALIDADE DA INFORMAÇÃO**Emília Coutinho**Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, UICISA: E – IPV/ESSV
ecoutinhoessv@gmail.com**Paula Nelas**Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, UICISA: E – IPV/ESSV
pnelas@gmail.com**Cláudia Chaves**Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, CI&DEI
claudiachaves21@gmail.com

*Recepción Artículo: 28 agosto 2021
Admisión Evaluación: 07 septiembre 2021
Informe Evaluador 1: 12 septiembre 2021
Informe Evaluador 2: 19 septiembre 2021
Aprobación Publicación: 15 septiembre 2021*

RESUMO

Enquadramento: O processo de comunicação é inerente ao processo de cuidar, importando perceber como a cliente, alvo dos cuidados de enfermagem, percebe a qualidade de informação que lhe é transmitida pelos enfermeiros que dela cuidam. **Objetivo:** O objetivo deste estudo consiste em analisar a estrutura empírica da escala de qualidade da informação através de análise fatorial exploratória e confirmatória. **Participantes:** Esta foi aplicada a uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 584 mulheres com idades compreendidas entre os 20 e 49 anos com uma média de idade de 31,77 anos ($\pm 5,88$) na sua maioria a coabitar com companheiro (93,5%). **Métodos:** Estudo metodológico, em que uma escala de diferencial semântico foi testada através da validade de face e de conteúdo e avaliadas as propriedades psicométricas, através da consistência interna pelo coeficiente Alpha (α) de Cronbach e da validade de construto nas suas dimensões validade fatorial exploratória e confirmatória, validade convergente e validade discriminante. **Resultados:** Os resultados da análise fatorial exploratória levaram à obtenção de uma estrutura unifatorial com 7 itens que explicavam no total 79,84% da variância e com um coeficiente alfa de Cronbach de 0,957. Os resultados da análise fatorial confirmatória mostram uma estrutura unifatorial com seis itens e com índices gerais de adequação fiáveis, confirmando a qualidade do ajuste do modelo aos dados empíricos. ($\chi^2/df= 2,885$; GFI= 0,985; CFI= 0,995; RMR= 0,029; RMSEA=0,057). **Conclusões:** Os resultados evidenciam que a escala de qualidade de informação pode ser utilizada como instrumento de pesquisa e de monitorização para avaliar a qualidade de informação ocorrida entre enfermeiros e as clientes alvo dos seus cuidados.

Palavras chave: comunicação; enfermagem; informação; qualidade; cliente

ABSTRACT

Information quality scale. Background: The communication process is inherent to the care process, and it is important to understand how the client, who is the target of nursing care, perceives the quality of information conveyed to her by her nurses. **Objective:** The objective of this study was to analyse the empirical structure of the scale of quality of information through exploratory and confirmatory factor analysis. **Participants:** This was applied to a non-probability convenience sample consisting of 584 women aged between 20 and 49 years with a mean age of 31.77 years (± 5.88), most of whom lived with a partner (93.5%). **Method:** Methodological study, in which a semantic differential scale was tested through face and content validity and the psychometric properties were assessed, through internal consistency by Cronbach's Alpha coefficient (α) and construct validity in its dimensions exploratory and confirmatory factor validity, convergent validity and discriminant validity. **Results:** The results of the exploratory factor analysis led to the obtainment of a one-factor structure with 7 items which explained in total 79.84% of the variance and with a Cronbach's alpha coefficient of 0.957. The results of the confirmatory factor analysis show a one-factor structure with six items and reliable overall adequacy indices, confirming the quality of the model fit to the empirical data. ($\chi^2/gf= 2.885$; GFI= 0.985; CFI= 0.995; RMR= 0.029; RMSEA= 0.057). **Conclusion:** The results show that the quality of information scale can be used as a research and monitoring tool to assess the quality of information between nurses and the clients for whom they provide care.

Keywords: communication; nursing; information; quality; client

INTRODUÇÃO

O ser humano é um ser sociável e necessita de comunicar para conviver em sociedade e para se realizar (Costa, Marquete & Teston, 2018) pelo que a comunicação assume um papel central na interação estabelecida entre a grávida/puérpera, no seio da sua família, e os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, os quais ocupam uma posição importante no que diz respeito à capacitação das clientes, na vivência da maternidade. Apesar da beleza deste período de desenvolvimento do ser humano, a forma como ele é vivenciado pelas mulheres nem sempre reflete a magia dessa experiência (Slomian et al., 2017), podendo até ser uma experiência muito negativa em função da comunicação estabelecida com os enfermeiros (Albanese, Geller, Steinkamp & Barkin, 2020) e são diversos os motivos que as levam a não recorrer aos profissionais de saúde, entre os quais não se sentem compreendidas (Nan et al., 2020).

A qualidade dos cuidados está associada à qualidade da informação e da comunicação enfermeiro cliente, sendo importante a forma como a informação é percebida (Amoah et al., 2019), pois os aspetos ligados à mãe e à criança são alvo de grande preocupação por parte das mães (Olander, Aquino, Chhoa, Harris, Lee & Bryar, 2019).

A informação transmitida durante a gravidez pelos profissionais de saúde diminui as queixas e aumenta a qualidade de vida das grávidas pelo que se deve ter em consideração não apenas as queixas e preocupações da grávida como a qualidade da informação que lhe é transmitida (Yikar & Nazik, 2019). A educação pré-natal é um dos fatores de proteção para a depressão pré-natal, revelando a importância da mesma (Zhang, Wang, Cui, Yuan, Huang, & Zhou, 2021), sendo que as mães que apresentam sintomas depressivos no período pós-parto também revelam a necessidade de informação de qualidade (Slomian et al., 2017).

Num período tão importante na vida da mulher e da sua família a atenção dos enfermeiros para com as clientes tem que ser redobrada para evitar que as mães se sintam ignoradas, pela escassa partilha de informação ou pela sua inconsistência (Olander et al., 2019), ou por outro lado se sintam baralhadas e com baixa autoestima pela enorme quantidade de informação ou informação pouco sistematizada e até contraditória (Henshaw et al., 2018).

Conhecer a qualidade da informação transmitida pelos profissionais às suas clientes, é uma necessidade, de modo a dirigir o cuidado em função das especificidades de cada mulher e sua família (Rasteiro, Santos, & Coutinho, 2021) por forma a a experiência da maternidade possa ser vivida na sua plenitude.

O processo de comunicação é assim inerente ao processo de cuidar importando perceber como a cliente, alvo dos cuidados de enfermagem, perceciona a qualidade de informação que lhe é transmitida pelos enfermeiros que dela cuidam.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo consiste em analisar a estrutura empírica da escala de qualidade da informação através de análise fatorial exploratória e confirmatória.

PARTICIPANTES

Este estudo foi realizado com uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 584 mulheres com idades compreendidas entre os 20 e 49 anos com uma média de idade de 31,77 anos ($\pm 5,88$) na sua maioria a coabitar com companheiro (93,5%). A escolaridade variou entre o 9º ano da escolaridade (29,6%) e habilitações superiores ou iguais ao 12º ano (49,8%), cerca de 85% exercem uma profissão auferindo um vencimento entre 500 e 1000 euros, (44,5%) e mais de metade (51,9%) tem em média um filho. A amostra é do tipo não probabilístico por conveniência sendo seleccionada tendo por base os seguintes critérios de inclusão ter realizado a vigilância do trabalho de parto, parto e puerpério numa maternidade portuguesa; ter pelo menos 24 horas de internamento após o parto e aceitar participar no estudo.

PROCESSO NA CONSTRUÇÃO DA ESCALA

A diversidade cultural que se encontra na comunidade portuguesa, as desconformidades entre os conceitos de saúde e doença aí gerados, as distintas expectativas dessas comunidades e a acessibilidade reduzida ao sistema de saúde, são situações que colocam os clientes e os profissionais de saúde numa posição de vulnerabilidade aos cuidados.

Foi com base nesses pressupostos e no estudo de Coutinho (2014) que se construiu um instrumento de recolha de dados para avaliar a qualidade de informação em escala de diferencial semântico também designada de escala de Osgood. Neste tipo de instrumento, existe um espaço semântico de dimensionalidade desconhecida que presume que o sujeito adote a sua resposta entre as alternativas fornecidas. Trata-se de uma escala bipolar tendo em cada extremo dois adjetivos opostos (positivo e negativo).

Inicialmente esta escala era constituída por 10 itens, mas apenas 7 afirmações foram mantidas e sujeitos a estudos de validade e confiabilidade, já que 3 adjetivos foram eliminados por peritos em semântica e linguística por apresentarem significado semântológico semelhante. Em cada afirmação, a magnitude de resposta situa-se num intervalo de 10 pontos (1 a 10), sendo que, quanto menor a colocação maior a qualidade de informação.

Procedimentos para análise de dados

Efectuou-se a avaliação das propriedades métricas da escala através de estudos de validade e de fiabilidade. Para os estudos de fiabilidade determinou-se a consistência interna ou homogeneidade dos itens através do coeficiente de (i) correlação de Pearson dos diversos itens a nota global considerando-se como valores de referência correlações superiores a 0,20; (ii) Determinação do coeficiente alfa de Cronbach, Embora teoricamente os coeficientes de alfa de Cronbach possam tomar qualquer valor situado entre 0 e 1 a literatura (Pestana e Gageiro, 2014) utiliza a seguinte classificação: > 0,9 muito boa; 0,8 – 0,9 boa; 0,7 – 0,8 média; 0,6 – 0,7 razoável; 0,5 – 0,6 Má; < 0,5 inaceitável.

Nos estudos de validade efectuou-se a análise fatorial exploratória e confirmatória. Na exploratória optou-se pela análise dos componentes principais e pelo uso da rotação ortogonal do tipo varimax. Para a retenção de fatores considerou-se os valores próprios superiores a 1 e o teste de scree plot.

Na análise fatorial confirmatória (AFC) foi considerada a matriz de covariâncias e adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (Maximum-Likelihood Estimation) para estimação dos parâmetros.

Os procedimentos estatísticos adotados consistiram: (i) distribuição de normalidade dos itens, avaliada pela assimetria (Sk) e achatamento (Ku), eliminando-se todos os que apresentavam valores absolutos de assimetria superiores a 3 e de achatamento superiores a 7; (ii) qualidade do ajustamento global do modelo fatorial, efetuada de acordo com os índices e valores de referência. Consideraram-se: índice do qui-quadrado (χ^2), que indica a

ESCALA DE QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

magnitude da discrepância entre a matriz de covariância observada e modelada, mas dado que este é afetado pelo tamanho da amostra, a sua magnitude foi analisada através da razão do χ^2/df (graus de liberdade). Valores entre 1 e 2 podem ser considerados excelentes, entre 2 e 3 bons, entre 3 e 5 aceitáveis e superiores a 5 inaceitáveis; o goodness-of-fit (GFI), mede a variância e a covariância na matriz observada, predita pela matriz reproduzida. Para este índice são adequados valores superiores a 0,90; o comparative fit index (CFI), calcula o ajuste relativo do modelo em comparação com o modelo denominado nulo. Um valor superior a 0,90 indica ajustamento adequado; o root-square error of approximation (RMSEA) refere-se à raiz da média dos quadrados dos erros de aproximação. Valores menores que 0,05 são indicativos de um bom ajuste entre o modelo proposto e a matriz observada, embora sejam aceites valores inferiores a 0,08; índice standardized root mean square residual (SMR), que se refere à média padronizada dos resíduos nas discrepâncias entre a matriz observada e o modelo. São indicativos de bom ajuste valores menores que 0,08; (iii) qualidade do ajustamento local efetuada pelos pesos fatoriais (λ) e pela fiabilidade individual dos itens (r^2) com valores de 0,50 e 0,25 para as cargas fatoriais e fiabilidade individual respectivamente; (iv) fiabilidade composta (FC) estima a consistência interna dos itens relativos ao fator. Uma FC $\geq 0,70$ é indicadora de uma fiabilidade de constructo apropriado; (v) validade do constructo avaliada pela validade convergente e validade discriminante. A validade convergente, obtida pela variância extraída média (VEM) avalia o modo como os itens de um fator saturam fortemente nesse fator, valores de VEM $\geq 0,50$ são indicadores de validade convergente adequada.

Não foi avaliada a validade discriminante uma vez que a escala é unifatorial. O ajustamento do modelo foi realizado a partir dos índices de modificação propostos pelo AMOS.

Procedimentos éticos

Cumpriram-se escrupulosamente todos os preceitos éticos em investigação em saúde e as recomendações da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), à qual o protocolo de pesquisa foi previamente submetido e posteriormente, a todas as comissões de ética dos Hospitais e Centros de Saúde envolvidos no estudo, e às quais foi garantido e assegurado o cumprimento dos princípios gerais de ética em investigação. Antes do envolvimento das participantes foram fornecidas todas as informações inerentes ao estudo e solicitada a assinatura do termo de consentimento informado, livre e esclarecido, a cada uma. Assegurou-se o anonimato de cada participante bem como a confidencialidade dos dados que forneceram tendo sido respeitada a sua autonomia, em todo o processo, depois de informadas sobre a sua liberdade de participação e a decisão de, em qualquer momento, continuar ou não a fazer parte do estudo, sendo que essa participação não era passível de qualquer tipo de compensação, pelo que não iriam dispor de qualquer ganho/benefício como também não lesaria acarretado nenhuma perda/malefício.

RESULTADOS

Deu-se início ao estudo psicométrico da escala através da determinação das estatísticas de cada um dos itens e procedemos à análise de consistência interna (cf. Tabela 1). Registaram-se 35 casos omissos a que correspondem 5,9 % da totalidade da amostra, valor percentual inferior ao aludido por Pestana e Gageiro (2014) para se proceder ao estudo dos casos omissos.

Os índices mínimos e máximos para cada um dos itens, situam-se entre 1 e 10 e os valores médios oscilam entre os 2,43 ($\pm 1,63$) no item 7 Útil/inútil e os 3,00 ($\pm 1,76$) no item 3, Completa/incompleta, podendo pois afirmar-se que os dados estão bem centrados, sendo tradutores de boa qualidade de informação.

A correlação item total indica que coeficiente elevado é ($r=0,898$) no item 4 (Apropriada/inapropriada) e o menor ($r=0,805$) no item 3 (Completa/incompleta), com uma variabilidade de 81,5% e 67,3%, respetivamente. Os coeficientes de alta de Cronbach, dos itens são muito bons, oscilando entre ($=0,954$) no item 7 e ($=0,855$) nos itens 3, registando-se um alfa global de ($=0,957$). O valor do índice de fiabilidade de split-half é ligeiramente inferior ao alfa global, com um alfa de 0,931 para a primeira metade e 0,915 para a segunda metade, o que se pode dever ao facto de possuir um menor número de itens em comparação.

DEL DESARROLLO Y DE LA VIDA

Tabela 1 - Consistência Interna da Escala Qualidade de Informação

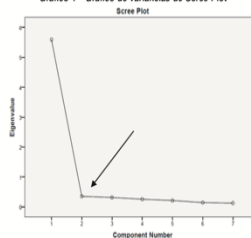
Itens	Media	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R ²	α
1 Esclarecedora/confusa	2,68	1,564	0,851	0,761	0,950
2 Compreensível/complicada	2,70	1,614	0,858	0,765	0,950
3 Completa/incompleta	3,00	1,769	0,805	0,673	0,955
4 Apropriada/inapropriada	2,70	1,612	0,898	0,815	0,947
5 Agradável/desagradável	2,69	1,627	0,857	0,754	0,950
6 Correcta/incorrecta	2,64	1,591	0,889	0,817	0,947
7 Útil/inútil	2,43	1,638	0,808	0,674	0,954
Coefficiente Split-half				Primeira metade = 0,931	
				Segunda metade = 0,915	
Coefficiente alpha Cronbach global				0,957	

Considerando que todos os itens apresentavam correlações inferiores a 0,20, procedeu-se à análise fatorial exploratória.

A medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) registou um valor de 0,933, sugestivo de boa correlação entre os itens o que é indicativo que a análise fatorial exploratória é apropriada. O teste de Bartlett's Test of Sphericity (teste da especificidade) é de 4273,35, com um p-value de 0,000 assinala que os itens não se encontram correlacionados.

Realizada a extração dos fatores pelo método de rotação varimax e com engulvanes (valores próprios superiores a 1) obteve-se uma estrutura unifatorial que explica 79,84% da variância total. O gráfico de Scree plot, atesta a estrutura unifatorial conforme ponto de inflexão da curva.

Gráfico 1 - Gráfico de variâncias de Scree Plot



Submetemos o modelo unifatorial hipotetizado a análise fatorial confirmatória. Na avaliação da sensibilidade dos itens, observaram-se valores de assimetria e curtose que revelam itens aproximadamente simétricos, a oscilarem em valores absolutos para a assimetria entre 1,06 no item 3 e 1,65 no item 1 e para a curtose entre 1,21 no item 3 e 3,34 no item 6 com um coeficiente multivariado de Márdia (0,928) inferior ao valor de referência 5,0.

A tabela 2 explana os rácios críticos e as saturações dos itens, atendo-se pelos rácios críticos que todos os itens apresentam significância estatística com o fator correspondente e as cargas fatoriais dos itens pelo fator são todas superiores a 0,50 (valor de referência).

ESCALA DE QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

Tabela 2 – Trajetórias, raios críticos e saturações dos itens

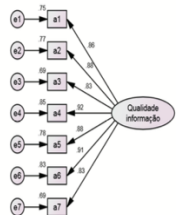
Trajetória	Estimates	S.E.	C.R.	P	Lambda
a1 <--- F1	1,000				0,864
a2 <--- F1	1,050	0,035	29,839	***	0,879
a3 <--- F1	1,083	0,041	26,395	***	0,828
a4 <--- F1	1,101	0,034	32,600	***	0,923
a5 <--- F1	1,061	0,036	29,761	***	0,882
a6 <--- F1	1,074	0,034	31,540	***	0,912
a7 <--- F1	1,007	0,038	26,490	***	0,831

*** p < 0.001

A figura 1 atesta a saturação dos itens pelo fator sendo que a menor saturação se registra nos itens a3 e a7 (r= 0,830) e a maior no item a4 (r=0,920). A fiabilidade individual dos itens registra índices superiores a 0,69.

O índice de bondade de ajustamento global revela valores pouco adequados para a razão do χ^2/g = 9,852 e RMSEA = 0,123 e adequados para o GFI= 0,941; CFI= 0,971, RMR= 0,053 e SRMR= 0,020

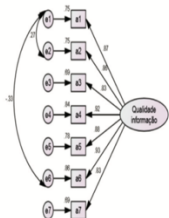
Figura 1 – Modelo 1 – Modelo unifatorial hipotetizado inicial



Eletuou-se, o refinamento do modelo com os índices de modificação propostos pelo AMOS.

A figura 2 expressa o resultado obtido, verificando-se que o item 1 apresenta problemas de colinearidade com os itens 2 e 6, pelo que se optou pela sua eliminação.

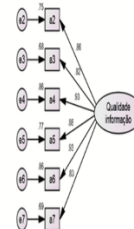
Figura 2 – Modelo com índices de modificação



DEL DESARROLLO Y DE LA VIDA

Já a figura 3 representa o modelo final, com os seis itens

Figura 3 – Modelo final



O quadro 1 apresenta os índices de bondade de ajustamento global, obtidos nos diferentes passos. Pelos dados obtidos apura-se que o modelo se encontra bem ajustado. Por outro lado a consistência interna obtida pela fiabilidade composta é muito boa (FC= 0,951) o mesmo ocorrendo com a validade convergente (VEM= 0,767).

Quadro 1 – Índices de ajustamento global

Modelo	χ^2/g	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial (figura 1)	9,852	0,941	0,971	0,123	0,053	0,020
Modelo com índices de modificação	3,822	0,979	0,992	0,070	0,032	0,011
Modelo final figura 3	2,885	0,985	0,995	0,057	0,029	0,010

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A escala de qualidade de informação pode ser utilizada como instrumento de pesquisa para avaliar a qualidade de informação transmitida durante a gravidez, parto e pós-parto, na medida em que esta escala unifatorial apresenta muito bons resultados em termos de validade e de confiabilidade, representando adequadamente os constructos em questão.

Emerge deste estudo que a informação transmitida pelo enfermeiro em contexto de maternidade deve ser clara, compreensível, completa, apropriada, agradável, correta e útil; e que o enfermeiro deve ter em atenção à sua comunicação com as clientes alvo dos seus cuidados nomeadamente à forma como comunica, o que comunica, e em que contexto o faz, motivo pelo qual se recomenda que na sua comunicação se abstenha de transmitir informação confusa, complicada, incompleta, inapropriada, desagradável, incorreta e inútil.

Vários autores realçam a má qualidade da informação transmitida como podendo ser geradora de mal estar, ansiedade, baixa autoestima e depressão (Henshaw et al, 2018; Olander et al, 2019; Zhang, et al, 2021) e que quando as mulheres não compreendem ou não se sentem compreendidas por parte dos enfermeiros podem viver a experiência de maternidade de forma muito negativa, como verificaram Albanese et al (2020) ou mesmo constituir um dos motivos que as levam a não recorrer aos profissionais de saúde, como reterem no seu estudo Nan et al. (2020)

ESCALA DE QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

Percebemos que a maternidade é um período peculiar da vida da mulher em que ela se encontra ávida por aprender e se interessa por tudo quanto diga respeito à mãe e à criança, como evidenciado por Olander et al (2019), sendo importante, como referem Slomian et al (2017), as mães receberem informação de qualidade.

Nesse sentido, há que realçar que a qualidade de informação transmitida pelos enfermeiros influencia a saúde e bem estar das grávidas/puerperas e suas famílias, como apresentado por Yikar e Nazik (2019), pelo que se torna prudente avaliar a qualidade da informação transmitida pelos profissionais às suas clientes, de modo a dirigir o cuidado em função das especificidades de cada mulher e sua família (Rasteiro, Santos, & Coutinho, 2021) e nesse sentido poder proporcionar à mulher/casal e sua família uma vivência plena da maternidade.

De referir ainda que, a escala de qualidade de informação deve ser tida em consideração por parte dos enfermeiros, mas também por parte de outros profissionais de saúde, sendo que o acesso a esta escala se traduz em ganhos para a prática de cuidados porquanto permite aos enfermeiros identificarem a qualidade da informação que transmitem às clientes, alvo dos seus cuidados, e mediante os resultados obtidos poderem adequar essa mesma informação.

A escala de qualidade da informação será assim, um recurso valioso aos estudo da qualidade da informação transmitida pelos enfermeiros na sua prática de cuidados em contexto de maternidade em Portugal.

FINANCIAMENTO

Este trabalho é financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto Ref^o UIDB/00742/2020.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) e ao Politécnico de Viseu pelo apoio prestado. Agradecemos também a todos os envolvidos no projeto de investigação "Prevalência da Amamentação, Motivação, dificuldades e a ajuda dos enfermeiros" nomeadamente aos estudantes: Ana Cristina Pereira, Cristiana Machado, Daniel Coelho, Daniela Martins, Ana Solange Bastos, Diana Albino, Dulce Figueiral, Patrícia Taveira; e aos professores: João Carvalho Duarte (mentor do tratamento estatístico), Odete Amaral, Rui Dionísio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albanese, A. M., Geller, P. A., Steinkamp, J. M., & Barkin, J. L. (2020). In Their Own Words: A Qualitative Investigation of the Factors Influencing Maternal Postpartum Functioning in the United States. *International journal of environmental research and public health*, *17*(17), 6021. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176021>
- Amoah, V. M. K., Anokye, R., Boakye, D. S., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Okyere, E., Kumi-Boateng, G., Yeboah, C., & Aliriyie, J. O. (2019). A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. *BMC Nursing*, *18*(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0328-0>
- Costa, M., Marquete, V. & Teston, E. (2018). Comunicação com deficientes auditivos na ótica dos profissionais de saúde. *Rev baiana enfermagem*, pp. 1-6. Obtido de: DOI 10.18471/rbe.v32.24055
- Coutinho, E. (2014). *Vigilância de gravidez e percepção do cuidado cultural em enfermagem: Estudo em mulheres imigrantes e portuguesas* [University of Porto]. Porto. http://sigarra.up.pt/icsbas/pl/teses.tese?P_aluno_id=100767&p_processo=17404&P_LANG=0
- Henshaw, E. J., Cooper, M. A., Jaramillo, M., Lamp, J. M., Jones, A. L., & Wood, T. L. (2018). "Trying to Figure Out If You're Doing Things Right, and Where to Get the Info": Parents Recall Information and Support Needed During the First 6 weeks Postpartum. *Maternal and child health journal*, *22*(11), 1668–1675. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2565-3>

DEL DESARROLLO Y DE LA VIDA

- Nan, Y., Zhang, J., Nisar, A., Huo, L., Yang, L., Yin, J., Wang, D., Rahman, A., Gao, Y., & Li, X. (2020). Professional support during the postpartum period: primiparous mothers' views on professional services and their expectations, and barriers to utilizing professional help. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 402. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03087-4>
- Olander, E. K., Aquino, M., Chhoa, C., Harris, E., Lee, S., & Bryar, R. M. (2019). Women's views of continuity of information provided during and after pregnancy: A qualitative interview study. *Health & social care in the community*, *27*(5), 1214–1223. <https://doi.org/10.1111/hsc.12764>
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6^o ed. ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rasteiro, R., Santos, E., & Coutinho, E. (2021). Necessidades e Preocupações Maternas no Período Pós-Parto: Revisão Sistemática da Literatura. *New Trends in Qualitative Research*, *8*, 817–827. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.817-827>
- Slomian, J., Emonts, P., Vigneron, L., Acconcia, A., Glowacz, F., Reginster, J. Y., Oumourgh, M., & Bruyère, O. (2017). Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals. *BMC pregnancy and childbirth*, *17*(1), 213. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1398-1>
- Yikar, S. K., & Nazik, E. (2019). Effects of prenatal education on complaints during pregnancy and on quality of life. *Patient education and counseling*, *102*(1), 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.023>
- Zhang, L., Wang, L., Cui, S., Yuan, Q., Huang, C., & Zhou, X. (2021). Prenatal Depression in Women in the Third Trimester: Prevalence, Predictive Factors, and Relationship With Maternal-Fetal Attachment. *Frontiers in public health*, *8*, 602005. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.602005>

Anexo II: Declaração de autorização ética

	NOTA INTERNA	CÓD. SERVIÇO: CETICA
	Distribuída a: Enf^a. Helena Marina Seixas Cardoso – OBSTETRICIA	Nº DOC.: 34 DATA: 27.04.2023 PÁGS: 1

ASSUNTO: Envio de Parecer nº. 14 ao pedido para estudo de investigação Promoção da Amamentação: Contributos dos Enfermeiros no internamento

A Comissão de Ética do Hospital da Horta após análise dos documentos recebidos, reconhece a pertinência e validade do estudo em apreço, nada tendo a opor ao desenvolvimento do mesmo.

Reforça o projeto tendo em conta que o Hospital da Horta EPER, é Hospital Amigo do Bebê, tendo recebido o Certificado 2019-2022 da UNICEF e Comissão Nacional iniciativa Amiga dos Bebés e Galardão com este atributo.

A Vice-Presidente da Comissão de Ética



(Enf^a. Sandra Dias)

Apêndices

Apêndice I: Prints das pesquisas nas bases de dados

Monday, February 05, 2024 4:20:44 PM

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Última Execução Por	Resultados
S6	SU breastfeeding AND SU hospitalization AND SU nurs*	Limitadores - Texto Integral Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Interface - EBSCO Discovery Service Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Sistema de descoberta para FCCN	8
S5	TI breastfeeding AND SU hospitalization AND SU nurs*	Limitadores - Texto Integral Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Interface - EBSCO Discovery Service Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Sistema de descoberta para FCCN	8
S4	SU breastfeeding AND SU hospitalization AND SU nurs*	Limitadores - Texto Integral Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Interface - EBSCO Discovery Service Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Sistema de descoberta para FCCN	8
S3	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Limitadores - Texto Integral Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Interface - EBSCO Discovery Service Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Sistema de descoberta para FCCN	15,786
S2	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Limitadores - Texto Integral Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Interface - EBSCO Discovery Service Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Sistema de descoberta para FCCN	16,025
S1	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Expansores - Pesquisar também no texto integral dos artigos; Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	Interface - EBSCO Discovery Service Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Sistema de descoberta para FCCN	41,930



Monday, February 05, 2024 3:38:03 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S4	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 19960101-20241231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - spanish Restringir por Language: - portuguese Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	65
S3	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - spanish Restringir por Language: - portuguese Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	65
S2	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	67
S1	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	141



Monday, February 05, 2024 4:09:30 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S3	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - spanish; castilian Restringir por Language: - french Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	120
S2	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	122
S1	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	276



Monday, February 05, 2024 4:44:26 PM

#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S3	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20070101-20241231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	10
S2	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Limitadores - Texto completo Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	10
S1	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	33



Monday, February 05, 2024 4:47:29 PM

#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S3	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20150101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	3
S2	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Limitadores - Data de publicação: 20150101-20241231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	3
S1	breastfeeding AND hospitalization AND nurs*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	3

Apêndice II: Elegibilidade através da avaliação preconizada no Joanna Briggs Institute

Estudo 1: Effect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay

| JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR COHORT STUDIES

Reviewer _____ Date 2024

Author Bramson et al. Year 2010 Record Number Estudo 1

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <u>Were</u> confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. \$\$	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Estudo 2: Postnatal Unit Experiences Associated with Exclusive Breastfeeding During the Inpatient Stay: A Cross-Sectional Online Survey

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR STUDIES REPORTING PREVALENCE DATA

Reviewer _____ Date 2024

Author Tully et al. Year 2022 Record Number Estudo 2

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Estudo 3: A percepção de puérperas primíparas sobre os cuidados com o recém-nascido.

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer _____ Date 2024

Author Paula et al. Year 2017 Record Number Estudo 3

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Estudo 4: Os cuidados de enfermagem e a satisfação dos consumidores no puerpério

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR STUDIES REPORTING PREVALENCE DATA

Reviewer _____ Date 2024

Author Correia e Pereira Year 2015 Record Number Estudo 4

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Estudo 5: Exposure to baby-friendly hospital practices and mothers' achievement of their planned duration of breastfeeding

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR COHORT STUDIES

Reviewer _____ Date 2024
 Author Lok et al. Year 2020 Record Number Estudo 5
 Yes No Unclear Not applicable

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Were the two groups similar and recruited from the same population? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Was the exposure measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. <u>Were</u> confounding factors identified? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Were strategies to deal with confounding factors stated? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Were strategies to address incomplete follow up utilized? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Was appropriate statistical analysis used? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Estudo 6: Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early discharge setting: A cluster-randomized study.

Assessor:	Date of Appraisal: 2024	Record Number:
Study Author: Nilsson et al.	Study Title: Focused breastfeeding improves short and long term success in an early discharge Setting: A cluster randomized study	Study Year: 2017

Internal Validity		Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
Bias related to selection and allocation						
1	Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Was allocation to treatment groups concealed?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Were treatment groups similar at the baseline?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to administration of intervention/exposure						
4	Were participants blind to treatment assignment?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Were those delivering the treatment blind to treatment assignment?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome						
7	Were outcome assessors blind to treatment assignment?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Was the trial design appropriate and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include: Exclude: Seek Further Info:

Comments:

Table 3 – The JBI Critical Appraisal Tool for RCTs

Apêndice III: Tabela Colheita de dados dos artigos da revisão *scoping*

Autores/Ano Título /País	Objetivos/ Questão de investigação	Tipo de estudo/ Nível de Evidência/ Instrumentos de recolha de dados/ Participantes	Resultados	Conclusões
<p>Estudo 1</p> <p>Bramson et al. (2010)</p> <p>Effect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay</p> <p>EUA</p>	<p>Períodos mais longos de contacto precoce pele a pele mãe-bebé levariam a uma maior probabilidade de amamentação exclusiva durante o internamento.</p> <p>Quais variáveis sociodemográficas e intraparto maternas foram significativamente correlacionadas com contacto pele a pele precoce e amamentação exclusiva durante o internamento na maternidade.</p>	<p>Estudo de coorte prospetivo entre julho 2005 e junho 2006.</p> <p>Nível 3.c</p> <p>Mulheres que deram à luz 1 filho nos 19 hospitais do estudo.</p> <p>Formulário de colheita de dados de 1 página.</p>	<p>As variáveis maternas de educação, tipo de parto (vaginal ou cesariana), intenção materna de alimentar o bebé avaliada antes do nascimento, tabagismo, raça e etnia, idioma principal, hospital e analgesia intraparto e anestesia apenas atenuaram ligeiramente o efeito positivo que o contacto pele a pele precoce teve sobre a variável amamentação exclusiva durante o internamento na maternidade. Quanto mais tempo uma mãe experimenta contacto pele a pele precoce durante as primeiras 3 horas após o nascimento, maior a probabilidade de ela amamentar exclusivamente durante o internamento na maternidade.</p>	<p>O contacto pele a pele precoce prolongado tem um profundo efeito positivo de dose-resposta na amamentação exclusiva durante o internamento na maternidade.</p>
<p>Estudo 2</p> <p>Tully et al. (2022)</p> <p>Postnatal Unit Experiences Associated With Exclusive Breastfeeding During the Inpatient Stay: A Cross-Sectional Online Survey</p> <p>EUA</p>	<p>Explorar as experiências da unidade pós-natal, incluindo contacto pele a pele, suporte durante a noite, alojamento conjunto, equipa de saúde recetiva e comunicação compreensível que se correlacionam com os resultados da alimentação infantil precoce entre uma amostra de mães que pretendiam amamentar.</p>	<p>Estudo prospetivo de pesquisa transversal entre novembro 2016 e maio 2017.</p> <p>Nível 4.b</p> <p>Aplicação de questionário online por meio seguro de um programa de software.</p> <p>Mães com mais de 18 anos que tiveram filhos nos últimos 5 anos e tinham intenção de amamentar.</p>	<p>As seguintes características foram positivamente associadas com a exclusividade em aleitamento materno durante o internamento: parto vaginal; criança nascida com pelo menos 37 semanas; contacto pele a pele precoce; alojamento conjunto; ajuda da equipa de saúde assim que a utente pressiona o botão de chamada; explicações pela equipa de saúde bem compreensíveis.</p>	<p>O presente estudo sobre a associação das experiências na unidade pós-natal com as práticas de alimentação infantil durante o internamento permitiu aumentar o conhecimento sobre as barreiras e os fatores facilitadores da amamentação. As mães precisam de apoio prático e emocional pelos profissionais de saúde.</p>

<p>Estudo 3 Paula et al. (2017)</p>	<p>Levantar as principais dúvidas de puérperas ao cuidar de seu primeiro filho e</p>	<p>Pesquisa de campo, descritiva e qualitativa. Nível 3</p>	<p>Dúvidas das puérperas relativas ao cuidado com o RN durante o processo de amamentar (este ponto com 57,14%), cuidados com o coto umbilical, controlo do choro e cólicas do recém-nascido, entre outros.</p>	<p>A comunicação enfermeiro-utente é denominada comunicação terapêutica.</p>
<p>A percepção de puérperas primíparas sobre os cuidados com o recém-nascido.</p>	<p>discutir como a aplicação da Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem pode</p>	<p>Quatorze puérperas primíparas, maiores de 18 anos, internadas em alojamento conjunto de hospitais públicos no interior do Estado do Rio de Janeiro, selecionadas aleatoriamente.</p>	<p>O aconselhamento dos profissionais de saúde é de fundamental importância. É indispensável a prestação de cuidados de Enfermagem voltados para a capacitação da puérpera, fortalecendo de maneira favorável a amamentação precoce e consequentemente, contribuindo</p>	<p>Criar um laço de confiança mútua entre puérpera e profissional.</p>
<p>Brasil</p>	<p>contribuir para a aprendizagem do cuidado materno durante o internamento no alojamento conjunto.</p>	<p>Recolha de dados por Questionário</p>	<p>na expansão da amamentação exclusiva.</p>	<p>Criação de espaços de discussão, contribuindo assim para melhoria da assistência e</p>
<p>Estudo 4 Correia & Pereira (2015)</p>	<p>Investigar a satisfação das puérperas, durante o internamento, com os cuidados especializados prestados pelos enfermeiros num serviço de obstetrícia de uma unidade de saúde de Portugal.</p>	<p>Estudo transversal e analítico entre fevereiro e abril de 2013. Nível 2</p>	<p>Os aspetos técnicos obtiveram a média mais baixa, reforçando a insatisfação das puérperas.</p>	<p>Em relação à satisfação das puérperas com os cuidados especializados prestados pelos</p>
<p>Os cuidados de enfermagem e a satisfação dos consumidores no puerpério</p>	<p>prestados pelos enfermeiros num serviço de obstetrícia de uma unidade de saúde de Portugal.</p>	<p>Puérperas com idade superior a 18 anos, internadas num serviço de obstetrícia de uma unidade de saúde do Norte de Portugal.</p>	<p>Os resultados indicam uma opinião geral favorável sobre os cuidados de enfermagem.</p>	<p>enfermeiros, este estudo permitiu verificar que, no geral, as puérperas se encontram satisfeitas.</p>
<p>Portugal</p>	<p>saúde de Portugal.</p>	<p>Recolha de dados por Questionário</p>	<p>A informação sobre o modo como aliviar a dor sentida durante a amamentação deixou cerca de 13% das mulheres insatisfeitas.</p>	<p>Confirma algumas dificuldades que as mulheres ainda têm acerca de</p>
<p>Portugal</p>	<p>saúde de Portugal.</p>	<p>Recolha de dados por Questionário</p>	<p>As puérperas também apreciaram as explicações dadas acerca da técnica da amamentação e manifestaram o seu contentamento. No entanto, estas mulheres mostraram alguma insatisfação em relação aos esclarecimentos sobre a duração, periodicidade e início da mamada.</p>	<p>procedimentos dos cuidados a prestar ao recém-nascido e a si própria.</p>
<p>Portugal</p>	<p>saúde de Portugal.</p>	<p>Recolha de dados por Questionário</p>	<p>na expansão da amamentação exclusiva.</p>	<p>A tranquilidade proporcionada pela aquisição de competências fornecidas pelos</p>

				profissionais contribui para um melhor desempenho do saber cuidar.
<p>Estudo 5</p> <p>Lok et al. (2020)</p> <p>Exposure to baby-friendly hospital practices and mothers' achievement of their planned duration of breastfeeding</p> <p>Hong Kong</p>	<p>Examinar o efeito da exposição às práticas hospitalares amigas das crianças sobre o alcance da duração planeada da amamentação pelas mães.</p>	<p>Estudo de coorte prospetivo de 2011 a 2012.</p> <p>Nível 3.c</p> <p>Mulheres de Hong Kong que tiveram um filho de termo, com intenção de amamentar e não tiveram complicações obstétricas</p> <p>Recolha de dados por questionário e entrevistas telefónicas de acompanhamento</p>	<p>As participantes foram expostas a 6 práticas amigas dos bebés: passo 4, início da amamentação dentro de 1h; passo 6, receber apenas leite materno; passo 7, alojamento conjunto; passo 8 amamentação em horário livre; passo 9, não oferecer tetinas e passo 10, fornecer informações sobre apoio à amamentação.</p> <p>A exposição a práticas hospitalares amigas das crianças e a duração de amamentação foi estatisticamente significativa e aumenta tanto quanto maior o número de práticas a que for exposta, mas a etapa 6 quase dobra a probabilidade de a mãe atingir a duração da amamentação pretendida.</p>	<p>Embora a maioria não consiga atingir a duração planeada de amamentação, a exposição a um número maior de práticas amigas dos bebés e mais apoio à amamentação pós-natal inicial aumenta substancialmente a sua duração.</p>
<p>Estudo 6</p> <p>Nilsson et al. (2017)</p> <p>Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study</p> <p>Dinamarca</p>	<p>Hipótese: a implementação de um programa que se concentra em melhorar a autoeficácia da amamentação, a apoiar a produção de leite e a adaptação metabólica em um ambiente de alta precoce vai melhorar a autoeficácia das mães, a duração da amamentação e diminuir a prevalência de reinternação por problemas nutricionais em comparação com um grupo de referência de mães que receberam suporte habitual.</p>	<p>Estudo controlado randomizado entre abril 2013 e agosto 2014.</p> <p>Nível 1.c</p> <p>Mulheres que tivessem gravidas de um filho e com intenção de amamentar e tivesse alta até 50h pós-parto</p> <p>Aplicação de questionários em 4 tempos, antes do parto, 5-7 dias pós-parto, 1 mês e 6 meses.</p>	<p>No grupo intervenção não afetou a eficácia da amamentação inicial, mas diminuiu a reinternação dos bebés 1 semana após o parto, receberam menos tratamento para a icterícia. A amamentação exclusiva aos 6 meses era maior. As mães passavam mais horas no pele a pele, maior número de mamadas e os pai era mais ativo no seu papel.</p> <p>Relataram ter sido mais instruídas pelos profissionais para o contacto pele a pele, amamentação frequente, alteração da posição de amamentar para reduzir a dor e sobre o papel do pai.</p>	<p>Na alta precoce, a aplicação de um programa de apoio focado no aumento do contacto pele a pele, amamentação livre, bom posicionamento da díade mãe-bebé e enfase no envolvimento do pai melhorou o sucesso da amamentação e diminuiu problemas do recém-nascido.</p>

Apêndice IV: Questionário de colheita de dados

“Impacto das atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto”.

Eu, **Helena Marina Seixas Cardoso**, Enfermeira e estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica e 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Saúde de Viseu, encontro-me a desenvolver um estudo sobre “Promoção da Amamentação: Contributos dos Enfermeiros no Internamento.” sob orientação da Professora Manuela Ferreira, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Este estudo tem como objetivo avaliar os contributos dos enfermeiros no internamento na promoção da amamentação. Para tal solicitamos a sua participação de forma espontânea e sincera para os melhores resultados possíveis.

O questionário é anónimo e confidencial e o participante pode desistir do estudo a qualquer momento se assim o entender, sem que daí advinha qualquer prejuízo para si. Os dados serão agregados apenas para efeitos estatísticos, garantindo a total confidencialidade e anonimato dos mesmos, sendo destruídos após a conclusão e discussão do estudo.

Muito obrigada pela sua colaboração e disponibilidade.

Parte 1: Dados sociodemográficos

- 1- Idade: ____ anos
- 2- Escolaridade:
- 1º ciclo
 - 2º ciclo
 - 3º ciclo
 - Secundário
 - Curso Profissional
 - Licenciatura
 - Mestrado/ Doutoramento
- 3- Estado Civil:
- Casada/União de facto
 - Solteira
 - Divorciada
 - Viúva
4. Situação Profissional:
- Empregada a tempo total
 - Empregada a tempo parcial
 - Desempregada
 - Outra _____

Parte 2: Informações sobre Gravidez e Parto

- 1- Número de filhos (inclusive o atual):
- 2- Se tem mais que um filho: Amamentou em exclusivo (dar apenas leite materno) durante o internamento do nascimento do filho anterior:
- Sim: Não:
- 3- Tipo de Parto atual:
- Eutócico
 - Distócico (ventosa ou fórceps)
 - Distócico (cesariana)

4- Realizou pele a pele com o seu filho imediatamente após o nascimento e sem interromper até pelo menos 2h.

Sim: Não:

5- Se respondeu não, indique o motivo:

6- Até ao momento encontra-se a amamentar em exclusivo?

Sim: . Não:

7- Se respondeu não, indique o motivo:

8- Participou num Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade:

Sim: Não:

9- Participou nas Sessões da “Escolinha” do Hospital da Horta, EPER sobre Amamentação:

Sim: . Não:

10- Como considera a informação sobre amamentação que lhe foi transmitida durante o internamento? Na Escala de Qualidade da Informação (Coutinho, Nelas & Chaves,2022), assinale com uma cruz, mais próximo de um ou de outro termo consoante a sua opinião. Ex: suficiente x insuficiente.

Esclarecedora	_____	Confusa
Compreensível	_____	Complicada
Completa	_____	Incompleta
Apropriada	_____	Inapropriada
Agradável	_____	Desagradável
Correta	_____	Incorreta
Útil	_____	Inútil

11- Para cada uma das afirmações abaixo indicadas, assinale com uma cruz num dos quadrados à direita de cada afirmação, em função da resposta que melhor se adequa à sua opinião, sendo que o 1 significa nunca, o 2 significa raramente, o 3 significa às vezes, o 4 significa frequentemente, o 5 significa sempre, o 6 é para ser assinalado apenas quando nenhuma das opções anteriores (de 1 a 5) se aplica à sua situação.

Escala de Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação (AEPA)

Nº	Item	1 - Nunca	2 - Raramente	3 - Às vezes	4 - Frequentemente	5- Sempre	6- Não se aplica
1	Os enfermeiros estabeleceram uma relação de confiança comigo						
2	A relação que os enfermeiros estabeleceram comigo favoreceu a minha decisão em amamentar						
3	O meu enfermeiro de família visitou-me em casa após a alta da maternidade para ver se o bebé mamava bem						
4	Os enfermeiros mostraram-se disponíveis para me ajudar na iniciação da amamentação						
5	Os enfermeiros ajudaram-me a ultrapassar algumas dificuldades						
6	Os enfermeiros mostraram-se disponíveis para me apoiar na manutenção da amamentação						
7	Os enfermeiros mostraram compreensão face às dificuldades que eu manifestei						
8	As informações que os enfermeiros me forneceram ajudaram-me na amamentação						
9	Os enfermeiros elogiaram os meus esforços em amamentar						
10	Os enfermeiros responderam às minhas dúvidas sobre amamentação						
11	Os enfermeiros encorajaram-me a amamentar						
12	Foi-me fornecida informação sobre a técnica para amamentar pelos enfermeiros						
13	Os enfermeiros elogiaram as minhas habilidades maternas						
14	As atitudes do enfermeiro facilitaram o início/manutenção da amamentação						
15	Os enfermeiros estiveram presentes quando precisei de ajuda para amamentar						
16	Os enfermeiros ouviram-me quando precisei sem me julgar						
17	Os enfermeiros sabem a ajuda que tenho ou tive da minha família para poder amamentar						
18	Os enfermeiros valorizam-me enquanto pessoa única e diferente						
19	Os enfermeiros respeitam a minha vontade e a minha decisão sobre a amamentação						
20	Os enfermeiros aproximaram-se para me ajudar a amamentar						
21	Os enfermeiros respeitaram o meu tempo para amamentar e o do meu bebé para mamar						
22	Os enfermeiros preservaram a minha privacidade para amamentar						

Apêndice V: Declaração de consentimento informado

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso 12º CPLEESMO e do 7º CMESMOG a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estou a realizar um estudo/investigação com o tema “Impacto das atitudes dos enfermeiros na promoção da amamentação no pós-parto.” com o objetivo de: Avaliar os contributos dos enfermeiros no internamento na promoção da amamentação. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este Questionário.

Asseguro que neste estudo/investigação serão mantidos o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois o investigador consagra como obrigação e dever, o sigilo profissional.

A sua participação é de carácter voluntário, sem qualquer tipo de prejuízo caso decida não participar.

Pretende-se a realização de um questionário preenchido por si durante o internamento de puerpério. Todos os dados serão destruídos após o estudo.

Reforço que, todos os dados e informação recolhida são confidenciais e exclusivos para a investigação. Será mantido o anonimato de todos os participantes, na medida em que não serão registados quaisquer dados de identificação pessoal e toda a informação será codificada.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

-Declaro que autorizado a gravação da entrevista a realizar em formato áudio.

Assim, depois de devidamente informada **autorizo a participação** neste estudo:

Data:

Nome:

Assinatura do participante _____

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

Nome do investigador: HELENA MARINA SEIXAS CARDOSO

Assinatura _____